



Brochure de votre régime d'assurance collective

Englobe Régime Flex Harmonisé

Employés réguliers et saisonniers

Numéro de groupe :
91374

Date d'effet mise à jour :
14 janvier 2022



Nous vous souhaitons la bienvenue dans votre régime collectif

Votre couverture collective vous assure la tranquillité d'esprit et offre à vous-même et à votre famille des soins de santé qui ne sont pas inclus dans la couverture gouvernementale.

Ce programme est assuré par Medavie inc. (aussi connue sous le nom de Croix Bleue Medavie) et par La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada, qui ensemble, seront appelées « Croix Bleue » pour faciliter la lecture.

Croix Bleue Medavie assure les garanties soins de santé, alors que toutes les autres garanties sont assurées par La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada.

Depuis près de 60 ans, Croix Bleue est un partenaire reconnu à l'échelle du Canada en matière de soins de santé pour les particuliers, les employeurs et les gouvernements. Aider à améliorer la santé et le bien-être des personnes et de leur collectivité est au cœur de nos objectifs.

Notre engagement à servir et à trouver des solutions novatrices, de même que notre expertise technologique vous permettent d'avoir l'esprit tranquille. Croix Bleue est toujours là pour vous.

À propos de la brochure

La présente brochure et votre carte d'identification contiennent des renseignements importants sur votre couverture collective. Veuillez les conserver en lieu sûr pour consultation ultérieure.

La brochure résume les caractéristiques importantes de votre couverture collective. Elle est préparée à titre informatif seulement et ne constitue pas en soi une entente. Les modalités exactes du régime sont décrites dans le contrat collectif détenu par votre employeur. S'il existe une divergence de termes entre la brochure et le contrat collectif, le contrat collectif prévaudra, dans la mesure où la loi l'autorise.

Votre brochure est divisée de la façon suivante :

- **Sommaire des garanties** : cette section décrit les éléments principaux de chaque garantie. Il est important de lire le Sommaire des garanties conjointement avec les modalités des garanties afin de bien comprendre votre couverture.
- **Modalités de la couverture** : cette section contient des renseignements importants concernant les conditions d'admissibilité à votre couverture collective. Ces modalités précisent le moment où votre couverture débute et se termine, ainsi que d'autres renseignements utiles qui vous aideront à profiter de votre couverture.
- **Droits et responsabilités en vertu du contrat** : cette section énonce vos responsabilités en vertu du contrat collectif, telles que celle d'aviser votre employeur de tout changement à votre statut, ainsi que vos droits, tels que votre droit à la protection des renseignements personnels.
- **Comment soumettre une demande de règlement et obtenir de plus amples renseignements** : cette section contient des renseignements supplémentaires sur les nombreuses options qui vous sont offertes pour soumettre vos demandes de règlement et sur la façon d'obtenir de plus amples renseignements sur votre couverture.
- **Conseils pratiques** : tout au long de la présente brochure, nous vous avons fourni des conseils utiles pour vous aider à mieux comprendre vos garanties collectives et à en profiter au maximum.

Application mobile Medavie

Soumettez une demande de règlement, accédez à une version électronique de votre carte d'identification, vérifiez votre protection, trouvez un professionnel de la santé dans votre région, et bien plus! Visitez www.cbmedavie.ca/application pour obtenir plus d'information ou pour télécharger l'application.

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire des garanties	1
Termes-clés	27
Modalités de la couverture.....	31
Garantie Vie de l'adhérent.....	36
Garantie Vie facultative	38
Garantie Invalidité de courte durée	40
Garantie Invalidité de longue durée	44
Garantie Médicaments	49
Garantie Soins de santé complémentaires.....	54
Garantie Soins dentaires.....	62
Garantie Voyage.....	68
Compte gestion santé (CGS)	64
Vos droits et responsabilités en vertu du contrat	78
Comment soumettre une demande de règlement	82
Ressources supplémentaires	84

Annexe I : Assurance facultative en cas de Décès et Mutilation par Accident

Le contrat d'assurance collective Décès et Mutilation Accidentels no 1R685 est établie par SSQ , Société d'assurance inc.

Annexe II : Assurance en cas de Maladie Grave

Le contrat d'assurance collective en cas de maladie grave no 1R700 est établie par SSQ , Société d'assurance inc.

Sommaire des garanties

Garantie Vie de l'adhérent

Calcul de la prestation	1 fois le salaire annuel
Prestation maximale	725 000 \$
Maximum sans preuve d'assurabilité	725 000 \$
Prestation pour maladie en phase terminale	Incluse
Réduction de la prestation	La prestation est réduite de 50 % à l'âge de 65 ans
Fin de la garantie	Retraite

Sommaire des garanties

Garantie Vie facultative

Calcul de la prestation

Maximum pour l'adhérent	Multiplés de 10 000 \$ Maximum de 500 000 \$
Maximum pour le conjoint	Multiplés de 10 000 \$ Maximum de 500 000 \$
Maximum par enfant	Multiplés de 10 000 \$ Maximum de 50 000 \$

Maximum sans preuve d'assurabilité Une preuve d'assurabilité est requise pour tout montant de protection.

Fin de la garantie

Adhérent	Lorsque l'adhérent atteint l'âge de 65 ans ou à sa retraite
Conjoint	Lorsque l'adhérent ou le conjoint atteint l'âge de 65 ans ou à la retraite de l'adhérent
Enfant	Lorsque l'adhérent atteint l'âge de 65 ans ou à sa retraite

Sommaire des garanties

Garantie Invalidité de courte durée

Montant de la prestation	70 % du revenu hebdomadaire avant le début de l'invalidité
Prestation maximale	3 460 \$ par semaine
Maximum sans preuve d'assurabilité	Même montant que la Prestation maximale
Délai de carence	Calculé en jours civils
Hospitalisation	7 jours
<i>Chirurgie d'un jour</i>	7 jours
Accident*	7 jours
Maladie	7 jours
Durée maximale des prestations**	17 semaines
Prestations imposables	Oui
Base de paiement	Jours civils
Intégration à la Commission de l'assurance-emploi du Canada (CAEC)	Non
Prestations supplémentaires de chômage (PSC)	Non
Fin de la garantie**	70 ans ou retraite

*L'invalidité totale qui commence plus de 30 jours après un accident est considérée comme une maladie.

**Lorsque la Garantie Invalidité de courte durée est enregistrée auprès de la CAEC par l'employeur, la durée des prestations ne peut être inférieure à la durée des prestations prévues dans le Programme de réduction des primes de l'assurance-emploi.

Sommaire des garanties

Garantie Invalidité de longue durée
Option 1

Montant de la prestation	53 % des premiers 2 400 \$ du revenu mensuel avant le début de l'invalidité, plus 38 % des 2 100 \$ suivants, plus 33 % de l'excédent, sans dépasser le Maximum provenant de toutes sources
Prestation maximale	14 500 \$/mois
Maximum sans preuve d'assurabilité	8 700 \$/mois
Délai de carence	17 semaines (119 jours)
Durée maximale des prestations	Jusqu'à 65 ans ou à la retraite
Prestations imposables	Non
Intégration des prestations	Oui
Maximum provenant de toutes sources	85 % du revenu net avant le début de l'invalidité
Notion de propre emploi	24 mois
Indexation au coût de la vie	Indexation selon l'IPC, jusqu'à un maximum de 2 %
<i>Date d'effet de l'indexation</i>	Cette indexation entre en vigueur seulement après 3 ans d'invalidité
Fin de la garantie	À 65 ans moins le délai de carence, ou à la retraite

Sommaire des garanties

Garantie Invalidité de longue durée
Option 2

Montant de la prestation	58 % des premiers 2 400 \$ du revenu mensuel avant le début de l'invalidité, plus 46 % des 2 100 \$ suivants, plus 39 % de l'excédent, sans dépasser le Maximum provenant de toutes sources
Prestation maximale	14 500 \$/mois
Maximum sans preuve d'assurabilité	8 700 \$/mois
Délai de carence	17 semaines (119 jours)
Durée maximale des prestations	Jusqu'à 65 ans ou à la retraite
Prestations imposables	Non
Intégration des prestations	Oui
Maximum provenant de toutes sources	85 % du revenu net avant le début de l'invalidité
Notion de propre emploi	24 mois
Indexation au coût de la vie	Indexation selon l'IPC, jusqu'à un maximum de 2 %
<i>Date d'effet de l'indexation</i>	Cette indexation entre en vigueur seulement après 3 ans d'invalidité
Fin de la garantie	À 65 ans moins le délai de carence, ou à la retraite

Sommaire des garanties

Garantie Médicaments
Option 1

Franchise	Sans objet
Pourcentage de remboursement*	Sans objet
Méthode de paiement	Sans objet
Couverture complémentaire offerte aux assurés inscrits au régime public de la RAMQ	Sans objet
<hr/>	
Liste de médicaments	Sans objet
<hr/>	
Maximums	
Médicaments pour traiter le dysfonctionnement érectile	Non couverts
Sérums contre les allergies	Non couverts
Injections sclérosantes	Non couvertes
<hr/>	
Clause de substitution par un médicament moins coûteux	Sans objet
Provision maximale	Sans objet
<hr/>	
Fin de la garantie	Sans objet

*La contribution maximale applicable aux assurés du Québec répond aux exigences minimales de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Sommaire des garanties

Garantie Médicaments
Option 2

Franchise	Aucune
Pourcentage de remboursement*	Selon le % de la RAMQ
Méthode de paiement	Paiement direct
Couverture complémentaire offerte aux assurés inscrits au régime public de la RAMQ	Oui
Liste de médicaments	Liste régulière
Maximums	
Médicaments pour traiter le dysfonctionnement érectile**	250 \$/année civile
Sérums contre les allergies	Inclus
Injections sclérosantes	20 \$/visite
Clause de substitution par un médicament moins coûteux	Substitution obligatoire par un médicament générique
Provision maximale	Provision de 100 jours (une provision de 30 jours pourrait s'appliquer à certains médicaments)
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent

*La contribution maximale applicable aux assurés du Québec répond aux exigences minimales de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Pour la division **Crandall seulement.

Sommaire des garanties

Garantie Médicaments**Option 3**

Franchise	Aucune
Pourcentage de remboursement*	75 %
Méthode de paiement	Paiement direct
Couverture complémentaire offerte aux assurés inscrits au régime public de la RAMQ	Oui
Liste de médicaments	Liste régulière
Maximums	
Médicaments pour traiter le dysfonctionnement érectile**	250 \$/année civile
Sérums contre les allergies	Inclus
Injections sclérosantes	20 \$/visite
Clause de substitution par un médicament moins coûteux	Substitution obligatoire par un médicament générique
Provision maximale	Provision de 100 jours (une provision de 30 jours pourrait s'appliquer à certains médicaments)
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent

*La contribution maximale applicable aux assurés du Québec répond aux exigences minimales de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Pour la division **Crandall seulement.

Sommaire des garanties

Garantie Médicaments**Option 4**

Franchise	Aucune
Pourcentage de remboursement*	90 %
Méthode de paiement	Paiement direct
Couverture complémentaire offerte aux assurés inscrits au régime public de la RAMQ	Oui
Liste de médicaments	Liste régulière
Maximums	
Médicaments pour traiter le dysfonctionnement érectile**	250 \$/année civile
Sérums contre les allergies	Inclus
Injections sclérosantes	20 \$/visite
Clause de substitution par un médicament moins coûteux	Substitution obligatoire par un médicament générique
Provision maximale	Provision de 100 jours (une provision de 30 jours pourrait s'appliquer à certains médicaments)
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent

*La contribution maximale applicable aux assurés du Québec répond aux exigences minimales de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Pour la division **Crandall seulement.

Sommaire des garanties

Garantie Soins de santé complémentaires

Option 1

Franchise			
Hospitalisation	Aucune		
Soins de la vue	Aucune		
Toutes les autres garanties de soins de santé	Aucune		
	Pourcentage de remboursement	Maximum	Hébergement
Hospitalisation			
Hôpital	Non couvert	Sans objet	Sans objet
Soins de convalescence/Réadaptation physique (maximum combiné)	Non couverts	Sans objet	Sans objet
Fournitures et services médicaux			
Service ambulancier	Non couvert	Sans objet	
Soins infirmiers	Non couverts	Sans objet	
Professionnels de la santé :		Maximum par année contractuelle	
<i>Psychologue</i>	Non couvert	Sans objet	
<i>Travailleur social</i>	Non couvert	Sans objet	
<i>Chiropraticien</i>	Non couvert	Sans objet	
<i>Naturopathe</i>	Non couvert	Sans objet	
<i>Acupuncteur</i>	Non couvert	Sans objet	
<i>Diététiste</i>	Non couvert	Sans objet	
<i>Ostéopathe</i>	Non couvert	Sans objet	
<i>Podologue</i>	Non couvert	Sans objet	
<i>Podiatre</i>	Non couvert	Sans objet	
<i>Audiologiste</i>	Non couvert	Sans objet	
<i>Orthophoniste</i>	Non couvert	Sans objet	
<i>Ergothérapeute</i>	Non couvert	Sans objet	
<i>Physiothérapeute/Thérapeute du sport/Technicien en réadaptation (maximum combiné)</i>	Non couverts	Sans objet	
<i>Massothérapeute</i>	Non couvert	Sans objet	
<i>Kinothérapeute</i>	Non couvert	Sans objet	
<i>Orthothérapeute</i>	Non couvert	Sans objet	
Radiographies (chiropraticien)	Non couvertes	Sans objet	

Sommaire des garanties

Garantie Soins de santé complémentaires
Option 1 (suite)

Fournitures et services médicaux	Pourcentage de remboursement	Maximum
Équipement médical	Non couvert	Sans objet
Appareils thérapeutiques	Non couvert	Sans objet
Aides à la mobilité et appareils orthopédiques	Non couvert	Sans objet
Prothèses	Non couvert	Sans objet
Appareils pour diabétiques	Non couvert	Sans objet
Prothèses auditives	Non couvert	Sans objet
Chaussures orthopédiques fabriquées sur mesure	Non couvert	Sans objet
Orthèses plantaires fabriquées sur mesure	Non couvert	Sans objet
Tests diagnostiques	Non couvert	Sans objet
Autres fournitures et services médicaux	Non couvert	Sans objet
Soins dentaires à la suite d'un accident	Non couvert	Sans objet
Soins de la vue		
Examen de la vue	Non couvert	Sans objet
Lunettes (verres et montures)/Verres de contact/Lunettes ou verres de contact suite à une chirurgie de la cataracte/Chirurgie oculaire au laser (maximum combiné)	Non couvertes	Sans objet
Lentilles intraoculaires implantées lors d'une chirurgie de la cataracte	Non couvertes	Sans objet
Fin de la garantie	Sans objet	
<hr/>		
Patients dirigés hors Canada ou hors province de résidence*	Non couverts	Sans objet
Fin de la garantie	Sans objet	

Sommaire des garanties

Garantie Soins de santé complémentaires

Option 2

Franchise

Hospitalisation	Aucune
Soins de la vue	Aucune
Toutes les autres garanties de soins de santé	Aucune

	Pourcentage de remboursement	Maximum	Hébergement
Hospitalisation			
Hôpital	100 %		Chambre à deux lits
Soins de convalescence/Réadaptation physique (maximum combiné)	100 %	50 \$/jour jusqu'à concurrence de 120 jours/année contractuelle	
Fournitures et services médicaux			
Service ambulancier	Non couvert	Sans objet	
Soins infirmiers	Non couverts	Sans objet	
Professionnels de la santé :		Maximum par année contractuelle	
<i>Psychologue</i>	Non couvert	Sans objet	
<i>Travailleur social</i>	Non couvert	Sans objet	
<i>Chiropraticien</i>	Non couvert	Sans objet	
<i>Naturopathe</i>	Non couvert	Sans objet	
<i>Acupuncteur</i>	Non couvert	Sans objet	
<i>Diététiste</i>	Non couvert	Sans objet	
<i>Ostéopathe</i>	Non couvert	Sans objet	
<i>Podologue</i>	Non couvert	Sans objet	
<i>Podiatre</i>	Non couvert	Sans objet	
<i>Audiologiste</i>	Non couvert	Sans objet	
<i>Orthophoniste</i>	Non couvert	Sans objet	
<i>Ergothérapeute</i>	Non couvert	Sans objet	
<i>Physiothérapeute/Thérapeute du sport/Technicien en réadaptation (maximum combiné)</i>	Non couverts	Sans objet	
<i>Massothérapeute</i>	Non couvert	Sans objet	
<i>Kinothérapeute</i>	Non couvert	Sans objet	
<i>Orthothérapeute</i>	Non couvert	Sans objet	
Radiographies (chiropraticien)	Non couvertes	Sans objet	

Sommaire des garanties

Garantie Soins de santé complémentaires
Option 2 (suite)

Fournitures et services médicaux	Pourcentage de remboursement	Maximum
Équipement médical	Non couvert	Sans objet
Appareils thérapeutiques	Non couverts	Sans objet
Aides à la mobilité et appareils orthopédiques	Non couvertes	Sans objet
Prothèses	Non couvertes	Sans objet
Appareils pour diabétiques	Non couverts	Sans objet
Prothèses auditives	Non couvertes	Sans objet
Chaussures orthopédiques fabriquées sur mesure	Non couvertes	Sans objet
Orthèses plantaires fabriquées sur mesure	Non couvertes	Sans objet
Tests diagnostiques	Non couverts	Sans objet
Autres fournitures et services médicaux	Non couvertes	Sans objet
Soins dentaires à la suite d'un accident	Non couverts	Sans objet
Soins de la vue		
Examen de la vue	Non couvert	Sans objet
Lunettes (verres et montures)/Verres de contact/Lunettes ou verres de contact suite à une chirurgie de la cataracte/Chirurgie oculaire au laser (maximum combiné)	Non couverts	Sans objet
Lentilles intraoculaires implantées lors d'une chirurgie de la cataracte	Non couvertes	Sans objet
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent	
<hr/>		
Patients dirigés hors Canada ou hors province de résidence*	Non couverts	Sans objet
Fin de la garantie	Sans objet	

Sommaire des garanties

Garantie Soins de santé complémentaires

Option 3

Franchise			
Hospitalisation	Aucune		
Soins de la vue	Aucune		
Toutes les autres garanties de soins de santé	Aucune		
	Pourcentage de remboursement	Maximum	Hébergement
Hospitalisation			
Hôpital	100 %		Chambre à deux lits
Soins de convalescence/Réadaptation physique (maximum combiné)	100 %	50 \$/jour jusqu'à concurrence de 120 jours/année contractuelle	
Fournitures et services médicaux			
Service ambulancier	100 %		
Soins infirmiers	75 %	10 000 \$/année contractuelle	
Professionnels de la santé :		Maximum par année contractuelle	
<i>Psychologue</i>	75 %	500 \$	
<i>Travailleur social</i>	75 %	500 \$*	
<i>Chiropraticien</i>	75 %	500 \$*	
<i>Naturopathe</i>	75 %	500 \$*	
<i>Acupuncteur</i>	75 %	500 \$*	
<i>Diététiste</i>	75 %	500 \$*	
<i>Ostéopathe</i>	75 %	500 \$*	
<i>Podologue</i>	75 %	500 \$*	
<i>Podiatre</i>	75 %	500 \$*	
<i>Audiologiste</i>	75 %	500 \$*	
<i>Orthophoniste</i>	75 %	500 \$*	
<i>Ergothérapeute</i>	75 %	500 \$*	
<i>Physiothérapeute/Thérapeute du sport/Technicien en réadaptation (maximum combiné)</i>	75 %	500 \$*	
<i>Massothérapeute</i>	75 %	500 \$*	
<i>Kinothérapeute</i>	75 %	500 \$*	
<i>Orthothérapeute</i>	75 %	500 \$*	
<i>Radiographies (chiropraticien)</i>	75 %	500 \$*	

*Maximum global combiné de 500 \$ par année contractuelle par assuré incluant : **Professionnels de la santé** (sauf Psychologue), **Examen de la vue** et l'ensemble **Lunettes (verres et montures)/Verres de contact/Lunettes ou verres de contact suite à une chirurgie de la cataracte/Chirurgie oculaire au laser.**

Sommaire des garanties

Garantie Soins de santé complémentaires

Option 3 (suite)

Fournitures et services médicaux	Pourcentage de remboursement	Maximum
Équipement médical*	75 %	1/mois pour la location, 1/ années contractuelles si l'achat est approuvé
Appareils thérapeutiques*	75 %	1/mois pour la location, 1/5 années contractuelles si l'achat est approuvé
Aides à la mobilité et appareils orthopédiques	75 %	Voir le texte de la garantie
Prothèses	75 %	Voir le texte de la garantie
Appareils pour diabétiques	75 %	Voir le texte de la garantie
Prothèses auditives	75 %	700 \$/3 années contractuelles
Chaussures orthopédiques fabriquées sur mesure	75 %	1 paire/année contractuelle
Orthèses plantaires fabriquées sur mesure	75 %	1 paire/année contractuelle
Tests diagnostiques	75 %	1 000 \$/année contractuelle
Autres fournitures et services médicaux	75 %	Voir le texte de la garantie
Soins dentaires à la suite d'un accident	75 %	Évaluation préalable requise
Soins de la vue		
Examen de la vue**	75 %	150 \$/12 mois consécutifs (combiné avec Lunettes (verres et montures)/Verres de contact/Lunettes ou verres de contact suite à une chirurgie de la cataracte/Chirurgie oculaire au laser)
Lunettes (verres et montures)/Verres de contact/Lunettes ou verres de contact suite à une chirurgie de la cataracte/Chirurgie oculaire au laser (maximum combiné)**	75 %	150 \$/12 mois consécutifs (combiné avec Examen de la vue)
Lentilles intraoculaires implantées lors d'une chirurgie de la cataracte	75 %	Illimité
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent	
Patients dirigés hors Canada ou hors province de résidence*	75 %	100 000 \$ admissibles à vie
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent	

*Autorisation préalable requise.

Maximum global combiné de 500 \$ par année contractuelle par assuré incluant : **Professionnels de la santé (sauf Psychologue), **Examen de la vue** et l'ensemble **Lunettes (verres et montures)/Verres de contact/Lunettes ou verres de contact suite à une chirurgie de la cataracte/Chirurgie oculaire au laser**.

Sommaire des garanties

Garantie Soins de santé complémentaires

Option 4

Franchise

Hospitalisation	Aucune
Soins de la vue	Aucune
Toutes les autres garanties de soins de santé	Aucune

	Pourcentage de remboursement	Maximum payable	Hébergement
Hospitalisation			
Hôpital	100 %		Chambre à deux lits
Soins de convalescence/Réadaptation physique (maximum combiné)	100 %	50 \$/jour jusqu'à concurrence de 120 jours/année contractuelle	
Fournitures et services médicaux			
Service ambulancier	100 %		
Soins infirmiers	90 %	10 000 \$/année contractuelle	
Professionnels de la santé :		Maximum payable par année contractuelle	
<i>Psychologue</i>	90 %	1 000 \$	
<i>Travailleur social</i>	90 %	1 000 \$*	
<i>Chiropraticien</i>	90 %	1 000 \$*	
<i>Naturopathe</i>	90 %	1 000 \$*	
<i>Acupuncteur</i>	90 %	1 000 \$*	
<i>Diététiste</i>	90 %	1 000 \$*	
<i>Ostéopathe</i>	90 %	1 000 \$*	
<i>Podologue</i>	90 %	1 000 \$*	
<i>Podiatre</i>	90 %	1 000 \$*	
<i>Audiologiste</i>	90 %	1 000 \$*	
<i>Orthophoniste</i>	90 %	1 000 \$*	
<i>Ergothérapeute</i>	90 %	1 000 \$*	
<i>Physiothérapeute/Thérapeute du sport/Technicien en réadaptation (maximum combiné)</i>	90 %	1 000 \$*	
<i>Massothérapeute</i>	90 %	1 000 \$*	
<i>Kinothérapeute</i>	90 %	1 000 \$*	
<i>Orthothérapeute</i>	90 %	1 000 \$*	
<i>Radiographies (chiropraticien)</i>	90 %	1 000 \$*	

*Maximum global combiné de 1 000 \$ par année contractuelle par assuré incluant : **Professionnels de la santé** (sauf Psychologue), **Examen de la vue** et l'ensemble **Lunettes (verres et montures)/Verres de contact/Lunettes ou verres de contact suite à une chirurgie de la cataracte/Chirurgie oculaire au laser.**

Sommaire des garanties

Garantie Soins de santé complémentaires
Option 4 (suite)

Fournitures et services médicaux	Pourcentage de remboursement	Maximum payable
Équipement médical*	90 %	1/mois pour la location, 1/5 années contractuelles si l'achat est approuvé
Appareils thérapeutiques*	90 %	1/mois pour la location, 1/5 années contractuelles si l'achat est approuvé
Aides à la mobilité et appareils orthopédiques	90 %	Voir le texte de la garantie
Prothèses	90 %	Voir le texte de la garantie
Appareils pour diabétiques	90 %	Voir le texte de la garantie
Prothèses auditives	90 %	700 \$/3 années contractuelles
Chaussures orthopédiques fabriquées sur mesure	90 %	1 paire/année contractuelle
Orthèses plantaires fabriquées sur mesure	90 %	1 paire/année contractuelle
Tests diagnostiques	90 %	1 000 \$/année contractuelle
Autres fournitures et services médicaux	90 %	Voir le texte de la garantie
Soins dentaires à la suite d'un accident	90 %	Évaluation préalable requise
Soins de la vue		
Examen de la vue**	90 %	300 \$/12 mois consécutifs (combiné avec Lunettes (verres et montures)/Verres de contact/Lunettes ou verres de contact suite à une chirurgie de la cataracte/Chirurgie oculaire au laser)
Lunettes (verres et montures)/Verres de contact/Lunettes ou verres de contact suite à une chirurgie de la cataracte/Chirurgie oculaire au laser (maximum combiné)**	90 %	300 \$/12 mois consécutifs (combiné avec Examen de la vue)
Lentilles intraoculaires implantées lors d'une chirurgie de la cataracte	90 %	Illimité
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent	
Patients dirigés hors Canada ou hors province de résidence*	90 %	100 000 \$ admissibles à vie
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent	

*Autorisation préalable requise.

Maximum global combiné de 1 000 \$ par année contractuelle par assuré incluant : **Professionnels de la santé (sauf Psychologue), **Examen de la vue** et l'ensemble **Lunettes (verres et montures)/Verres de contact/Lunettes ou verres de contact suite à une chirurgie de la cataracte/Chirurgie oculaire au laser**.

Sommaire des garanties

Garantie Soins dentaires
Option 1

Franchise	Sans objet		
Guide des tarifs	Sans objet		
		Pourcentage de remboursement	Maximum payable
Soins préventifs		Non couverts	Sans objet
Examens et diagnostic			Sans objet
<i>Examens de rappel</i>			Sans objet
Services préventifs			Sans objet
<i>Polissage des dents</i>			Sans objet
<i>Traitement au fluorure</i>			Sans objet
<i>Détartrage</i>			Sans objet
Soins de base		Non couverts	Sans objet
Endodontie			Sans objet
Parodontie			Sans objet
Surfaçage radiculaire/curetage			Sans objet
Soins de restauration majeure		Non couverts	Sans objet
Restauration et prothèses			Sans objet
Implants			Sans objet
Restaurations sur implants			Sans objet
Soins orthodontiques		Non couverts	Sans objet
Application de la solution de rechange la moins coûteuse	Sans objet		
Fin de la garantie	Sans objet		

Sommaire des garanties

Garantie Soins dentaires

Option 2

Franchise	Aucune	
Guide des tarifs	Année courante/ Province du fournisseur (Guide des honoraires pour les spécialistes et les généralistes)	
	Pourcentage de remboursement	Maximum
Soins préventifs	60 %	700 \$/année contractuelle combiné avec les soins de base et les soins de restauration majeure
Examens et diagnostic		
<i>Examens de rappel</i>		1/9 mois consécutifs
Services préventifs		
<i>Polissage des dents</i>		1/9 mois consécutifs
<i>Traitement au fluorure</i>		1/9 mois consécutifs (Assurés de moins de 16 ans)
<i>Détartrage</i>		1/9 mois consécutifs
Soins de base	60 %	700 \$/année contractuelle combiné avec les soins préventifs et les soins de restauration majeure
Endodontie		Incluse
Parodontie		Incluse
Surfaçage radiculaire/curetage		6 unités/année contractuelle ou 1 fois/dent/24 mois
Soins de restauration majeure	50 %	700 \$/année contractuelle combiné avec les soins de base et les soins préventifs
Restauration et prothèses		Voir le texte de la garantie
Facettes		1 par dent/5 années contractuelles
Implants		1 par dent/10 années contractuelles
Restaurations sur implants		1 par dent/10 années contractuelles
Soins orthodontiques	Non couverts	Sans objet
Application de la solution de rechange la moins coûteuse	Incrustations et couronnes	
	Restaurations sur les dents postérieures (réduites au coût de l'amalgame lié par mordançage)	
	Ponts	
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent	

Sommaire des garanties

Garantie Soins dentaires

Option 3

Franchise	Aucune	
Guide des tarifs	Année courante/ Province du fournisseur (Guide des honoraires pour les spécialistes et les généralistes)	
	Pourcentage de remboursement	Maximum
Soins préventifs	75 %	1 000 \$/année contractuelle combiné avec les soins de base et les soins de restauration majeure
Examens et diagnostic		
<i>Examens de rappel</i>		1/9 mois consécutifs
Services préventifs		
<i>Polissage des dents</i>		1/9 mois consécutifs
<i>Traitement au fluorure</i>		1/9 mois consécutifs (Assurés de moins de 16 ans)
<i>Détartrage</i>		1/9 mois consécutifs
Soins de base	75 %	1 000 \$/année contractuelle combiné avec les soins préventifs et les soins de restauration majeure
Endodontie		Incluse
Parodontie		Incluse
Surfaçage radiculaire/curetage (combiné)		6 unités/année contractuelle ou 1 fois/dent/24 mois
Soins de restauration majeure	50 %	1 000 \$/année contractuelle combiné avec les soins de base et les soins préventifs
Restauration et prothèses		Voir le texte de la garantie
Facettes		1 par dent/5 années contractuelles
Implants		1 par dent/10 années contractuelles
Restaurations sur implants		1 par dent/10 années contractuelles
Soins orthodontiques	Non couverts	Sans objet
Application de la solution de rechange la moins coûteuse	Incrustations et couronnes Restaurations sur les dents postérieures (réduites au coût de l'amalgame lié par mordançage) Ponts	
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent	

Sommaire des garanties

Garantie Soins dentaires

Option 4

Franchise	Aucune	
Guide des tarifs	Année courante/ Province du fournisseur (Guide des honoraires pour les spécialistes et les généralistes)	
	Pourcentage de remboursement	Maximum
Soins préventifs	90 %	2 000 \$/année contractuelle combiné avec les soins de base et les soins de restauration majeure
Examens et diagnostic <i>Examens de rappel</i>		1/9 mois consécutifs
Services préventifs <i>Polissage des dents</i> <i>Traitement au fluorure</i>		1/9 mois consécutifs 1/9 mois consécutifs (Assurés de moins de 16 ans)
<i>Détartrage</i>		1 par 9 mois consécutifs
Soins de base	90 %	2 000 \$/année contractuelle combiné avec les soins préventifs et les soins de restauration majeure
Endodontie		Incluse
Parodontie		Incluse
Surfaçage radiculaire/curetage (combiné)		6 unités/année contractuelle ou 1 fois/dent/24 mois
Soins de restauration majeure	60 %	2 000 \$/année contractuelle combiné avec les soins de base et les soins préventifs
Restauration et prothèses		Voir le texte de la garantie
Facettes		1 par dent/5 années contractuelles
Implants		1 par dent/10 années contractuelles
Restaurations sur implants		1 par dent/10 années contractuelles
Soins orthodontiques	50 %	2 000 \$ à vie (Assurés de moins de 18 ans)
Application de la solution de rechange la moins coûteuse	Incrustations et couronnes Restaurations sur les dents postérieures (réduites au coût de l'amalgame lié par mordantage) Ponts	
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent	

Sommaire des garanties

Garantie Voyage
Option 1 (Adhérent Seulement)

Franchise	Aucune
Pourcentage de remboursement	100 %
Durée de la protection	Les 180 premiers jours du voyage à l'extérieur de la province de résidence
Exigence de stabilité	La condition médicale de l'assuré doit être stable au cours des 90 jours précédant la date de départ
	Maximum
Garantie Médico-hospitalière d'urgence	5 000 000 \$ à vie
Assistance voyage	Oui
Fin de la garantie	Lorsque l'adhérent atteint l'âge de 80 ans ou à sa retraite

Sommaire des garanties

Garantie Voyage**Option 2**

Franchise	Aucune
Pourcentage de remboursement	100 %
Durée de la protection	Les 180 premiers jours du voyage à l'extérieur de la province de résidence
Exigence de stabilité	La condition médicale de l'assuré doit être stable au cours des 90 jours précédant la date de départ
	Maximum
Garantie Médico-hospitalière d'urgence	5 000 000 \$ à vie
Assistance voyage	Oui
Fin de la garantie	Lorsque l'adhérent atteint l'âge de 80 ans ou à sa retraite

Sommaire des garanties

Garantie Voyage
Option 3

Franchise	Aucune
Pourcentage de remboursement	100 %
Durée de la protection	Les 180 premiers jours du voyage à l'extérieur de la province de résidence
Exigence de stabilité	La condition médicale de l'assuré doit être stable au cours des 90 jours précédant la date de départ
	Maximum
Garantie Médico-hospitalière d'urgence	5 000 000 \$ à vie
Assistance voyage	Oui
Fin de la garantie	Lorsque l'adhérent atteint l'âge de 80 ans ou à sa retraite

Sommaire des garanties

Garantie Voyage
Option 4

Franchise	Aucune
Pourcentage de remboursement	100 %
Durée de la protection	Les 180 premiers jours du voyage à l'extérieur de la province de résidence
Exigence de stabilité	La condition médicale de l'assuré doit être stable au cours des 90 jours précédant la date de départ
	Maximum
Garantie Médico-hospitalière d'urgence	5 000 000 \$ à vie
Assistance voyage	Oui
Fin de la garantie	Lorsque l'adhérent atteint l'âge de 80 ans ou à sa retraite

Sommaire des garanties

Compte gestion santé

Franchise	Aucune
Administration du régime	Remboursement sur demande (les crédits seront utilisés pour rembourser les demandes de règlement à même le CGS, si précisé par l'adhérent sur le formulaire de demande de règlement)
Fréquence d'allocation des crédits	Le premier jour de chaque année contractuelle, le compte de l'adhérent est crédité du solde des dollars Flex*
Détails	
Année du CGS	Du 1 ^{er} avril au 31 mars
Type de CGS	Report des crédits
Délai de grâce pour les employés actifs	90 jours
Délai de grâce pour les employés dont le CGS a pris fin	90 jours
Fin de la garantie	Lorsque l'adhérent atteint l'âge de 70 ans, ou à la retraite

*Si la couverture de l'adhérent prend effet après le début de l'année du CGS, les crédits seront ajustés sur la base du nombre de mois qui restent avant la fin de l'année CGS.

Vous et vos personnes à charge

Tout au long de la brochure, nous utilisons quelques termes-clés lorsque nous faisons référence à vous et à vos personnes à charge :

- Employé, adhérent et assuré font référence à vous-même;
- Personne à charge, conjoint, enfant et assuré font référence à vos personnes à charge.

Employé : Une personne qui :

- réside au Canada; et
- est au service de l'employeur à raison d'un minimum de 22 heures 30 de travail par semaine.

Les employés embauchés sur une base temporaire ou contractuelle ne sont pas admissibles à moins d'indication à l'effet contraire dans le Sommaire des garanties. Pour les employés qui travaillent à l'extérieur du Canada sur une base régulière, Croix Bleue doit être avisée de toute nouvelle destination dans des régions ou pays non recommandés par le gouvernement canadien afin de pouvoir confirmer la couverture offerte.

Adhérent : Un employé qui est admissible à la couverture et qui est accepté par Croix Bleue.

Personne à charge : Le conjoint ou l'enfant de l'adhérent.

Enfant : Une personne qui :

- est domiciliée au Canada;
- est un enfant naturel ou adopté de l'adhérent ou de son conjoint ou un enfant dont l'adhérent ou son conjoint est le tuteur légal avec autorité parentale;
- dépend financièrement de l'adhérent ou de son conjoint pour son soutien et ses besoins;
- est célibataire; et
- répond à un des critères suivants :
 - a) est âgé de moins de 21 ans;
 - b) est âgé de moins de 26 ans et fréquente à temps plein un établissement d'enseignement reconnu, un collège ou une université; ou
 - c) souffre d'une déficience physique ou mentale survenue alors qu'il était un enfant selon les critères a) ou b) ci-dessus et qu'il est demeuré continuellement déficient depuis ce temps.

Pour les besoins de la présente définition, un enfant est considéré comme souffrant d'une déficience physique ou mentale s'il est incapable d'exercer une activité lucrative lui permettant de subvenir à ses propres besoins et s'il dépend financièrement de l'adhérent ou de son conjoint pour son soutien. Croix Bleue peut demander que des preuves écrites démontrant la déficience lui soient fournies par écrit, aussi souvent que raisonnablement nécessaire.

Changement de situation familiale : un des événements majeurs suivants :

- mariage, début d'union civile;
- Nouveau conjoint de fait;
- Naissance ou adoption d'un premier enfant;
- Séparation, divorce ou fin d'une union de fait;
- Décès du conjoint ou d'un enfant;
- Fin de l'admissibilité du dernier enfant à charge.

Conjoint : Une personne qui :

- est domiciliée au Canada; et
- répond à un des critères suivants :



Conseil pratique

Vous êtes responsable d'inscrire vos personnes à charge au régime lorsqu'elles y deviennent admissibles.

De plus, vous êtes responsable de les désinscrire lorsqu'elles ne répondent plus aux définitions énoncées ci-contre.

Vous pouvez mettre à jour votre statut familial ou celui de vos personnes à charge directement en ligne dans votre compte à l'adresse suivante :

<https://app.connect.meda.vie.bluecross.ca/Englobe>

- est légalement mariée à l'adhérent;
- est unie civilement à l'adhérent, tel que défini par le Code civil du Québec; ou
- réside avec lui depuis au moins une année entière en tant que conjoint de fait. Toutefois, lorsque la législation provinciale l'exige, la période précitée n'est pas applicable si un enfant est né de cette union.

Le conjoint doit être désigné par l'adhérent sur son formulaire d'adhésion. En tout temps, une seule personne peut être couverte en tant que conjoint de l'adhérent.

Assuré : L'adhérent ou l'une de ses personnes à charge, qui sont couverts en vertu du contrat.

Autres termes importants

Accident : Un événement soudain, fortuit et imprévisible qui :

- est de nature violente;
- est dû uniquement à une cause externe;
- cause, directement et indépendamment de toute autre cause, des blessures corporelles à un assuré; et
- est non intentionnel de la part de l'assuré.

La blessure corporelle doit être attestée par un médecin.

Activités de la vie quotidienne : Les 5 activités suivantes :

- *Se nourrir* : la capacité de porter de la nourriture préparée ou du liquide à sa bouche;
- *S'habiller* : la capacité de mettre et d'enlever les vêtements nécessaires et habituellement portés, y compris les attelles pour les jambes;
- *Se laver* : la capacité de nettoyer la totalité de son corps à l'aide d'eau et de savon, y compris manipuler le mécanisme du robinet et de la douche, entrer dans la baignoire ou la douche et en ressortir, ainsi que se sécher;
- *Se déplacer* : la capacité de se déplacer seul d'un endroit à un autre avec ou sans matériel d'aide à la mobilité; et
- *Utiliser les toilettes* (incluant la capacité à maîtriser les fonctions de défécation et de miction) : la capacité d'utiliser les toilettes, les chaises percées ou les urinoirs.

Année contractuelle : La période commençant le premier jour du mois d'avril d'une année donnée et se terminant le dernier jour du mois de mars l'année suivante.

Assuré du Québec : Un adhérent ou une personne à charge est un assuré du Québec si :

- le preneur a une succursale au Québec;
- l'assuré réside et travaille au Québec; et
- l'assuré est assujéti à la Loi sur l'assurance médicaments.

Effectivement au travail : Un employé est effectivement au travail pour un jour donné s'il se présente à son lieu habituel de travail et est capable d'exercer toutes les tâches habituelles reliées à son travail, selon son horaire de travail régulier.

Si l'employé n'a pas à se rendre au travail, pour un jour donné, en raison d'un jour férié, d'une variation d'horaire, d'une journée de vacances ou d'un jour de fin de semaine, il est considéré comme étant effectivement au travail si, ce jour-là, il pouvait se présenter à son lieu habituel de travail et accomplir les tâches habituelles reliées à son travail.



Conseil pratique

L'une des conditions d'admissibilité à la couverture en vertu du contrat est que vous soyez effectivement au travail.

Fournisseur approuvé : Un fournisseur de services ou de fournitures de soins de santé qui est approuvé par Croix Bleue afin de fournir des services ou des fournitures spécifiques faisant partie des frais admissibles.

Franchise : La partie des frais admissibles qui doit être payée par l'assuré avant que Croix Bleue n'effectue un paiement quelconque.

La Franchise s'applique par médicament prescrit ou année contractuelle, tel que mentionné dans le Sommaire des garanties. Toutefois, les frais admissibles engagés au cours des 3 derniers mois d'une année contractuelle et qui satisfont en partie ou en totalité la franchise pour cette année-là peuvent servir à réduire la franchise de l'année contractuelle suivante.

Frais admissibles : Frais engagés par l'assuré pour des services ou des fournitures de soins de santé qui sont :

- médicalement nécessaires;
- usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante, c'est-à-dire :
 - que les frais demandés sont comparables aux frais exigés habituellement, par un professionnel de la santé ou un fournisseur approuvé, pour des services ou des fournitures similaires, dans la région où les frais sont engagés; et
 - que la fréquence et le nombre de services ou de fournitures reçus par l'assuré sont appropriés à l'état de santé de l'assuré, selon l'avis de Croix Bleue, en consultation avec ses experts médicaux;
- préalablement recommandés par un médecin ou un professionnel de la santé qui :
 - ne réside pas habituellement avec l'assuré;
 - n'est pas un membre de sa famille; et
 - n'est pas son employeur ou un collègue de travail;
- rendus par un fournisseur approuvé qui :
 - ne réside pas habituellement avec l'assuré; et
 - n'est pas un membre de sa famille; et
- rendus alors que le contrat est en vigueur, sauf indication contraire.

Les services ou les fournitures de soins de santé ne sont pas des frais admissibles s'ils ont été fournis ou prescrits par l'assuré lui-même.

Les frais admissibles sont considérés comme étant engagés à la date à laquelle les services ou les fournitures sont reçus par l'assuré. Les frais admissibles engagés à l'extérieur du Canada sont limités au montant qui aurait été remboursé si les frais admissibles avaient été engagés dans la province de résidence de l'assuré, sauf si la garantie est limitée aux frais admissibles engagés au Canada seulement.

Lorsqu'un traitement différent ou plus d'une forme de traitement existent, Croix Bleue se réserve le droit de baser le remboursement des frais admissibles sur le prix du traitement le moins coûteux si, de l'avis de Croix Bleue, en consultation avec ses experts médicaux, le traitement équivalent est approprié et conforme du point de vue professionnel.

Médicalement nécessaire : Les services ou fournitures qui, selon l'avis de Croix Bleue, en consultation avec ses experts médicaux, sont fournis ou prescrits par un médecin ou un professionnel de la santé afin de traiter une blessure ou une maladie et qui :

- ne sont pas fournis ou prescrits pour des raisons pratiques ou esthétiques;
- sont reconnus comme étant les plus adéquats, sécuritaires et efficaces en termes de coût, pour le traitement de la maladie ou de la blessure; et
- sont habituellement reconnus par la profession médicale comme étant adéquats pour le traitement de la maladie ou de la blessure.

Période de réadhésion : période d'une durée limitée qui a lieu entre février et mars tous les deux ans, à compter du 1^{er} avril 2020.

Conseil pratique

Important : Croix Bleue rembourse seulement les frais de santé répondant à ces critères de frais admissibles.

Conseil pratique

Membre de la famille
désigne pour un assuré :

- son conjoint;
- son père ou sa mère, ou leur conjoint ou conjoint de fait;
- ses enfants ou les enfants de son conjoint ou de son conjoint de fait;
- ses frères et ses sœurs;
- ses petits-enfants; ou
- ses grands-parents.

Conseil pratique

Croix Bleue rembourse seulement les frais qui sont médicalement nécessaires.

Professionnel de la santé : Un professionnel de la santé qui est un membre en règle de son ordre professionnel (s'il y a lieu) et qui exerce dans les limites de sa compétence au sens de la loi. S'il n'a pas d'ordre professionnel, le professionnel doit :

- être membre en règle de son association;
- fournir des soins et des traitements dans les limites de sa discipline; et
- répondre à la définition de fournisseur approuvé.

Revenu ou salaire : La rémunération habituelle de l'employé versée par l'employeur, incluant les heures supplémentaires ou toute rémunération supplémentaire reçues sur une base régulière. Sont exclus les dividendes, ainsi que toute forme de rémunération non régulière comme les bonis, les primes et les gratifications.

Pour les employés dont le salaire est basé sur des commissions, le salaire est la rémunération habituelle moyenne de l'employé versée par l'employeur au cours des deux années d'emploi précédentes, tel qu'indiqué sur les feuillets d'impôt de l'employé. Si l'employé n'a pas complété deux années de service continu, le salaire sera calculé au prorata du temps travaillé.

Pour les employés en affectation en région éloignée et dont l'horaire normal de travail est supérieur à 40 heures par semaine, le salaire est la rémunération habituelle moyenne de l'employé versée par l'employeur au cours de l'année (12 mois à l'emploi) d'emploi précédente, tel qu'indiqué sur les feuillets d'impôt de l'employé. Si l'employé n'a pas complété une année (12 mois) de service continu, le salaire sera calculé au prorata du temps travaillé.

Pour le calcul des prestations, le revenu est le moindre du :

- revenu selon la présente définition; ou
- dernier revenu déclaré à Croix Bleue et utilisé dans le calcul de la prime payable.

Traitement : Le plan de traitement d'un assuré afin d'améliorer ou de combattre une maladie, un désordre de l'organisme ou une blessure. Ce plan de traitement doit :

- être considéré comme approprié et être approuvé par Croix Bleue; et
- être prescrit, fourni ou prodigué par un médecin ou un professionnel de la santé exerçant dans le domaine de la médecine qui s'applique à la condition médicale précise de l'assuré.



Conseil pratique

Si mentionné dans le Sommaire des garanties, votre revenu peut être utilisé pour le calcul de vos prestations vie, de décès et mutilation par accident ou d'invalidité (s'il y a lieu).

Modalités de la couverture

Qui est admissible à la couverture?

Catégorie Employés saisonniers

Vous êtes admissible à la couverture si vous :

- répondez à la définition d'employé et êtes effectivement au travail; et
- avez travaillé 6 mois durant les **12 derniers mois**.

Catégorie Employés réguliers

Vous êtes admissible à la couverture si vous répondez à la définition d'employé et êtes effectivement au travail.

Toutes les catégories d'employés

Vos personnes à charge sont également admissibles à la couverture si elles répondent à la définition de conjoint ou d'enfant apparaissant dans la section Termes-clés.

Pour être admissible à la couverture, vous et vos personnes à charge devez avoir droit à la couverture gouvernementale de soins de santé.

Vous devez continuer de travailler le nombre minimum d'heures par semaine pour conserver votre admissibilité en vertu du contrat.

Dois-je fournir une preuve d'assurabilité pour adhérer à la couverture?

Généralement, vous n'avez pas besoin de fournir une preuve d'assurabilité pour bénéficier de la couverture collective. Toutefois, une preuve d'assurabilité doit être soumise dans les circonstances suivantes :

- lorsque votre couverture ou celle de vos personnes à charge dépasse le Maximum sans preuve d'assurabilité mentionné dans le Sommaire des garanties;
- pour toute demande d'adhésion à la Garantie Vie facultative (s'il y a lieu); ou
- lorsque votre demande d'adhésion parvient à Croix Bleue plus de 31 jours après la date à laquelle vous ou vos personnes à charge êtes devenus admissibles, à l'exception :
 - de la Garantie Soins dentaires (s'il y a lieu); et
 - des assurés du Québec qui sont en retard, à l'égard desquels aucune preuve d'assurabilité ne peut être exigée pour l'adhésion à la Garantie Médicaments.

Comment adhérer à la couverture?

Formulaire d'adhésion

Une fois que vous aurez reçu un courriel de Croix Bleue vous confirmant votre accès au système d'adhésion en ligne, vous pourrez adhérer à la couverture. Vous devrez remplir et soumettre en ligne votre formulaire d'adhésion et, s'il y a lieu, soumettre une preuve d'assurabilité en raison de l'une des raisons figurant ci-dessus.

Le formulaire d'adhésion rempli doit parvenir à Croix Bleue dans les 31 jours qui suivent la date d'admissibilité à votre couverture ou celle de votre personne à charge.



Conseil pratique

Preuve d'assurabilité désigne toute déclaration ou toute information médicale, au sujet de votre santé ou de celle de vos personnes à charge.

Maximum sans preuve d'assurabilité désigne le montant de couverture auquel vous ou vos personnes à charge avez droit, sans devoir soumettre une preuve d'assurabilité.

Les Maximums sans preuve d'assurabilité de chaque garantie (s'il y a lieu) sont mentionnés dans le Sommaire des garanties.



Conseil pratique

Si vous n'adhérez pas à la couverture dans les 31 jours suivant votre admissibilité, votre participation ultérieure aux garanties peut être restreinte et votre niveau de protection pourrait être réduit.

Puis-je ne pas souscrire à la couverture de certaines garanties?

Un choix individuel ne vous est pas permis en vertu du contrat. De plus, lorsque vous souscrivez à la couverture, vous devez inscrire toutes vos personnes à charge admissibles, sous réserve des exceptions qui suivent :

- vous avez le choix d'adhérer ou non aux garanties facultatives; et
- vous avez le droit de vous exempter des garanties soins de santé pour vous ou vos personnes à charge si vous ou vos personnes à charge avez déjà une couverture similaire en vertu d'un autre régime collectif. Dans ce cas, vous ou vos personnes à charge redeviendrez admissible aux garanties soins de santé s'il y a un changement à votre statut familial ou si vous ou vos personnes à charge cessez d'être couvert en vertu de l'autre couverture pour des raisons indépendantes de votre volonté.

Quand ma couverture prend-elle effet?

Employés

Votre couverture prend effet à la dernière des dates suivantes :

- la date d'entrée en vigueur du contrat;
- la date à laquelle vous répondez à tous les critères d'admissibilité; ou
- la date à laquelle Croix Bleue approuve votre preuve d'assurabilité, s'il y a lieu.

Si vous n'êtes pas effectivement au travail à la date à laquelle votre couverture doit prendre effet, celle-ci prend effet à la date à laquelle vous êtes de nouveau effectivement au travail.

Personnes à charge

La couverture de vos personnes à charge prend effet à la dernière des dates suivantes :

- la date à laquelle vous devenez admissible à la couverture;
- la date à laquelle elles répondent à tous les critères d'admissibilité;
- la date à laquelle Croix Bleue approuve leur preuve d'assurabilité, s'il y a lieu; ou
- le jour suivant leur sortie de l'hôpital, si elles sont hospitalisées à la date à laquelle elles seraient admissibles à la couverture, sauf si :
 - elles étaient couvertes en vertu du contrat antérieur; elles sont alors couvertes à la date d'entrée en vigueur du contrat; ou
 - l'enfant est né pendant que cette couverture est en vigueur; l'enfant est couvert dès sa naissance, ou en ce qui concerne la Garantie Vie, au moment spécifié dans la Garantie Vie des personnes à charge du Sommaire des garanties (s'il y a lieu).



Conseil pratique

Contrat antérieur désigne un régime d'assurance collective qui fournissait une couverture à vous et à vos personnes à charge et qui s'est terminé dans les 31 jours de la date d'entrée en vigueur du présent régime collectif.

Qu'advient-il de ma couverture durant une absence du travail?

Maladie – Accident

Lorsque vous vous absentez du travail en raison d'une maladie ou d'un accident, votre couverture est maintenue. Dans ces circonstances, veuillez communiquer avec votre administrateur de régime collectif pour discuter de la période maximale pour laquelle votre couverture sera maintenue.

Congé de maternité – Congé parental

Au cours d'un congé de maternité ou d'un congé parental, vous pouvez choisir entre le maintien ou le non-maintien de toutes les couvertures pour la période maximale prévue en vertu de la législation applicable.

Votre décision de maintenir ou de ne pas maintenir votre couverture doit être faite avant votre congé et vous ne pouvez pas revenir sur cette décision à une date ultérieure. Si vous décidez de maintenir votre couverture, vous devez continuer à payer vos primes (s'il y a lieu) pour toute la durée de l'absence.

Si vous êtes un assuré du Québec, vous devez au moins maintenir la Garantie Médicaments, sauf si vous avez une couverture médicaments en vertu d'un autre régime collectif.

Mise à pied temporaire – Congé autorisé – Suspension disciplinaire – Grève ou lockout

Dans ces circonstances, veuillez communiquer avec votre administrateur de régime collectif pour discuter des garanties que vous devez maintenir au cours d'une telle absence et de la période maximale pour laquelle ces garanties peuvent être maintenues.

Comment puis-je modifier ma couverture?

Modification des options lors de la période de réadhésion

Vous pouvez modifier vos couvertures pendant la période de réadhésion telle que définie plus haut dans la section « **Définitions** ».

Les changements demandés prennent alors effet le 1^{er} avril tous les deux ans après la période de réadhésion. Toutefois, les montants d'assurance vie facultative et d'assurance salaire de longue durée ne sont augmentés que sur acceptation des preuves d'assurabilité soumises par l'adhérent.

Dans le cas de la Garantie Médicaments, de la Garantie Soins de santé complémentaires, de la Garantie Soins dentaires et de la Garantie Voyage, vous pouvez augmenter vos options comme suit :

- Option 1 vers Option 2;
- Option 2 vers Option 3;
- Option 3 vers Option 4.

Par ailleurs, seules les réductions suivantes sont possibles :

- Option 4 vers Option 3;
- Option 3 vers Option 2;
- Option 2 vers Option 1.

Si vous n'êtes pas effectivement au travail par ce que vous êtes totalement invalide, vous demeurez assuré pour la même couverture que celle en vigueur immédiatement avant le début de votre invalidité, jusqu'à la date à laquelle vous reprenez effectivement le travail.

À votre retour au travail, toute demande de changement de couverture doit être présentée dans les 31 jours de la date de retour au travail. Ce changement prend effet à la date à laquelle vous reprenez effectivement le travail et votre choix de couverture sera alors valide jusqu'au 31 mars qui suit. Si vous n'avez pas fait votre choix durant ce délai, vous continuerez de bénéficier de la couverture que vous déteniez immédiatement avant son retour au travail.

Modification des couvertures en dehors de la période de réadhésion

Vous pouvez effectuer un changement d'options lors d'un changement de situation familiale, pourvu que vous en fassiez la demande dans les 31 jours qui suivent le changement de situation familiale. Les changements demandés entreront alors en vigueur rétroactivement à la date du changement de situation familiale. Toutefois, les montants d'assurance vie facultative et d'assurance salaire de longue durée ne sont augmentés que sur acceptation des preuves d'assurabilité soumises par l'adhérent.

Pour toute demande de changement présentée plus de 31 jours après un changement de situation familiale, votre couverture demeurera celle déjà en vigueur.

Si au moment du changement de situation familiale, vous n'êtes pas effectivement au travail par ce que vous êtes totalement invalide, vous pouvez modifier :

- votre choix de régime et votre statut de protection pour la Garantie Médicaments, la Garantie Soins de santé complémentaires, la Garantie Soins dentaires et la Garantie Voyage dans les 31 jours qui suivent le changement de situation familiale;
- vos autres couvertures dans les 31 jours qui suivent votre retour effectif au travail.

Quand ma couverture se termine-t-elle?

La couverture prend fin à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle le contrat se termine;
- la date à laquelle vous ou vos personnes à charge ne répondez plus à un ou plusieurs critères d'admissibilité;
- la date de cessation de votre emploi;
- la date à laquelle vous (ou votre conjoint dans le cas de la Garantie Vie facultative, s'il y a lieu) atteignez l'âge de cessation ou la date de cessation, s'il y a lieu, mentionnée dans le Sommaire des garanties;
- la date à laquelle vous prenez votre retraite auprès de l'employeur, sauf indication contraire dans le Sommaire des garanties;
- la date de votre décès;
- le jour où vous ou vos personnes à charge commettez un acte frauduleux à l'égard de Croix Bleue; ou
- la date à laquelle le preneur du contrat est en défaut de paiement des primes.

La couverture de vos personnes à charge cesse à la date à laquelle votre couverture se termine.

Que se passe-t-il lorsque votre couverture prend fin?

Droit de transformation en une police d'assurance individuelle

Lorsque la couverture de certaines de vos garanties prend fin, vous et vos personnes à charge avez le droit de transformer votre couverture collective en couverture individuelle, pourvu que vous satisfassiez certaines exigences.

Le libellé de la garantie indique si ce droit de transformation s'applique à une garantie particulière.

Lorsque la transformation est offerte, les conditions suivantes s'appliquent :

- Vous devez, dans les 31 jours qui suivent la date à laquelle votre couverture prend fin :
 - remettre à Croix Bleue le formulaire à cet effet, dûment rempli; et
 - verser à Croix Bleue la totalité de la prime initiale requise, selon la méthode de versement indiquée par Croix Bleue;
- l'assurance individuelle est émise sans qu'une preuve d'assurabilité ne soit requise;
- la prime de cette assurance individuelle est établie selon les taux de police d'assurance individuelle en vigueur chez Croix Bleue à la date de l'adhésion, en tenant compte du sexe de l'assuré et de son âge;
- la police d'assurance individuelle est assujettie aux montants minimaux et maximaux, ainsi qu'à toute autre condition mentionnée sous le libellé Droit de transformation en une police d'assurance individuelle de la garantie concernée.

Et si j'ai une couverture ailleurs?

À l'exception des prestations versées en vertu de la garantie Voyage (voir la section Voyage de la présente brochure), Croix Bleue coordonne votre couverture collective avec les autres régimes de soins de santé lorsqu'une couverture similaire est offerte. La coordination des prestations vous assure de profiter au maximum de votre couverture et de recevoir un remboursement pour vos frais admissibles pouvant atteindre 100 %.



Conseil pratique

L'avantage d'exercer votre droit de transformation est qu'aucune preuve d'assurabilité n'est exigée.



Conseil pratique

Les primes pour les garanties converties sont généralement plus élevées que les primes pour les garanties collectives présentement payées.

Plutôt que de transformer votre couverture collective, vous pouvez également opter pour une couverture individuelle. Vous aurez alors à fournir une preuve d'assurabilité.



Conseil pratique

Croix Bleue vous aidera à vous guider vers les programmes gouvernementaux existants, lorsque possible.

Couverture en vertu d'un régime gouvernemental de soins de santé

Croix Bleue ne couvre pas les services ou les fournitures de soins de santé admissibles en vertu d'une couverture gouvernementale de soins de santé ou administrés par un hôpital, un organisme ou un fournisseur gouvernementaux. Croix Bleue prend seulement en considération les frais admissibles en excédent de ceux couverts en vertu d'une couverture gouvernementale de soins de santé.

Autres régimes de soins de santé

Profitez-vous des autres régimes qui vous sont offerts? Si ce n'est pas le cas, vous pouvez être privé d'un remboursement pouvant aller jusqu'à 100 % des frais admissibles par le biais du principe de la coordination des prestations. Ce processus vaut vraiment la peine de s'y attarder.

Croix Bleue coordonne les prestations conformément aux lignes directrices de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. (ACCAP). Voici les règles générales qui s'appliquent :

Frais engagés pour vous :

- Vous devez d'abord soumettre les frais engagés au présent régime (pour lequel vous êtes couvert en tant qu'adhérent). Le montant non remboursé par le présent régime (s'il y a lieu) peut être soumis à un autre régime en vertu duquel vous êtes couvert en tant que personne à charge (par exemple, le régime de votre conjoint).
- Si vous êtes couvert en tant qu'adhérent en vertu de plus d'un régime collectif, le régime qui vous couvre depuis le plus longtemps est le premier payeur.

Frais engagés pour votre conjoint :

- Votre conjoint doit d'abord soumettre les frais engagés pour lui à son propre régime collectif (s'il y a lieu). Le montant non remboursé par son régime (s'il y a lieu) peut être soumis au présent régime.

Frais engagés pour votre enfant :

- Lorsqu'un enfant est couvert en tant que personne à charge en vertu de votre régime et de celui de votre conjoint, vous devez soumettre ses demandes de règlement au régime du parent qui a son anniversaire le plus tôt dans l'année.
- En cas de divorce ou de séparation, le régime du parent où l'enfant réside (le régime du parent qui a la garde de l'enfant) est le premier payeur.



Conseil pratique

Les autres régimes qui sont sujets à la coordination des prestations incluent toute forme de régime collectif, individuel, familial, assurance des débiteurs et des épargnants qui prévoit des prestations pour des traitements, des services et des articles médicaux.



Conseil pratique

Pour de plus amples renseignements sur la coordination des prestations (y compris des exemples), visitez notre site Internet.

Garantie Vie de l'adhérent

Objet de la garantie

Si un adhérent décède pendant que la présente garantie est en vigueur à son égard, Croix Bleue verse à son bénéficiaire le montant mentionné dans le Sommaire des garanties, sous réserve des conditions énoncées ci-dessous.

Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale

Une prestation de décès anticipée peut être versée à l'adhérent si :

- l'adhérent en fait la demande écrite à Croix Bleue;
- le médecin traitant de l'adhérent a présenté à Croix Bleue un certificat médical jugé satisfaisant par cette dernière, selon lequel l'adhérent souffre d'une condition susceptible d'entraîner son décès dans les 12 mois suivant la date de la demande de paiement anticipé; et
- l'adhérent est âgé de moins de 65 ans.

Une prestation de décès anticipée ne peut être supérieure à 50 % de la prestation de la Garantie Vie de l'adhérent en vigueur à la date de la demande de paiement anticipé ou 50 000 \$, selon le plus petit de ces montants. Cette prestation est versée en une somme globale qui est déduite du montant de la prestation de la Garantie Vie de l'adhérent. Le reste de la prestation est versé au bénéficiaire au décès de l'adhérent.

L'adhérent est admissible à une seule prestation de décès anticipée, à vie.

Versement de la prestation

Bénéficiaire

Dans le cas où l'adhérent perd la vie, la prestation est versée à son bénéficiaire. Dans le cas du Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale, la prestation est versée directement à l'adhérent.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La demande de règlement doit parvenir à Croix Bleue dès que raisonnablement possible et au plus tard 12 mois après le décès.

Exclusions et restrictions

1. Aucun montant d'assurance vie n'est payable à la suite du décès d'un adhérent résultant directement ou indirectement d'une guerre (déclarée ou non), d'une guerre civile ou d'un acte de guerre ou de terrorisme ou d'une épidémie, si l'événement en question survient dans une région ou un pays pour lequel le gouvernement canadien recommande d'éviter tout voyage, essentiel ou non.

Cette exclusion ne s'applique toutefois pas dans les cas suivants :

- a) dans le cas des personnes assurées qui se trouvent déjà dans la région ou le pays concerné lorsque la recommandation gouvernementale est émise, pourvu que ces personnes aient pris les dispositions nécessaires pour se conformer à la recommandation gouvernementale dans les meilleurs délais;
 - b) dans le cas où le gouvernement canadien recommande d'éviter les voyages non essentiels dans la région ou le pays concerné et que le décès de l'adhérent se produit dans le cadre de son travail, à son lieu de résidence dans le pays où se trouve le lieu de son travail ou dans une zone de déplacement permettant l'accès à son travail ou d'en revenir.
2. La garantie ne s'applique pas à un assuré lorsqu'il exerce ses fonctions en tant que membre actif des forces armées de n'importe quel pays, sauf si autrement exigé par toute législation provinciale qui serait applicable.

Droit de transformation en une police d'assurance individuelle

Admissibilité à la transformation

Si la Garantie Vie de l'adhérent prend fin à ou avant l'âge de 65 ans, en raison de son départ à la retraite, la fin de son emploi ou la cessation de la couverture collective ou de la catégorie d'adhérents à laquelle il appartient, l'adhérent a le droit de souscrire une police d'assurance vie individuelle auprès de Croix Bleue.

Ce droit de transformation s'applique également aux réductions prévues ou à la fin des garanties à un âge spécifique, sans excéder l'âge de 65 ans.

Modalités de la police individuelle

La police individuelle émise en vertu de ce droit de transformation est assujettie aux conditions mentionnées dans la clause Droit de transformation en une police d'assurance individuelle de la section Modalités de la couverture de la présente brochure.

Cette police est également assujettie aux modalités spécifiques suivantes :

- pendant la période de 31 jours au cours de laquelle le droit de transformation peut être exercé, le montant de la protection disponible en vertu de ce droit de transformation est en vigueur, sans frais;
- la protection en vertu de la police individuelle entre en vigueur 31 jours après la date de fin de la couverture collective;
- la police individuelle ne comprend aucune garantie invalidité, ni aucune autre garantie supplémentaire;
- la police individuelle est une police d'assurance vie temporaire de 1 an pouvant être remplacée, avant sa date d'échéance, par un des 2 types de police d'assurance vie suivants :
 - une police d'assurance vie temporaire à capital constant, non transformable, offrant une protection jusqu'à l'âge de 65 ans; ou
 - une police d'assurance vie temporaire 100 ans offrant une protection à vie, sans option de non-déchéance;
- le montant maximum de protection offert en vertu de la police d'assurance individuelle est le moindre des montants suivants :
 - le montant de la Garantie Vie de l'adhérent en vigueur à la date de fin de la garantie;
 - le montant de toute réduction prévue à la Garantie Vie de l'adhérent;
 - le montant de la réduction de la protection en raison d'une police de remplacement souscrite par l'adhérent dans les 31 jours de la date de fin de couverture collective;
 - 400 000 \$ pour les résidents du Québec, ou 200 000 \$ pour les résidents hors Québec; et
- le montant de la protection de la police individuelle ne peut être inférieur :
 - au montant minimum normalement émis par Croix Bleue pour le type de police choisi; ou
 - à 10 000 \$ pour les résidents du Québec.

Garantie Vie facultative

Objet de la garantie

La présente garantie offre des montants d'assurance vie supplémentaires à ceux offerts en vertu de la Garantie Vie de l'adhérent et de la Garantie Vie des personnes à charge (s'il y a lieu).

Si un adhérent ou l'une de ses personnes à charge décède pendant que la présente garantie est en vigueur à son égard, Croix Bleue paie le montant de la Garantie Vie facultative en vigueur pour l'assuré au moment du décès, sous réserve des conditions énoncées ci-dessous.

Admissibilité

Pour être admissibles à la présente garantie, l'adhérent et ses personnes à charge doivent présenter une preuve d'assurabilité jugée satisfaisante par Croix Bleue.

Montant de la garantie

Le montant de la garantie est égal au montant de la Garantie Vie facultative choisi par l'adhérent ou la personne à charge, jusqu'à concurrence du montant maximum mentionné dans le Sommaire des garanties.

Un adhérent peut demander, à tout moment, une modification du montant de sa garantie ou de celui de ses personnes à charge. Cependant, une telle augmentation de la protection ne sera accordée que sur présentation d'une preuve d'assurabilité jugée satisfaisante par Croix Bleue.

Versement de la prestation

Bénéficiaire

Dans le cas où l'adhérent perd la vie, la prestation est versée directement à son bénéficiaire. Dans le cas où une personne à charge décède, la prestation est versée à l'adhérent.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La demande de règlement doit parvenir à Croix Bleue dès que raisonnablement possible et au plus tard 12 mois après le décès.

Exclusions et restrictions

1. Si le décès de l'adhérent ou d'une personne à charge résulte d'un suicide, que la personne ait été saine d'esprit ou non, et qu'un montant de Garantie Vie facultative était en vigueur depuis moins de 24 mois consécutifs, ce montant n'est pas payable et se limite au remboursement des primes payées.
2. Aucun montant d'assurance vie n'est payable à la suite du décès d'un adhérent résultant directement ou indirectement d'une guerre (déclarée ou non), d'une guerre civile ou d'un acte de guerre ou de terrorisme ou d'une épidémie, si l'événement en question survient dans une région ou un pays pour lequel le gouvernement canadien recommande d'éviter tout voyage, essentiel ou non.

Cette exclusion ne s'applique toutefois pas dans les cas suivants :

- a) dans le cas des personnes assurées qui se trouvent déjà dans la région ou le pays concerné lorsque la recommandation gouvernementale est émise, pourvu que ces personnes aient pris les dispositions nécessaires pour se conformer à la recommandation gouvernementale dans les meilleurs délais;
 - b) dans le cas où le gouvernement canadien recommande d'éviter les voyages non essentiels dans la région ou le pays concerné et que le décès de l'adhérent se produit dans le cadre de son travail, à son lieu de résidence dans le pays où se trouve le lieu de son travail ou dans une zone de déplacement permettant l'accès à son travail ou d'en revenir.
3. La garantie ne s'applique pas à un assuré lorsqu'il exerce ses fonctions en tant que membre actif des forces armées de n'importe quel pays, sauf si autrement exigé par toute législation provinciale qui serait applicable.

Droit de transformation en une police d'assurance individuelle

Admissibilité à la transformation

Si la Garantie Vie facultative de l'adhérent prend fin à ou avant l'âge de 65 ans en raison de son départ à la retraite, la fin de son emploi ou la cessation de la couverture collective ou de la catégorie d'adhérents à laquelle il appartient, l'adhérent a le droit de souscrire une police d'assurance vie individuelle auprès de Croix Bleue.

Un conjoint résidant dans toute province, ou un enfant s'il réside au Québec, a le droit de souscrire une police d'assurance vie individuelle auprès de Croix Bleue si la Garantie Vie facultative des personnes à charge prend fin pour l'une des raisons suivantes :

- le décès de l'adhérent;
- la fin de la Garantie Vie facultative de l'adhérent pour une raison lui donnant droit de transformer cette garantie en une police d'assurance individuelle; ou
- le conjoint ou l'enfant n'est plus admissible à la protection en tant que personne à charge.

Modalités de la police individuelle

La police individuelle émise en vertu de ce droit de transformation est assujettie aux conditions mentionnées dans la clause Droit de transformation en une police d'assurance individuelle de la section Modalités de la couverture de la présente brochure.

Cette police est également assujettie aux modalités spécifiques suivantes :

- pendant la période de 31 jours au cours de laquelle le droit de transformation peut être exercé, le montant de la protection disponible en vertu de ce droit de transformation est en vigueur, sans frais;
- la protection en vertu de la police individuelle entre en vigueur 31 jours après la date de fin de la couverture collective;
- la police individuelle ne comprend aucune garantie invalidité, ni aucune autre garantie supplémentaire;
- la police individuelle est une police d'assurance vie temporaire de 1 an pouvant être remplacée, avant sa date d'échéance, par un des 2 types de police d'assurance vie suivants :
 - une police d'assurance vie temporaire à capital constant, non transformable, offrant une protection jusqu'à l'âge de 65 ans; ou
 - une police d'assurance vie temporaire 100 ans offrant une protection à vie, sans option de non-déchéance;
- le montant maximum de protection offert en vertu de la police d'assurance individuelle émise à l'adhérent est le moindre des montants suivants :
 - la somme du montant de la Garantie Vie de l'adhérent et du montant Vie facultative de l'adhérent en vigueur à la date de fin de la Garantie Vie facultative de l'adhérent; ou
 - 400 000 \$ pour les résidents du Québec, ou 200 000 \$ pour les résidents hors Québec;
- le montant de la protection de la police individuelle émise à l'adhérent ne peut être inférieur au montant minimum normalement émis par Croix Bleue pour le type de police choisi; ou à 10 000 \$ pour les résidents du Québec; ou
- le montant de la protection de la police individuelle émise aux personnes à charge ne peut être supérieur au montant de la Garantie Vie facultative des personnes à charge et inférieur à 5 000 \$ dans le cas des résidents du Québec.

Garantie Invalidité de courte durée

Objet de la garantie

Lorsque l'adhérent devient totalement invalide à la suite d'une maladie ou d'un accident, Croix Bleue verse la prestation hebdomadaire mentionnée dans le Sommaire des garanties, sous réserve des conditions énoncées ci-dessous.

Définitions spécifiques

Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la section Termes-clés de la présente brochure.

Durée maximale des prestations : Le nombre maximum de semaines pendant lesquelles Croix Bleue verse des prestations. Ce maximum est mentionné dans le Sommaire des garanties.

Délai de carence : La période de temps continue entre la date à laquelle l'adhérent devient totalement invalide et la date à laquelle les prestations sont payables. Cette période est mentionnée dans le Sommaire des garanties.

Lorsque la Garantie est enregistrée à la Commission de l'assurance-emploi du Canada (CAEC) par l'employeur, le Délai de carence ne peut excéder 14 jours civils.

Hospitalisation : L'admission dans un hôpital comme patient alité pour un séjour minimal de 1 nuit. Si mentionné dans le Sommaire des garanties, l'hospitalisation inclut une chirurgie d'un jour pratiquée dans un hôpital ou un centre de chirurgie privé si cette intervention chirurgicale est ou aurait été couverte en vertu du régime de santé gouvernemental.

Revenu avant le début de l'invalidité : Le revenu de l'adhérent immédiatement avant la date du début de l'invalidité totale.

Invalidité totale (ou totalement invalide) : L'état d'incapacité totale et continue de l'adhérent, résultant d'une maladie ou d'un accident, qui l'empêche d'accomplir les tâches habituelles rattachées à son propre travail. Les tâches habituelles désignent les activités reliées au travail qui sont jugées essentielles au rendement de l'employé pour une occupation ou un travail donné.

L'adhérent doit être sous les soins et traitements continus d'un médecin et ne doit pas travailler, sauf dans le cas d'un programme de réadaptation reconnu par Croix Bleue.

La perte d'un permis, d'une licence ou d'une certification professionnelle ne constitue pas en soi une invalidité totale.

Versement des prestations

Début des prestations

Le versement des prestations débute dès l'expiration du délai de carence. Croix Bleue verse les prestations chaque semaine pour chaque jour où l'adhérent est totalement invalide après l'expiration du délai de carence.

Lorsque le délai de carence est calculé en :

- jours civils, la prestation pour chaque jour d'invalidité totale est égale à 1/7 de la prestation hebdomadaire; ou
- jours ouvrables, la prestation pour chaque jour ouvrable d'invalidité totale est égale à 1/5 de la prestation hebdomadaire.

Le Sommaire des garanties mentionne la base de calcul du Délai de carence.

Calcul des prestations

Croix Bleue calcule le montant de la prestation hebdomadaire en suivant les 2 étapes suivantes :

Garantie Invalidité de courte durée

- Étape 1. Croix Bleue applique le Calcul de la prestation mentionné dans le Sommaire des garanties pour obtenir un montant de prestation hebdomadaire (jusqu'à concurrence de la Prestation maximale figurant dans le Sommaire des garanties);
- Étape 2. Croix Bleue soustrait ensuite du montant de prestation hebdomadaire tout montant payable à l'adhérent en raison de la même invalidité ou d'une invalidité subséquente, en vertu d'un ou des régimes suivants :
- tout régime provincial d'assurance automobile dans lequel les prestations payables en vertu de l'assurance-emploi ne sont pas prises en compte;
 - le Régime de rentes du Québec ou le Régime de pensions du Canada;
 - tout régime d'avantages sociaux offert par l'employeur, tel que défini par la Loi de l'impôt sur le revenu.

En ce qui concerne le montant calculé à l'étape 2 :

- les revenus reçus pour les enfants ne sont pas considérés;
- si Croix Bleue estime qu'il y a des montants auxquels l'adhérent est admissible, Croix Bleue peut réduire les prestations de ces montants, même si l'adhérent néglige d'en faire la demande ou de se prévaloir de son droit à ces montants;
- Croix Bleue peut estimer les montants qui sont en attente d'attribution; et
- Croix Bleue calcule la réduction sans tenir compte des augmentations subséquentes de ces montants en raison des ajustements au coût de la vie.

Fin des prestations

Le versement des prestations prend fin à la première de ces éventualités :

- l'adhérent n'est plus totalement invalide;
- l'adhérent néglige de :
 - fournir à Croix Bleue une preuve satisfaisante de la continuité de l'invalidité totale;
 - se soumettre à un examen indépendant demandé par Croix Bleue; ou
 - participer à tout traitement raisonnable ou programme de réadaptation considérés comme appropriés par Croix Bleue;
- l'adhérent atteint l'âge de la Fin de la garantie mentionné dans le Sommaire des garanties;
- l'adhérent prend sa retraite auprès de l'employeur;
- la Durée maximale des prestations est atteinte;
- l'adhérent s'engage dans toute occupation ou emploi, autrement que dans le cadre d'un programme de réadaptation préapprouvé par Croix Bleue;
- l'adhérent refuse toute offre raisonnable de la part de l'employeur de modification de ses tâches ou d'un emploi alternatif; ou
- l'adhérent décède.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La preuve de sinistre doit parvenir à Croix Bleue dans les 90 jours suivant la fin du délai de carence. Dans le cas où le délai précité de 90 jours n'est pas respecté pour une raison qui, de l'avis de Croix Bleue, est non justifiée, le délai de carence commence à courir à la date de réception par Croix Bleue de tous les documents pertinents établissant la preuve de l'invalidité.

Récidive d'invalidité

Si un adhérent totalement invalide qui recevait des prestations d'invalidité de courte durée retourne au travail et devient de nouveau totalement invalide, l'invalidité subséquente est considérée par Croix Bleue comme étant une continuité de l'invalidité précédente, si cette invalidité subséquente :

- résulte de mêmes causes ou de causes reliées et se produit dans les 2 semaines du retour au travail, selon l'horaire normal de travail; ou



Conseil pratique

La **preuve de sinistre** comprend 3 formulaires : déclaration de l'employé, déclaration de l'employeur et déclaration du médecin. Ces formulaires sont disponibles sur notre site Internet.

Garantie Invalidité de courte durée

- résulte de causes différentes et non reliées à l'invalidité précédente et l'adhérent n'est pas complètement rétabli de la première invalidité et n'est pas retourné au travail pendant au moins 1 journée complète avant le début de l'invalidité subséquente.

Lorsque les périodes successives d'invalidité totale sont considérées comme une seule période d'invalidité totale :

- le délai de carence ne s'applique pas une deuxième fois;
- la prestation payable est celle qui a été calculée pour la première période d'invalidité totale; et
- les prestations sont versées seulement pour le restant de la Durée maximale des prestations initiale.

Invalidité totale survenant pendant une période d'absence

Lorsqu'un adhérent devient totalement invalide pendant une période d'absence au travail au cours de laquelle la protection pour l'invalidité est interrompue, aucune prestation d'invalidité n'est alors payable pour cette invalidité.

Lorsqu'un adhérent devient totalement invalide pendant une période d'absence au travail au cours de laquelle la protection pour l'invalidité a été maintenue et les primes ont été payées :

- le délai de carence débute dès la date du début de l'invalidité totale;
- la durée maximale des prestations est considérée comme débutant à la date d'expiration du délai de carence; et
- le versement des prestations débute à la date d'expiration du délai de carence ou à la date prévue de retour au travail de l'adhérent, selon la dernière de ces dates.

Programme de réadaptation

Si Croix Bleue le juge approprié, elle peut exiger que l'adhérent participe à un programme de réadaptation qu'elle a préapprouvé et consistant en :

- des soins médicaux, un traitement, des mesures diagnostiques ou une médication prescrite;
- un travail à temps plein ou un travail à temps partiel; ou
- une évaluation professionnelle, une formation ou un programme de recyclage visant la réadaptation.

Lorsque l'adhérent participe à un programme de réadaptation alors qu'il reçoit des prestations, les conditions suivantes s'appliquent :

- l'invalidité totale de l'adhérent n'est pas considérée comme terminée du seul fait qu'il entreprend un programme de réadaptation;
- si l'adhérent redevient totalement invalide alors qu'il participe à un programme de réadaptation, les modalités de la présente garantie s'appliquent comme si l'adhérent était resté totalement invalide pendant toute la durée du programme de réadaptation;
- la durée maximale des prestations continue de s'écouler malgré la participation à un programme de réadaptation; et
- pendant le programme de réadaptation, les prestations hebdomadaires sont réduites, si nécessaire, pour s'assurer que le revenu total de l'adhérent, provenant de toutes sources, ne dépasse pas 100 % de son revenu avant le début de l'invalidité.

Exclusions et restrictions

1. Les prestations ne sont pas versées pour toute invalidité totale qui résulte de l'une des causes suivantes :
 - a) participation à un acte criminel ou tentative de commission d'un acte criminel;
 - b) tout accident ou blessure survenus lors de la conduite d'un véhicule sous l'influence de toute substance intoxicante ou avec une alcoolémie excédant la limite légale qui s'applique à l'endroit où a eu lieu l'accident;
 - c) tentative de suicide ou blessure ou maladie que l'adhérent s'inflige ou contracte volontairement, peu importe son état d'esprit;
 - d) soins médicaux et traitements qui sont donnés à de seules fins esthétiques, à moins qu'ils soient nécessaires en raison d'une maladie ou d'un accident; ou

- e) insurrection, hostilité des forces armées de tout pays ou participation à une émeute ou à un affrontement public.
2. Les prestations ne sont pas versées pour toute invalidité totale résultant directement ou indirectement d'une guerre (déclarée ou non), d'une guerre civile ou d'un acte de guerre ou de terrorisme ou d'une épidémie, si l'événement en question survient dans une région ou un pays pour lequel le gouvernement canadien recommande d'éviter tout voyage, essentiel ou non.

Cette exclusion ne s'applique toutefois pas dans les cas suivants :

- a) dans le cas des personnes assurées qui se trouvent déjà dans la région ou le pays concerné lorsque la recommandation gouvernementale est émise, pourvu que ces personnes aient pris les dispositions nécessaires pour se conformer à la recommandation gouvernementale dans les meilleurs délais;
 - b) dans le cas où le gouvernement canadien recommande d'éviter les voyages non essentiels dans la région ou le pays concerné et que l'invalidité totale de l'adhérent se produit dans le cadre de son travail, à son lieu de résidence dans le pays où se trouve son lieu de travail ou dans une zone de déplacement permettant l'accès à son travail ou d'en revenir.
3. Les prestations ne sont pas versées pour toute période pendant laquelle l'adhérent :
- a) reçoit une indemnité en vertu d'une commission de la santé et de la sécurité au travail ou de tout régime similaire;
 - b) est admissible aux prestations de la Commission de l'assurance-emploi du Canada (CAEC) si le Sommaire des garanties mentionne que la présente garantie est intégrée à la CAEC, sans prestations supplémentaires de chômage (PSC);
 - c) reçoit des prestations de maternité ou parentales en vertu de toute loi provinciale ou fédérale, ou prend un congé de maternité ou parental conformément à toute loi provinciale ou fédérale, ou toute entente entre l'adhérent et l'employeur, sous réserve de l'exclusion suivante :
 - les prestations sont versées pendant la portion reliée à la santé du congé de maternité lorsque requis par toute loi applicable, à condition que la protection de l'adhérent soit demeurée en vigueur pendant la période d'absence au travail. La portion reliée à la santé du congé de maternité est considérée comme la période normale de rétablissement après un accouchement, qui est jugée raisonnable et appropriée par Croix Bleue;
 - d) est absent du Canada pour une quelconque raison, sauf si Croix Bleue accepte par écrit, à l'avance, de verser des prestations pendant cette période; ou
 - e) est incarcéré dans un établissement correctionnel ou une résidence communautaire, ou est en résidence surveillée par ordre de la cour criminelle.

Garantie Invalidité de longue durée

Objet de la garantie

Lorsque l'adhérent devient totalement invalide à la suite d'une maladie ou d'un accident, Croix Bleue verse la prestation mensuelle mentionnée dans le Sommaire des garanties, sous réserve des conditions énoncées ci-dessous.

Définitions spécifiques

Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la section Termes-clés de la présente brochure.

Durée maximale des prestations : La durée maximale pendant laquelle Croix Bleue verse des prestations. Ce maximum est mentionné dans le Sommaire des garanties.

Délai de carence : La période de temps continue entre la date à laquelle l'adhérent devient totalement invalide et la date à laquelle les prestations sont payables. Cette période est mentionnée dans le Sommaire des garanties.

Si l'invalidité totale n'est pas continue, les jours pendant lesquels l'adhérent est totalement invalide peuvent être accumulés pour atteindre le délai de carence, à condition :

- que la protection demeure en vigueur pendant la totalité de la période d'accumulation du délai de carence;
- qu'il n'y ait pas d'interruption de l'invalidité totale qui dure plus de 30 jours;
- que les invalidités successives soient causées par les mêmes causes ou des causes reliées; et
- que le délai de carence soit complété à l'intérieur d'une période de 1 an.

Revenu net : Le revenu de l'adhérent moins les impôts sur le revenu et les cotisations au Régime de pensions du Canada, au Régime de rentes du Québec, à la Commission de l'assurance-emploi du Canada (CAEC) et au Régime québécois d'assurance parentale, s'il y a lieu.

Revenu avant le début de l'invalidité : Le revenu de l'adhérent immédiatement avant la date du début de l'invalidité totale.

Invalidité totale (ou totalement invalide) : Durant le délai de carence et la durée de la Notion de propre emploi (mentionnée dans le Sommaire des garanties) qui suit immédiatement le délai de carence, l'adhérent est totalement invalide aux fins de la présente garantie si, de manière totale et continue, il est incapable d'accomplir les tâches habituelles rattachées à son propre emploi, en raison d'une maladie ou d'un accident.

Par la suite, l'adhérent est totalement invalide si, de manière totale et continue, il est incapable d'accomplir les tâches habituelles rattachées à toute occupation :

- qui lui permettrait de gagner au moins 60 % de son revenu avant le début de l'invalidité; et
- qu'il est raisonnablement apte à exercer, ou pourrait le devenir, en raison de sa formation, de son éducation ou de son expérience.

Les tâches habituelles désignent les activités reliées au travail qui sont jugées essentielles au rendement de l'employé pour une occupation ou un travail donné.

La perte d'un permis, d'une licence ou d'une certification professionnelle ne constitue pas en soi une invalidité totale.

La disponibilité du travail n'est pas prise en considération dans l'évaluation de l'invalidité de l'adhérent.



Conseil pratique

Si vous avez effectué des **tâches de travail modifiées** pendant au moins 6 mois avant de faire une demande de prestations d'invalidité de longue durée, ces tâches de travail modifiées constitueront votre propre emploi aux fins de l'évaluation de l'invalidité.

Versement des prestations

Début des prestations

Le versement des prestations débute dès l'expiration du délai de carence. Croix Bleue verse les prestations chaque mois, pour chaque jour où l'adhérent est totalement invalide après l'expiration du délai de carence.

La prestation pour chaque jour d'invalidité totale est égale à 1/30 de la prestation mensuelle.

Calcul des prestations

Croix Bleue calcule le montant de la prestation mensuelle en suivant les 3 étapes suivantes :

Étape 1. Croix Bleue applique le Calcul de la prestation mentionné dans le Sommaire des garanties pour obtenir un montant de prestation mensuelle (jusqu'à concurrence de la Prestation maximale figurant dans le Sommaire des garanties).

Étape 2. Croix Bleue soustrait du montant de prestation mensuelle tout montant payable à l'adhérent en raison de la même invalidité ou d'une invalidité subséquente, en vertu d'un ou des régimes suivants :

- a) le Régime de rentes du Québec ou le Régime de pensions du Canada;
- b) toute commission de la santé et de la sécurité au travail;
- c) tout régime d'assurance automobile, s'il y a lieu;
- d) la Commission de l'assurance-emploi du Canada (CAEC); ou
- e) toute loi fédérale ou provinciale.

Étape 3. Lorsque la prestation d'invalidité de longue durée calculée à l'étape 2 et les autres sources de revenus figurant ci-dessous, s'il y a lieu, dépassent le Maximum provenant de toutes sources mentionné dans le Sommaire des garanties, la prestation d'invalidité de longue durée est de nouveau réduite, si nécessaire, afin que le total de tous les montants reçus ne dépasse pas le pourcentage du Maximum provenant de toutes sources.

Les autres sources de revenus désignent :

- a) tous les montants payables à l'adhérent en raison de cette invalidité ou d'une invalidité subséquente, en vertu des régimes suivants :
 - i. tout régime d'avantages sociaux offert par l'employeur, tel que défini par la Loi de l'impôt sur le revenu;
 - ii. tout régime en vertu duquel l'adhérent est assuré comme membre d'une association; ou
 - iii. tout régime d'avantages sociaux mis en place conformément à toute loi provinciale ou fédérale, incluant les régimes mentionnés à l'étape 2;
 - iv. tout régime en vertu duquel l'adhérent est assuré comme membre d'une association; et
- b) tout montant payable à l'adhérent en vertu de tout régime de retraite financé entièrement ou partiellement par l'employeur, y compris le Régime de rentes du Québec ou le Régime de pensions du Canada si l'adhérent a demandé sa rente de retraite après la date à laquelle son invalidité a débuté.

En ce qui concerne les montants calculés à l'étape 2 et à l'étape 3 :

- les revenus reçus pour les enfants ne sont pas inclus;
- si Croix Bleue estime qu'il y a des montants auxquels l'adhérent est admissible, Croix Bleue peut réduire les prestations de ces montants, même si l'adhérent néglige d'en faire la demande ou de se prévaloir de son droit à ces montants;
- Croix Bleue peut estimer les revenus qui sont en attente d'attribution;
- Croix Bleue calcule la réduction sans tenir compte des augmentations subséquentes à ces revenus en raison des ajustements au coût de la vie; et



Conseil pratique

Le montant de prestations d'invalidité de longue durée que vous recevez, ajouté à tout autre revenu d'invalidité auquel vous êtes admissible, ne peut dépasser le Maximum provenant de toutes sources figurant dans le Sommaire des garanties.

Garantie Invalidité de longue durée

- lorsqu'une indemnité est versée sous forme de somme globale plutôt que par versements mensuels, Croix Bleue inclut dans ses calculs le montant obtenu en divisant cette somme globale par :
 - le nombre de versements mensuels que représente la somme globale, s'il est connu de Croix Bleue; ou
 - 60, si Croix Bleue ne connaît pas ce nombre de mois.

Indexation au coût de la vie

Lorsque le Sommaire des garanties mentionne une Indexation au coût de la vie, cette indexation s'applique à la Date d'effet de l'indexation figurant également dans le Sommaire des garanties.

Fin des prestations

Le versement des prestations prend fin à la première de ces éventualités :

- l'adhérent n'est plus totalement invalide;
- l'adhérent néglige de :
 - fournir à Croix Bleue une preuve satisfaisante de la continuité de l'invalidité totale;
 - se soumettre à un examen indépendant demandé par Croix Bleue; ou
 - participer à tout traitement raisonnable ou programme de réadaptation considérés comme appropriés par Croix Bleue;
- l'adhérent atteint l'âge de la Fin de la garantie mentionné dans le Sommaire des garanties;
- la Durée maximale des prestations est atteinte;
- l'adhérent s'engage dans toute occupation, emploi ou bénévolat, autrement que dans le cadre d'un programme de réadaptation préapprouvé par Croix Bleue;
- l'adhérent refuse toute offre raisonnable de la part de l'employeur de modification de ses tâches ou d'un emploi alternatif; ou
- l'adhérent décède.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La preuve de sinistre doit parvenir à Croix Bleue dans les 90 jours suivant la fin du délai de carence.

Dans le cas où le délai précité de 90 jours n'est pas respecté pour une raison qui, de l'avis de Croix Bleue, est non justifiée, le délai de carence commence à courir à la date de réception par Croix Bleue de tous les documents pertinents établissant la preuve de l'invalidité.

Récidive d'invalidité

Si un adhérent totalement invalide qui recevait des prestations d'invalidité de longue durée retourne au travail et devient de nouveau totalement invalide, l'invalidité subséquente est considérée par Croix Bleue comme étant une continuité de l'invalidité précédente, si cette invalidité subséquente :

- résulte de mêmes causes ou de causes reliées et se produit dans les 6 mois du retour au travail, selon l'horaire normal de travail; ou
- résulte de causes différentes et non reliées à l'invalidité précédente et l'adhérent n'est pas complètement rétabli de la première invalidité et n'est pas retourné au travail pendant au moins 1 journée complète avant le début de l'invalidité subséquente.

Lorsque les périodes successives d'invalidité totale sont considérées comme une seule période d'invalidité totale :

- le délai de carence ne s'applique pas une deuxième fois;
- la prestation payable est celle qui a été calculée pour la première période d'invalidité totale; et
- les prestations sont versées seulement pour le restant de la Durée maximale des prestations initiale.



Conseil pratique

La **preuve de sinistre** comprend 3 formulaires : déclaration de l'employé, déclaration de l'employeur et déclaration du médecin. Ces formulaires sont disponibles sur notre site Internet.

Invalidité totale survenant pendant une période d'absence

Lorsqu'un adhérent devient totalement invalide pendant une période d'absence au travail au cours de laquelle la protection pour l'invalidité est interrompue, aucune prestation d'invalidité n'est alors payable pour cette invalidité.

Lorsqu'un adhérent devient totalement invalide pendant une période d'absence au travail au cours de laquelle la protection pour l'invalidité a été maintenue et les primes ont été payées :

- le délai de carence débute dès la date du début de l'invalidité totale;
- la durée maximale des prestations est considérée comme débutant à la date d'expiration du délai de carence; et
- le versement des prestations débute à la date d'expiration du délai de carence ou à la date prévue de retour au travail de l'adhérent, selon la dernière de ces dates.

Programme de réadaptation

Si Croix Bleue le juge approprié, elle peut exiger que l'adhérent participe à un programme de réadaptation qu'elle a préapprouvé et consistant en :

- des soins médicaux, un traitement, des mesures diagnostiques ou une médication prescrite;
- un travail à temps plein, un travail à temps partiel ou du bénévolat effectués par l'adhérent, que celui-ci reçoive ou non un salaire ou une rémunération; ou
- une évaluation professionnelle, une formation ou un programme de recyclage visant la réadaptation.

Lorsque l'adhérent participe à un programme de réadaptation alors qu'il reçoit des prestations, les conditions suivantes s'appliquent :

- l'invalidité totale de l'adhérent n'est pas considérée comme terminée du seul fait qu'il entreprend un programme de réadaptation;
- si l'adhérent redevient totalement invalide alors qu'il participe à un programme de réadaptation, les modalités de la présente garantie s'appliquent comme si l'adhérent était resté totalement invalide pendant toute la durée du programme de réadaptation;
- la durée maximale des prestations continue de s'écouler malgré la participation à un programme de réadaptation; et
- pendant le programme de réadaptation, les prestations mensuelles sont réduites de 50 % de la rémunération reçue par l'adhérent d'un tel programme et sont réduites de nouveau, si nécessaire, pour s'assurer que le revenu total de l'adhérent, provenant de toutes sources, ne dépasse pas 100 % de son revenu avant le début de l'invalidité.

Exclusions et restrictions

1. Les prestations ne sont pas versées pour toute invalidité totale qui résulte, directement ou indirectement, de l'une des causes suivantes :
 - a) participation à un acte criminel ou tentative de commission d'un acte criminel, même si aucune accusation n'a été portée ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu;
 - b) tout accident ou blessure survenus lors de la conduite d'un véhicule sous l'influence de toute substance intoxicante ou avec une alcoolémie excédant la limite légale qui s'applique à l'endroit où a eu lieu l'accident;
 - c) tentative de suicide ou blessure ou maladie que l'adhérent s'inflige ou contracte volontairement, peu importe son état d'esprit;
 - d) soins médicaux et traitements qui ne sont pas médicalement nécessaires ou qui sont donnés à de seules fins esthétiques; ou
 - e) insurrection, hostilité des forces armées de tout pays ou participation à une émeute ou à un affrontement public.
2. Les prestations ne sont pas versées pour toute invalidité totale résultant directement ou indirectement d'une guerre (déclarée ou non), d'une guerre civile ou d'un acte de guerre ou de terrorisme ou d'une épidémie, si l'événement en question survient dans une région ou un pays pour lequel le gouvernement canadien recommande d'éviter tout voyage, essentiel ou non.

Cette exclusion ne s'applique toutefois pas dans les cas suivants :

- a) dans le cas des personnes assurées qui se trouvent déjà dans la région ou le pays concerné lorsque la recommandation gouvernementale est émise, pourvu que ces personnes aient pris les dispositions nécessaires pour se conformer à la recommandation gouvernementale dans les meilleurs délais;
 - b) dans le cas où le gouvernement canadien recommande d'éviter les voyages non essentiels dans la région ou le pays concerné et que l'invalidité totale de l'adhérent se produit dans le cadre de son travail, à son lieu de résidence dans le pays où se trouve son lieu de travail ou dans une zone de déplacement permettant l'accès à son travail ou d'en revenir.
3. Les prestations ne sont pas versées pour toute période pendant laquelle l'adhérent :
- a) reçoit des prestations de maternité ou parentales en vertu de toute loi provinciale ou fédérale, ou prend un congé de maternité ou parental conformément à toute loi provinciale ou fédérale, ou toute entente entre l'adhérent et l'employeur, sous réserve de l'exclusion suivante :
 - les prestations sont versées pendant la portion du congé de maternité reliée à la santé, lorsque requis par toute loi applicable, à condition que la protection de l'adhérent soit demeurée en vigueur pendant la période d'absence au travail. La portion reliée à la santé du congé de maternité est considérée comme la période normale de rétablissement après un accouchement, qui est jugée raisonnable et appropriée par Croix Bleue;
 - b) est absent du Canada pour une quelconque raison, sauf si Croix Bleue accepte par écrit, à l'avance, de verser des prestations pendant cette période; ou
 - c) est incarcéré dans un établissement correctionnel ou une résidence communautaire, ou est en résidence surveillée par ordre de la cour criminelle.

Objet de la garantie

(Si couverte sous l'option choisie, selon le Sommaire des garanties)

Croix Bleue rembourse les frais admissibles décrits dans la présente garantie, sous réserve des modalités définies ci-dessous.

Définitions spécifiques

Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la section Termes-clés de la présente brochure.

Médicament admissible : Un médicament :

- approuvé par Santé Canada;
- ayant un numéro d'identification du médicament (DIN) ou un numéro de produit naturel (NPN) au Canada;
- essentiel au maintien de la vie, selon Croix Bleue, ou un médicament qui nécessite une ordonnance selon la loi;
- prescrit par un médecin ou par un professionnel de la santé autorisé à prescrire des médicaments en vertu de la législation provinciale pertinente;
- reconnu par Croix Bleue comme faisant partie des frais admissibles; et
- dispensé par un fournisseur approuvé, c'est-à-dire une pharmacie de détail autorisée ou un autre fournisseur approuvé par Croix Bleue.

Croix Bleue peut, en tout temps, modifier, ajouter ou supprimer des éléments de sa liste de médicaments admissibles.

Médicament interchangeable : un médicament admissible qui peut être substitué par un autre médicament admissible, parce que les deux médicaments :

- sont considérés comme des équivalents pharmaceutiques par Santé Canada;
- contiennent les mêmes ingrédients actifs; et
- ont la même voie d'administration.

Médicament essentiel au maintien de la vie : Un médicament admissible qui ne requiert pas une ordonnance en vertu de la loi, mais que Croix Bleue détermine comme essentiel à la survie de l'assuré. Une ordonnance d'un médecin ou d'un professionnel de la santé est tout de même requise afin que le médicament soit remboursable.

Groupe consultatif sur les médicaments : Le groupe de professionnels de la santé et de divers autres professionnels de l'industrie nommés par Croix Bleue pour évaluer les nouveaux médicaments et décider quels médicaments Croix Bleue doit inclure dans ses listes.

Ce qui est couvert

Croix Bleue rembourse les frais admissibles, sous réserve des modalités suivantes :

- le remboursement est limité au Pourcentage de remboursement et aux Maximums mentionnés dans le Sommaire des garanties;
- l'adhérent doit payer le montant de la Franchise, s'il y a lieu, mentionné dans le Sommaire des garanties;
- Croix Bleue peut établir que certains médicaments admissibles sont assujettis à :
 - des montants maximums, des quantités et des fréquences maximales;
 - une autorisation spéciale; ou
 - une coordination avec les programmes d'aide aux patients;
- le paiement des ordonnances pour des médicaments interchangeables se fait conformément à la Clause de substitution par un médicament moins coûteux de la présente section; et
- les prestations sont sujettes à la clause Exclusions et restrictions de la présente garantie.

La présente garantie couvre les frais décrits ci-dessous, à condition qu'ils répondent également à la définition de Frais admissibles de la section Termes-clés de la présente brochure :

- les fournitures pour diabétiques, y compris les bâtonnets réactifs, les lancettes, les aiguilles, les seringues, les capteurs pour la surveillance du glucose en continu (SGC);
- les injections de viscosuppléance;
- les préparations et les composés, si leur ingrédient principal est un médicament admissible; et
- les médicaments admissibles prescrits qui apparaissent sur la liste suivante de médicaments :
 - **Liste régulière** : La liste de tous les médicaments essentiels au maintien de la vie, ainsi que la liste des médicaments admissibles qui ne peuvent légalement être obtenus que sur ordonnance. Cette liste n'est pas assujettie aux décisions du Groupe consultatif sur les médicaments.

Autorisation spéciale

Certains médicaments admissibles déterminés par Croix Bleue nécessitent une autorisation préalable ou une autorisation sur une base régulière de la part de Croix Bleue afin d'être admissibles à un remboursement. Les critères à respecter afin d'obtenir une autorisation spéciale sont établis par Croix Bleue et peuvent inclure la participation de l'assuré à un programme de soutien aux patients.

En quoi le programme d'autorisation spéciale concerne-t-il ma demande de règlement?

La première fois que vous présentez une ordonnance pour un médicament admissible figurant sur la liste d'autorisation spéciale, votre pharmacien vous avisera de la nécessité d'une autorisation spéciale.

Vous pouvez vous procurer un formulaire de demande d'autorisation spéciale pour médicaments sur ordonnance auprès de votre pharmacien, de votre employeur ou du bureau de Service à la clientèle de Croix Bleue le plus près ou sur notre site Internet. Vous devez remplir la section du patient sur le formulaire et votre médecin doit remplir et signer la portion restante. Vous devez ensuite poster votre formulaire rempli au bureau de Croix Bleue le plus près.

Votre demande d'autorisation sera examinée en toute confidentialité par un professionnel de la santé, conformément aux critères de remboursement établis. Lorsque toutes les informations nécessaires sont reçues par Croix Bleue, le délai de traitement habituel pour les décisions d'autorisation spéciale est de 7 à 10 jours ouvrables.

Vous recevrez par écrit la décision concernant votre demande d'autorisation spéciale. Si votre demande est approuvée, la confirmation inclura la date d'effet et la durée de votre approbation.

Tous les frais nécessaires pour remplir le formulaire ou pour obtenir des informations médicales supplémentaires sont votre responsabilité.

Clause de substitution par un médicament moins coûteux

S'il est mentionné dans le Sommaire des garanties que la Clause de substitution par un médicament moins coûteux s'applique, Croix Bleue rembourse le coût du médicament interchangeable dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, quel que soit le médicament interchangeable qui a été prescrit.

L'assuré peut se procurer un médicament interchangeable de coût plus élevé et alors payer la différence de coût.

Croix Bleue applique la Clause de substitution par un médicament moins coûteux même si le médecin indique que le médicament interchangeable ne peut être substitué.



Conseil pratique

Votre régime collectif vous offre un accès immédiat à la plupart des médicaments admissibles.

Certains médicaments admissibles requièrent une autorisation spéciale avant que votre ordonnance ne soit couverte.



Conseil pratique

Pour imprimer une copie de notre formulaire de demande d'autorisation spéciale pour médicament sur ordonnance, visitez notre site Internet.

Si l'assuré ne tolère pas le médicament interchangeable dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, Croix Bleue peut accepter de rembourser le coût d'un autre médicament interchangeable, au cas par cas, par le biais du processus de l'autorisation spéciale.

Demandes de règlement

Comment s'effectue le remboursement

Le Sommaire des garanties mentionne la Méthode de paiement qui s'applique à l'assuré en vertu du contrat.

Remboursement : Au moment de l'achat chez un fournisseur approuvé, l'assuré doit s'acquitter du coût total de l'ordonnance. À la réception d'une preuve de paiement, Croix Bleue rembourse les frais admissibles.

Paiement direct : Au moment de l'achat, le fournisseur approuvé soumet électroniquement à Croix Bleue la demande de règlement de l'assuré afin de vérifier son admissibilité. L'assuré paie alors au fournisseur approuvé la portion de la demande de règlement qui n'est pas couverte par la présente garantie. Croix Bleue rembourse directement au fournisseur approuvé la portion couverte de la demande de règlement.

Par contre, si l'assuré soumet à Croix Bleue un reçu pour une ordonnance de médicaments qu'il a payée en totalité au fournisseur approuvé, malgré la méthode de paiement direct offerte, Croix Bleue rembourse seulement le montant qui aurait été payé au fournisseur approuvé si la demande de règlement avait été soumise électroniquement.

Paiement différé : Au moment de l'achat, le fournisseur approuvé soumet électroniquement à Croix Bleue la demande de règlement de l'assuré afin d'en vérifier l'admissibilité et l'assuré paie le coût total de l'ordonnance au fournisseur approuvé. Croix Bleue rembourse à l'assuré la portion de la demande de règlement qui est couverte par cette garantie, et ce, après l'atteinte d'un certain montant ou après qu'une certaine période de temps se soit écoulée.

Par contre, si l'assuré soumet à Croix Bleue un reçu pour une ordonnance de médicaments qu'il a payée en totalité au fournisseur approuvé, malgré la méthode de paiement différé offerte, Croix Bleue rembourse seulement le montant qui aurait été remboursé si la demande de règlement avait été soumise électroniquement.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La demande de règlement doit parvenir à Croix Bleue au plus tard 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

Exclusions et restrictions

Sauf indication contraire dans le Sommaire des garanties, les frais pour les éléments suivants ne sont pas admissibles à un remboursement :

- a) antihistaminiques;
- b) auxiliaires antitabagiques;
- c) vaccins;
- d) vitamines;
- e) médicaments reliés aux cures d'amaigrissement;
- f) produits de santé naturels, produits homéopathiques et naturopathiques, plantes médicinales et remèdes traditionnels, suppléments nutritionnels et alimentaires;
- g) médicaments de fertilité;



Conseil pratique

Si votre régime comporte un mode de paiement direct ou de paiement différé, demandez toujours à votre fournisseur approuvé de soumettre vos achats de façon électronique. Vous aurez ainsi la certitude de ne pas déboursier un montant plus élevé que nécessaire.



Conseil pratique

Lorsque vous payez les frais demandés en totalité et que vous soumettez ensuite vos demandes aux fins de remboursement, vous pourriez être surpris de devoir déboursier un plus gros montant, car votre pharmacien pourrait vous facturer davantage que le montant maximum permis par le système de Croix Bleue.

- h) médicaments pour traiter le dysfonctionnement érectile (sauf pour la division **Crandall**);
- i) stimulants pour la pousse des cheveux;
- j) services, traitements ou fournitures qui :
 - i. ne sont pas médicalement nécessaires;
 - ii. sont donnés à de seules fins esthétiques;
 - iii. sont facultatifs; ou
 - iv. ont une indication relative à des fins expérimentales ou de recherche;
- k) procédures en lien avec des médicaments injectés par un professionnel de la santé dans une clinique privée;
- l) médicaments qui, de l'avis de Croix Bleue, sont destinés à être administrés à l'hôpital, en raison de leur voie d'administration et de la condition pour laquelle le médicament est utilisé;
- m) frais payables par tout régime de santé gouvernemental ou en vertu de toute commission de la santé et de la sécurité du travail, de toute société de l'assurance automobile ou d'autres lois ou régimes semblables;
- n) services, traitements ou fournitures que l'assuré a reçus gratuitement;
- o) frais qui n'auraient pas été engagés à défaut de couverture; et
- p) médicaments qui sont admissibles en vertu de la Garantie Voyage du contrat, le cas échéant.



Conseil pratique

Comparez le prix des différents fournisseurs et trouvez le prix le plus avantageux pour vos médicaments d'ordonnance.

Pour une même ordonnance, le prix peut varier selon la pharmacie, même parmi les magasins d'une même bannière.

Droit de transformation à une police d'assurance individuelle

Un adhérent qui n'est pas un assuré du Québec et qui n'est plus admissible à la Garantie Médicaments peut transformer sa couverture collective de médicaments en un régime individuel similaire offert par Croix Bleue.

Les régimes individuels émis en vertu du présent droit de transformation sont sujets aux modalités mentionnées dans la clause Droit de transformation en une police d'assurance individuelle de la section Modalités de la couverture de la présente brochure.

Les assurés du Québec qui ne sont plus admissibles à la Garantie Médicaments ne peuvent pas transformer leur couverture collective de médicaments en une assurance individuelle. S'ils ne sont pas admissibles à un autre régime collectif, ils doivent alors communiquer avec la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et s'inscrire au régime public d'assurance médicaments de la RAMQ.

Exigences minimales de la couverture médicaments au Québec

La présente clause s'applique aux assurés du Québec.

Loi sur l'assurance-médicaments

Le contrat doit être administré conformément à la *Loi sur l'assurance-médicaments* (« la Loi ») à l'égard des assurés du Québec, incluant les conditions de la Loi en ce qui concerne la coassurance maximale, les déboursés maximums, les médicaments admissibles et les médicaments d'exception.

La clause Exclusions et restrictions de la présente garantie ne peut en aucun cas, à l'égard des assurés du Québec, rendre la couverture des médicaments moins généreuse que celle prévue par le régime général d'assurance médicaments établi par la Loi.

Déboursé maximum par année civile

Si au cours d'une année civile, l'adhérent dépense, pour des médicaments admissibles, un montant de frais supérieur au montant de la contribution maximale fixée par la RAMQ, pour lui-même ou pour ses personnes à charge, les montants admissibles qui excèdent cette contribution sont remboursés à 100 % par Croix Bleue, jusqu'à la fin de cette année civile. Le montant de la contribution comprend la franchise et la coassurance, s'il y a lieu, pour l'adhérent et ses personnes à charge.

Assurés du Québec âgés de 65 ans et plus

À l'âge de 65 ans, un assuré du Québec est automatiquement inscrit comme bénéficiaire du régime public d'assurance médicaments de la RAMQ. Par conséquent, lorsqu'un tel assuré atteint l'âge de 65 ans, il doit décider :

- d'annuler son inscription automatique au régime public d'assurance médicaments de la RAMQ afin de continuer sa couverture en vertu de la présente garantie; ou
- d'accepter la couverture du régime public d'assurance médicaments de la RAMQ.

La décision d'accepter la couverture du régime public est irrévocable.

Les assurés du Québec qui choisissent la couverture du régime public d'assurance médicaments de la RAMQ ne sont plus admissibles à la couverture en vertu de la présente garantie.

Exception : s'il est mentionné dans le Sommaire des garanties que la présente garantie offre une couverture complémentaire au régime public de la RAMQ, les frais suivants sont admissibles, sous réserve de la Franchise et du Pourcentage de remboursement mentionnés dans le Sommaire des garanties :

- la franchise et la coassurance payées par un assuré du Québec en vertu du régime public d'assurance médicaments de la RAMQ; et
- le remboursement de tout médicament admissible qui n'est pas inclus dans le régime public d'assurance médicaments de la RAMQ, mais qui est couvert en vertu de la présente garantie.

Si l'adhérent choisit de s'inscrire au régime public d'assurance médicaments de la RAMQ, ses personnes à charge doivent aussi s'inscrire auprès de la RAMQ.

Si un assuré du Québec décide de maintenir sa couverture de médicaments en vertu de la présente garantie, Croix Bleue se réserve le droit de modifier les taux de prime applicables à la présente garantie pour tout assuré du Québec âgé de 65 ans et plus.

Objet de la garantie

(Si couverte sous l'option choisie, selon le Sommaire des garanties)

Croix Bleue rembourse les frais admissibles décrits dans la présente garantie, sous réserve des modalités définies ci-dessous.

Définitions spécifiques

Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la section Termes-clés de la présente brochure.

Soins actifs : Traitement de courte durée nécessaire pour :

- prévenir l'aggravation d'une blessure sévère, d'un épisode d'une maladie ou d'une condition médicale urgente;
- favoriser le rétablissement après une intervention chirurgicale; ou
- offrir des soins palliatifs pour les patients ayant un diagnostic de maladie en phase terminale et ayant une espérance de vie de moins de 3 mois.

Maison de convalescence : Un établissement public offrant des soins de convalescence aux patients qui sont en tout temps sous les soins directs d'un médecin. L'établissement doit être enregistré auprès de l'organisme gouvernemental approprié et offrir des soins infirmiers 24 heures sur 24.

Exclusion : les maisons de repos, les maisons de santé, les résidences pour personnes âgées, les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les centres pour le traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme ou les établissements prévus pour les soins de garde.

Hôpital : Un établissement de soins actifs qui offre des traitements à des patients hospitalisés, à l'exception de toute partie d'un tel établissement qui est conçu pour des soins de longue durée. L'établissement doit :

- avoir des installations à des fins de diagnostic et d'interventions chirurgicales majeures;
- être inscrit en vertu de la loi provinciale sur l'hospitalisation et être admissible aux paiements en vertu de cette loi;
- être exploité conformément à la loi applicable;
- offrir des soins infirmiers 24 heures sur 24; et
- exiger que chaque patient soit sous les soins directs d'un médecin.

Exclusion : les maisons de convalescence, les établissements de réadaptation physique ou psychiatrique, les maisons de maternité, les centres d'accueil, les maisons de repos, les maisons de retraite, les résidences pour personnes âgées, aveugles, sourdes ou malades chroniques ou psychiatriques, les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les résidences pour personnes semi-autonomes ou les centres pour le traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme. La définition d'hôpital exclut également toute section ou tout lit d'hôpital aménagés pour tous les types de soins indiqués dans le présent paragraphe.

Établissement de réadaptation physique : Un établissement public offrant des soins de réadaptation physique aux patients qui ont des déficiences et des incapacités physiques, qui ne nécessitent pas de soins actifs, mais qui ont besoin d'une supervision médicale continue dans le but de recouvrer une certaine capacité fonctionnelle et une qualité de vie. L'établissement doit être enregistré auprès de l'organisme gouvernemental approprié.

Exclusion : les maisons de repos, les centres d'accueil, les maisons de retraite, les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les établissements prévus pour les soins de garde ou les centres pour le traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme.



Conseil pratique

Avantage Bleu® offre des rabais aux assurés de Croix Bleue pour les soins médicaux et les soins de la vue, et pour de nombreux autres produits et services offerts par des fournisseurs participants à travers le Canada.

Pour bénéficier des rabais, présentez votre carte d'identification Croix Bleue et mentionnez **Avantage Bleu®** à tout fournisseur participant avant d'effectuer votre transaction.

Une liste des fournisseurs participants et des rabais est disponible au www.avantagebleu.ca.

Ce qui est couvert

Croix Bleue rembourse les frais admissibles, sous réserve des modalités suivantes :

- le remboursement est limité aux Pourcentages de remboursement et aux Maximums mentionnés ci-dessous ou dans le Sommaire des garanties;
- l'adhérent doit payer le montant de la Franchise, s'il y a lieu, mentionné dans le Sommaire des garanties; et
- les prestations sont sujettes à la clause Exclusions et restrictions de la présente garantie.

La présente garantie couvre les frais figurant explicitement dans les catégories suivantes, à condition qu'ils répondent également à la définition de frais admissibles Termes-clés de la présente brochure.

Hospitalisation

Hôpital : L'occupation d'une chambre lorsque l'assuré est admis dans un hôpital en tant que patient hospitalisé pour des soins actifs. Le type de chambre admissible est mentionné dans le Sommaire des garanties.

Soins de convalescence / Réadaptation physique : L'occupation d'une chambre lorsqu'un assuré est admis dans une maison de convalescence ou un établissement de réadaptation physique dans les 14 jours suivant son congé de l'hôpital où il recevait des soins actifs.

La protection en vertu de l'Hospitalisation se limite à la chambre et à la pension.

Exclusion : les frais administratifs et secondaires (par exemple : télévision, téléphone et stationnement).

Fournitures et services médicaux

Service ambulancier : En cas d'urgence, les frais pour le transport en ambulance d'un patient sur civière, en provenance ou en direction de l'hôpital le plus près pouvant offrir les soins d'urgence dont l'assuré a besoin, incluant le transport aérien ou ferroviaire.

Exclusion : les frais pour le transport entre hôpitaux.

Soins infirmiers : Les frais pour les services d'un infirmier autorisé ou d'un infirmier auxiliaire lorsque ces services sont rendus au domicile de l'assuré et ne sont pas principalement des soins de garde ou des soins d'une sage-femme.

Les soins infirmiers peuvent nécessiter une approbation préalable de Croix Bleue pour être remboursés, en tout ou en partie. Les montants de remboursement pour les soins infirmiers sont basés sur le barème de paiement établi par Croix Bleue pour chacune des provinces.

Les frais pour les services d'un aide-soignant au domicile peuvent également être admissibles si l'assuré est sous les soins professionnels d'un infirmier ou nécessite des soins à domicile pour son rétablissement après son congé de l'hôpital. Les aides-soignants offrent des services essentiels en lien avec les 5 Activités de la vie quotidienne.

Exclusion : les frais pour les soins de garde, l'aide familiale, le magasinage, le transport, les soins de relève et les services non reliés aux activités de la vie quotidienne.

Professionnels de la santé : Les frais admissibles pour un traitement reçu de tout Professionnel de la santé mentionné dans le Sommaire des garanties. La protection se limite à :

- des traitements dispensés par un professionnel de la santé dans les limites de sa compétence; et
- 1 traitement par jour par professionnel.

Sauf indication contraire dans le Sommaire des garanties, une recommandation médicale n'est pas requise pour que le traitement soit admissible à la protection.



Conseil pratique

Avant de recevoir des soins infirmiers, vous devez obtenir l'approbation préalable de Croix Bleue en appelant le numéro sans frais indiqué sur votre carte d'identification Croix Bleue.

Exclusions :

- produits fournis par un professionnel de la santé (sauf s'ils sont considérés comme couverts en vertu du présent contrat);
- bilans de santé complets;
- frais pour des services obtenus dans un hôpital; et
- sessions de traitement en groupe.

Équipement médical :

Les frais de location de l'équipement médical suivant :

- fauteuil roulant manuel ou électrique, incluant les coussins et les insertions;
- lit d'hôpital standard, incluant le matelas et les côtés de lit de sécurité;
- équipement pour l'administration d'oxygène, vibromasseur, pompe à succion, appareil de ventilation spontanée en pression positive à deux niveaux (BiPAP), appareil de ventilation spontanée en pression positive continue (CPAP), accessoires (CPAP et BiPAP) et respirateur;
- pompe à insuline pour le traitement du diabète de type 1;
- pompe de compression;
- moniteur de respiration;
- appareil d'électrostimulation pour fracture;
- tente à inhalation;
- serviettes pour incontinence;
- culottes pour incontinence; et
- jetables (Attends, Depends).

Appareils thérapeutiques :

Les frais de location de l'appareil thérapeutique suivant :

- appareil à MPC;
- stimulateur cardiaque;
- système bi-ostéogène;
- appareil pour dialyse rénale;
- lumière UVB; et
- autres appareils thérapeutiques.

L'achat d'**équipement médical ou d'appareil thérapeutique** nécessite une approbation préalable de Croix Bleue, à défaut de quoi cet achat peut ne pas être admissible en tout ou en partie à un remboursement.

Si, en raison d'une longue maladie ou d'une invalidité prolongée, **l'équipement médical ou l'appareil thérapeutique** est l'objet d'une utilisation à long terme, Croix Bleue peut, à sa discrétion, approuver l'achat de **cet équipement ou de cet appareil**. Si un tel achat est approuvé, la location ou l'achat d'une deuxième pièce d'un équipement ou appareil semblable est limité à une fois par période de 5 années contractuelles.

Deux pièces **d'équipement ou d'appareil** sont semblables si elles remplissent une même fonction (par exemple, faciliter la respiration, assurer la mobilité ou distribuer de l'insuline).

Exclusion : les frais pour les matelas spéciaux et les appareils de climatisation ou les purificateurs d'air.

Aides à la mobilité et appareils orthopédiques : Les frais d'achat ou de location de béquilles, de cannes et de marchettes, de plâtre, d'attelles, de bandages herniaires, d'appareils de soutien et de collets cervicaux.

Prothèses : Les frais pour les prothèses suivantes :

- membres artificiels standards ou membres myoélectriques, jusqu'à concurrence de 1 par membre à vie. Un maximum de 10 000 \$ s'applique pour les membres myoélectriques;
- bas couvre-moignons;



Conseil pratique

Avant de recevoir des soins ou des fournitures, demandez à votre professionnel de la santé s'il fait partie des fournisseurs approuvés par Croix Bleue, pour ainsi vous éviter des dépenses inattendues.



Conseil pratique

Vous devez obtenir l'approbation préalable de Croix Bleue avant l'achat d'équipement médical ou de prothèses pour éviter la surprise de devoir déboursier un montant important.

- yeux artificiels, jusqu'à concurrence de 1 par œil, à vie;
- nez artificiel, sous réserve d'un seul à vie;
- prothèses mammaires requises à la suite d'une mastectomie, jusqu'à concurrence de 1 prothèse par sein par 2 années contractuelles; et
- prothèses capillaires lorsque la perte des cheveux est causée par une pathologie sous-jacente ou son traitement, jusqu'à concurrence de 300 \$ à vie.

La réparation ou les ajustements des prothèses admissibles sont remboursés jusqu'à concurrence de 300 \$ par année contractuelle.

Exclusions :

- genoux à microprocesseurs;
- prothèses capillaires lorsque la perte des cheveux n'est pas causée par une pathologie sous-jacente ou son traitement, traitement de remplacement des cheveux et autres traitements pour la perte physiologique des cheveux (par exemple, calvitie masculine); et
- remplacement des prothèses, sauf si requis en raison d'un changement pathologique ou physiologique.

Appareils pour diabétiques : Les frais pour un glucomètre ou tout autre équipement approuvé par Croix Bleue qui a des fonctions similaires. L'équipement doit être utilisé pour le traitement et le contrôle du diabète.

Les pompes à insuline sont admissibles dans la catégorie Équipement médical.

Prothèses auditives : Les frais d'achat et de réparation de prothèses auditives lorsque prescrites par un otorhinolaryngologiste ou un otologiste, ou recommandées par un audiologiste, jusqu'au maximum global prévu pour les deux oreilles.

Exception : pour un assuré de moins de 21 ans qui a besoin d'une prothèse auditive pour chaque oreille, le Maximum mentionné dans le Sommaire des garanties est par oreille.

Exclusion : les frais pour les piles et les examens de l'audition.

Chaussures orthopédiques et orthèses plantaires fabriquées sur mesure :

Les frais pour :

- l'achat et la réparation de chaussures orthopédiques faites sur mesure ou de chaussures orthopédiques préfabriquées qui ont été personnalisées au moyen de modifications permanentes pour accommoder, soulager ou corriger un défaut mécanique ou une anomalie du pied, à condition que :
 - les chaussures soient prescrites par le médecin traitant, un chirurgien orthopédiste, un physiatre, un rhumatologue ou un podologue ou podiatre;
 - l'assuré fournisse une copie de l'évaluation biomécanique ou de l'analyse de la démarche faite par le professionnel de la santé qui a prescrit les chaussures; et
 - les chaussures soient fournies par un fournisseur approuvé de chaussures orthopédiques.
- les orthèses plantaires faites sur mesure pour accommoder, soulager ou corriger un défaut mécanique ou une anomalie du pied, à condition :
 - qu'elles soient prescrites par le médecin traitant, un chirurgien orthopédiste, un physiatre, un rhumatologue ou un podologue ou podiatre; et
 - qu'elles soient fournies par un fournisseur approuvé d'orthèses plantaires faites sur mesure.

Exclusion : l'achat et la réparation :

- de chaussures orthopédiques préfabriquées sans modifications permanentes; ou
- de chaussures profondes.

Tests diagnostiques : Les frais pour les tests diagnostiques suivants lorsque fournis par un laboratoire approuvé par Croix Bleue :



Conseil pratique

Pour de plus amples renseignements sur la couverture des chaussures orthopédiques ou des orthèses plantaires, visitez notre site Internet.
www.cbmedavie.ca/misesajourgaranties

Garantie Soins de santé complémentaires

- analyses de laboratoire; et
- services d'imagerie diagnostique (échographies, électrocardiogrammes, tomodensitogrammes (CT scans), radiographies et imagerie par résonance magnétique (IRM)). Les dépenses doivent être engagées au Canada.

Exclusion : les frais pour les services diagnostiques à des fins de dépistage, ainsi que les tests diagnostiques lorsque le régime de santé gouvernemental de l'assuré en interdit le remboursement.

Autres fournitures et services médicaux : Les frais pour les fournitures et services médicaux suivants :

- matériel pour les tests d'allergies, jusqu'à concurrence de 50 \$ par année contractuelle;
- achat d'un larynx artificiel, jusqu'à concurrence de 1 à vie;
- vêtements compressifs pour brûlures majeures;
- vêtements de compression graduée (y compris les bas de contention), jusqu'à concurrence de 2 paires par année contractuelle;
- stérilet, jusqu'à concurrence de 75 \$ par 2 années contractuelles;
- fournitures pour personnes stomisées, cathéters et fournitures de cathétérisation;
- oxygène;
- tube d'espacement, jusqu'à concurrence de 1 par année contractuelle;
- les fournitures pour pompe à insuline;
- aides orthophoniques pour les personnes n'ayant pas une capacité normale de communication verbale, jusqu'à concurrence de 500 \$ à vie;
- manchons pour lymphœdème, jusqu'à concurrence de 2 par année contractuelle;
- soutiens-gorge postopératoires, jusqu'à concurrence de 2 par année contractuelle; et
- achat et location de neurostimulateurs transcutanés (TENS).

Soins dentaires à la suite d'un accident : Les frais pour un traitement dentaire lorsque requis pour réparer ou remplacer des dents naturelles saines. Une dent est considérée comme saine, si, avant l'accident :

- elle n'avait aucune blessure, maladie ou défaut;
- elle ne nécessitait pas de restaurations supplémentaires pour rester intacte ou en place; et
- elle ne présentait pas de dégradation, ni de perte d'os ou de racine.

Pour être admissible à la protection, le traitement doit :

- être requis en raison d'un coup accidentel et direct à la bouche ou en raison d'une mâchoire fracturée ou disloquée nécessitant d'être remise en place;
- être requis en raison d'un accident subi alors que cette couverture était offerte par l'employeur; et
- avoir été reçu dans les 12 mois (1 an) suivant la date de l'accident ou de la dislocation, sauf si Croix Bleue a approuvé un traitement différé pour l'assuré en raison de son âge.

Exclusion : les dommages accidentels aux dents qui surviennent en mangeant.

Soins de la vue

Examen de la vue : Les frais engagés auprès d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste pour un examen de la vue.

Verres, montures, verres de contact et chirurgie oculaire au laser : Les frais pour les produits et les services suivants sont admissibles lorsque prescrits par un ophtalmologiste ou un optométriste :

- lunettes (montures et verres) et verres de contact correcteurs;
- lunettes suite à une chirurgie de la cataracte;
- verres de contact suite à une chirurgie de la cataracte;
- chirurgie oculaire au laser; et
- lentilles intraoculaires implantées lors d'une chirurgie de la cataracte.

Exclusion : les frais pour des lunettes de soleil non correctrices ou des lunettes protectrices.



Conseil pratique

Les montants couverts sont déterminés en fonction du guide des tarifs des dentistes généralistes applicable dans la province où les soins sont rendus, édition de l'année durant laquelle les frais ont été engagés.

Patients dirigés hors Canada ou hors province de résidence

Lorsqu'un médecin traitant dirige un assuré à l'extérieur du Canada ou à l'extérieur de sa province de résidence pour des soins médicaux non offerts au Canada et dans sa province de résidence, Croix Bleue rembourse la portion des frais figurant ci-dessous qui excède le montant remboursé par le régime de santé gouvernemental de l'assuré.

Services hospitaliers : Les frais pour :

- la chambre d'hôpital;
- la chambre de soins intensifs;
- les services infirmiers;
- les services donnés dans la salle d'opération et la salle de réveil;
- les services de laboratoire et de diagnostic, y compris les radiographies;
- l'oxygène et le sang;
- les médicaments sur ordonnance, y compris les solutions intraveineuses; et
- la physiothérapie.

Médecins et chirurgiens : Les honoraires professionnels demandés par un médecin ou un chirurgien.

Service ambulancier et accompagnateur : Les frais pour les services ambulanciers requis pour le transport d'un patient sur civière en direction ou en provenance de l'hôpital le plus près pouvant offrir les soins actifs, y compris tous frais pour le voyage d'un infirmier accompagnateur ou d'un préposé médical, sans aucun lien de parenté avec le patient.

Pour être admissibles à la protection, les frais doivent être approuvés au préalable par Croix Bleue, et le régime de santé gouvernemental de l'assuré doit accepter de couvrir une portion des frais.

Exclusions et restrictions spécifiques

Les frais associés aux services, aux traitements et aux fournitures suivantes ne sont pas admissibles à un remboursement :

- a) référence hors Canada pour des services offerts au Canada;
- b) référence hors province de résidence pour des services offerts dans la province de résidence de l'assuré;
- c) services de santé ou traitements qui ne sont pas disponibles au Canada ou dans la province de résidence de l'assuré en raison de listes d'attente;
- d) services de santé ou traitements que les médecins au Canada ont refusé de donner;
- e) services, traitements ou fournitures qui sont expérimentaux ou aux fins de recherche;
- f) services fournis alors que l'assuré ne suit pas un traitement auprès d'un médecin; et
- g) tous frais reliés à toute condition préexistante, telle que définie ci-dessous.

Condition préexistante : Une maladie :

- qui commence dans les 12 mois suivant la date à laquelle la présente garantie est entrée en vigueur à l'égard de l'assuré; et
- pour laquelle, dans les 12 mois précédant la date à laquelle la présente garantie est entrée en vigueur à l'égard de l'assuré, ce dernier :
 - a eu une consultation médicale;
 - s'est vu prescrire ou a pris des médicaments; ou
 - a reçu un traitement, y compris des tests diagnostiques.

Demandes de règlement

Comment s'effectue le remboursement

L'assuré paie au fournisseur approuvé le coût total des frais au moment de l'achat. Croix Bleue rembourse ensuite les frais admissibles à la réception de la preuve de paiement.

Certains fournisseurs approuvés peuvent offrir le paiement direct. Dans ce cas, le fournisseur approuvé soumet électroniquement à Croix Bleue la demande de règlement de l'assuré pour vérifier l'admissibilité au moment de l'achat. L'assuré paie seulement au fournisseur approuvé la portion de la demande de règlement qui n'est pas couverte par la présente garantie. Croix Bleue rembourse la portion restante de la demande de règlement directement au fournisseur approuvé.

Comment les frais admissibles sont-ils calculés

Le remboursement des frais admissibles est calculé de la façon suivante :

- Étape 1. Croix Bleue applique tout maximum usuel, raisonnable et conforme à la pratique courante. Les frais admissibles correspondent au moindre entre le coût réel et les frais usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante pour le service ou la fourniture;
- Étape 2. Croix Bleue soustrait la franchise (s'il y a lieu);
- Étape 3. le pourcentage de remboursement s'applique au restant des frais admissibles;
- Étape 4. le résultat est le montant payable par Croix Bleue, sous réserve de tout maximum applicable.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La demande de règlement doit parvenir à Croix Bleue dès que raisonnablement possible et au plus tard 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

Exclusions et restrictions

Aucune prestation n'est payable (ou les prestations sont réduites) pour :

- a) services, traitements, articles ou fournitures qui n'entrent pas dans les catégories de frais admissibles figurant dans la présente garantie;
- b) soins médicaux couverts en vertu de tout régime de santé gouvernemental ou les frais payables en vertu de toute commission de la santé et de la sécurité du travail, de toute société de l'assurance automobile ou d'autres lois ou régimes semblables;
- c) services, traitements ou fournitures qui étaient couverts en vertu des régimes mentionnés en b) à la date à laquelle la présente garantie est entrée en vigueur, mais qui ont cessé de l'être ou à l'égard desquels ces régimes ont été modifiés;
- d) services, traitements ou fournitures que l'assuré a reçus gratuitement;
- e) frais qui n'auraient pas été engagés à défaut de couverture;
- f) services, traitements ou fournitures qui :
 - i. ne sont pas médicalement nécessaires;
 - ii. sont donnés à de seules fins esthétiques;
 - iii. sont facultatifs; ou
 - iv. sont expérimentaux ou aux fins de recherche;
- g) services reliés à la planification des naissances (à l'exception des frais de stérilets), y compris l'insémination artificielle et les frais de laboratoire ou autres reliés aux traitements de fertilité, que l'infertilité soit considérée comme une maladie ou non;
- h) frais pour les services admissibles en vertu de la Garantie Voyage du contrat, le cas échéant;
- i) services ou fournitures normalement destinés aux loisirs ou aux sports;
- j) fournitures supplémentaires, telles que les pièces de rechange et les substituts;
- k) frais pour les rendez-vous manqués ou pour remplir des formulaires;
- l) examens médicaux ou bilans de santé;
- m) frais de kilométrage ou de livraison en provenance ou en direction d'un hôpital ou vers un professionnel de la santé; ou
- n) services ou frais engagés en raison :
 - i. d'une tentative de suicide ou d'une blessure ou maladie que l'assuré s'inflige ou contracte volontairement, peu importe son état d'esprit;
 - ii. d'une insurrection, d'une guerre (déclarée ou non), de l'hostilité des forces armées de tout pays ou de la participation à une émeute ou à un affrontement public; ou
 - iii. de la participation à un acte criminel ou de la tentative de commission d'un acte criminel, même si aucune accusation n'a été portée ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu.

Droit de transformation en une police d'assurance individuelle

Un assuré qui n'est plus admissible à la protection en vertu de la présente garantie peut transformer sa couverture collective en un régime individuel similaire de soins de santé complémentaires offert par Croix Bleue. Les régimes individuels émis en vertu du présent droit de transformation sont sujets aux modalités mentionnées dans la clause Droit de transformation en une police d'assurance individuelle de la section Modalités de la couverture de la présente brochure.

Objet de la garantie

(Si couverte sous l'option choisie, selon le Sommaire des garanties)

Croix Bleue rembourse les frais admissibles décrits dans la présente garantie, sous réserve des modalités définies ci-dessous.

Définition spécifique

La définition qui suit s'applique à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la section Termes-clés de la présente brochure.

Unité : Une unité de temps correspond à un intervalle de 15 minutes ou à toute portion d'un intervalle de 15 minutes.

Exception : Lorsque la couverture est décrite en termes d'unités de temps, mais que les frais ne sont pas décrits en termes d'unités de temps :

- dans le guide des tarifs en vigueur dans la province où le traitement est rendu, ou
- dans le guide des tarifs mentionné dans le présent régime,

chaque service donné est alors considéré comme 1 unité de temps, peu importe sa durée.

Ce qui est couvert

Croix Bleue rembourse les frais admissibles, sous réserve des modalités suivantes :

- le remboursement de tous les frais admissibles est limité aux Pourcentages de remboursement et aux Maximums mentionnés ci-dessous ou dans le Sommaire des garanties;
- l'adhérent doit payer le montant de la Franchise, s'il y a lieu, mentionné dans le Sommaire des garanties;
- le montant des frais admissibles auquel le Pourcentage de remboursement s'applique est le moindre :
 - des frais effectivement engagés par l'adhérent; ou
 - des tarifs mentionnés dans le guide des tarifs dentaires approuvé par Croix Bleue (le guide applicable et son année d'édition sont mentionnés dans le Sommaire des garanties);
- les dépenses admissibles de frais de laboratoire sont limitées à 50 % des frais suggérés dans le guide des tarifs pour le service nécessitant les frais de laboratoire;
- lorsqu'une ou plusieurs formes de traitements alternatifs existent, le paiement est limité au coût du traitement le moins cher répondant aux besoins dentaires de base de l'assuré. La présente clause s'applique aux services mentionnés dans l'Application de la solution de rechange la moins coûteuse prévue dans le Sommaire des garanties;
- les frais admissibles doivent avoir été engagés auprès :
 - d'un dentiste;
 - d'un denturologiste, lorsque les services sont dans les limites de sa compétence; ou
 - d'un hygiéniste dentaire sous la supervision d'un dentiste ou travaillant de façon autonome lorsque la législation provinciale le permet; et
- les prestations sont sujettes à la clause Exclusions et restrictions de la présente garantie.

La présente garantie couvre les frais figurant explicitement dans les catégories suivantes, à condition qu'ils répondent également à la définition de frais admissibles de la section Termes-clés de la présente brochure.



Conseil pratique

Croix Bleue paie jusqu'à concurrence du montant figurant dans le guide des tarifs indiqué dans le Sommaire des garanties.

Avant de commencer votre traitement, demandez à votre dentiste s'il base ses tarifs sur le guide des tarifs de sa province.



Conseil pratique

Vous êtes responsable de payer tous les frais excédant le guide des tarifs figurant dans le Sommaire des garanties. Il est important d'en tenir compte, car cela peut influencer directement ce que vous déboursez de votre poche.

Soins préventifs

Examens et diagnostic : Frais engagés pour les services suivants :

- Examen buccal complet ou général, jusqu'à concurrence de 1 par 24 mois consécutifs;
- Examen parodontal complet, jusqu'à concurrence de 1 par 24 mois consécutifs;
- Examen de rappel, jusqu'à concurrence du Maximum mentionné au Sommaire des garanties;
- Examen pour enfant de moins de 10 ans non remboursable par le régime public, jusqu'à concurrence de 1 par 12 mois consécutifs;
- Examen buccal d'urgence; et
- Examen limité ou d'un aspect particulier, jusqu'à concurrence de 2 par année contractuelle.



Conseil pratique

Lorsqu'un traitement dentaire est requis à la suite d'un accident, il devient admissible dans les frais de soins de santé complémentaires, plutôt que dans la présente garantie.

Radiographies : Frais engagés pour les services suivants :

- Série complète, jusqu'à concurrence de 1 par 24 mois consécutifs;
- Pellicule panoramique, jusqu'à concurrence de 1 par 24 mois consécutifs;
- Intra-orales :
 - périapicales;
 - occlusales; et
 - interproximales, jusqu'à concurrence de 2 procédures par année contractuelle;
- Sialographies;
- Substances radio-opaques; et
- Radiographies reliées à l'articulation temporo-mandibulaire/Services relatifs à la douleur myofaciale.

Tests et examens de laboratoire : Frais engagés pour les services suivants :

- Culture microbiologique;
- Biopsie des tissus buccaux mous;
- Biopsie des tissus buccaux durs;
- Examen cytologique; et
- Modèles de diagnostic; et
- Présentation de cas/Plan avec patient.

Services préventifs : Frais engagés pour les services suivants :

- Polissage des dents, jusqu'à concurrence du Maximum mentionné au Sommaire des garanties;
- Traitement au fluorure (seulement pour les assurés de moins de 16 ans), jusqu'à concurrence du Maximum mentionné au Sommaire des garanties;
- Instruction d'hygiène buccale, jusqu'à concurrence de 1 unité à vie;
- Scellants des puits et des fissures (seulement pour les assurés de moins de 18 ans);
- Détartrage, jusqu'à concurrence du Maximum mentionné au Sommaire des garanties; et
- Protecteur buccal, jusqu'à concurrence de 1 par 12 mois consécutifs.



Conseil pratique

Détartrage désigne l'enlèvement de la plaque, du calcul et des taches sur les dents.

Appareils de maintien : illimités pour les assurés de moins de 18 ans seulement.

Correction des habitudes buccales :

- Appareil fixe ou amovible, pour les assurés de moins de 18 ans seulement;
- Appareil de contrôle des habitudes buccales;
- Évaluation myofonctionnelle : pour les assurés de moins de 18 ans seulement, jusqu'à concurrence de 1 par 24 mois consécutifs;

- Motivation du patient : pour les assurés de moins de 18 ans seulement, jusqu'à concurrence de 1 fois à vie; et
- Myothérapie : pour les assurés de moins de 18 ans seulement, jusqu'à concurrence de 1 fois à vie.

Soins de base

Services de restauration : Frais engagés pour les services suivants :

- Restaurations en amalgame, en acrylique, en silicate ou en composite des dents antérieures et postérieures;
- Tenons de rétention;
- Coiffage de pulpe;
- Recimentation d'incrustations ou de couronnes, jusqu'à concurrence de 2 par dent par année contractuelle;
- Recimentation de facettes, jusqu'à concurrence de 2 par dent par année contractuelle; et
- Ablation d'incrustations ou de couronnes.



Conseil pratique

Restaurations (plombage) désignent le matériel dentaire utilisé pour restaurer la fonction et l'intégrité d'une dent.

Endodontie : Frais engagés pour les services suivants :

- Pulpotomie;
- Pulpectomie;
- Traitement de canal;
- Chirurgie endodontique :
 - Apectomie;
 - Obturation rétrograde; et
 - Autres chirurgies;
- Blanchiment (sur dents devitalisées seulement);
- Apexification.



Conseil pratique

Endodontie désigne les soins relatifs aux traitements de canal et aux tissus entourant la racine des dents.

Parodontie : Frais engagés pour les services suivants :

- Chirurgie parodontaire;
- Jumelage provisoire;
- Soins des infections aiguës;
- Désensibilisants;
- Curetage et surfaçage radiculaire, jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de 6 unités par année contractuelle ou 1 par dent par 24 mois;
- Équilibrage de l'occlusion, jusqu'à concurrence de 8 unités par année contractuelle;
- Appareils parodontaux, jusqu'à concurrence de 1 par 2 années civiles; et
- Autres services parodontaires complémentaires.



Conseil pratique

Parodontie désigne la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies de gencive.

Ajustement de prothèses amovibles : Frais engagés pour les services suivants :

- Réparations;
- Ajustements;
- Rebasage, regarnissage et réfection;
- Nettoyage et polissage;
- Obturateur palatin.

Chirurgie buccale : Frais engagés pour les services suivants :

- Ablation de dents et de racines;
- Exposition et déplacement chirurgical de dents;
- Incision, ablation et drainage des tumeurs ou des kystes;
- Frénectomie (modification chirurgicale du frein);
- Ablation, réduction ou correction de tissu osseux et gingival; et
- Soins post-chirurgicaux.

Services généraux complémentaires : Frais engagés pour les services suivants :

- Anesthésie (en corrélation avec de la chirurgie);
- Pansement temporaire pour le soulagement d'urgence de la douleur; et
- Finition des obturations.

Soins de restauration majeure

Restaurations complexes : Frais engagés pour les services suivants :

- Aurification;
- Incrustations;
- Incrustations avec recouvrement de cuspides;
- Couronnes : Frais pour les restaurations individuelles seulement (y compris les restaurations en acier préfabriqué et en polycarbonate) pour les dents endommagées en raison de caries ou d'une blessure traumatique; et
- Facettes.

Un seul des services mentionnés ci-dessus est admissible par dent, par 5 années contractuelles.

Autres services de restauration : Frais engagés pour les services suivants :

- Corps coulé;
- Pivot préfabriqué;
- Supplément pour mordançage de la restauration, jusqu'à concurrence de 2 par année contractuelle;
- Supplément pour fabrication d'une couronne.

Prothèses dentaires : Frais engagés pour les services suivants :

- Prothèses amovibles complètes et partielles, jusqu'à concurrence de 1 par 5 années contractuelles;
- Pont, jusqu'à concurrence de 1 par dent par 5 années contractuelles;
- Barre de rétention pour fixer à des capuchons;
- Implants, jusqu'à concurrence de 1 par dent par 10 années contractuelles;
- Restaurations finales sur implants (c'est-à-dire couronnes sur implant, ponts sur implant et prothèses amovibles sur implant), jusqu'à concurrence de 1 par dent par 10 années contractuelles;
- Services reliés aux implants;
- Clauses de dents manquantes;
- Construction et insertion d'une prothèse initiale permanente ou d'un pont initial si nécessaire en raison de l'extraction d'au moins 1 dent naturelle alors que l'assuré est couvert en vertu de la présente garantie; et
- Remplacement d'une prothèse ou d'un pont en place par une prothèse ou un pont permanents, pourvu que :
 - la prothèse ou le pont soit nécessaire en raison de l'extraction d'au moins 1 dent naturelle alors que l'assuré est couvert en vertu de la présente garantie; et
 - la prothèse à changer soit en place depuis au moins 5 ans.



Conseil pratique

Prothèses dentaires désignent le diagnostic, le traitement, la réadaptation et le maintien des fonctions, du confort, de l'apparence et de la santé buccale, pour les patients aux prises avec des conditions associées à des dents manquantes ou déficientes.



Conseil pratique

Soins orthodontiques désignent le traitement pour la correction des malpositions dentaires et des déformations maxillaires.

Soins orthodontiques

Frais engagés pour les services suivants :

- Examens orthodontiques: examen complet d'orthodontie;
- Examens orthodontiques: examen spécifique d'orthodontie, jusqu'à concurrence de 1 par 12 mois consécutifs
- Appareils amovibles pour repositionner les dents;
- Appareils fixes ou cimentés (appareils orthodontiques);

- Appareils de rétention;
- Traitement complet majeur; et
- Radiographie de la main et du poignet.

Demandes de règlement

Comment s'effectue le remboursement

Au moment de l'achat, le fournisseur approuvé soumet la demande de règlement directement à Croix Bleue ou remet à l'assuré un formulaire de demande de règlement rempli, ainsi qu'un reçu, lesquels doivent alors être soumis à l'assureur par l'assuré. Ce dernier doit alors, selon le cas :

- payer la portion de la demande de règlement qui n'est pas couverte par la présente garantie et Croix Bleue rembourse directement la portion restante au fournisseur approuvé; ou
- payer le montant total facturé par le fournisseur approuvé et être ensuite remboursé par Croix Bleue pour toute portion admissible.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La demande de règlement doit parvenir à Croix Bleue dès que raisonnablement possible et au plus tard 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

Évaluation préalable pour les demandes de règlement de plus de 500 \$

Lorsque le coût total de tout traitement est estimé à plus de 500 \$, l'adhérent doit soumettre à Croix Bleue, avant le début du traitement, un plan de traitement détaillé précisant le type de traitement qui doit être fait, ainsi que le prix demandé.

Croix Bleue avise ensuite l'adhérent du montant admissible à un remboursement. Le traitement doit être rendu par le dentiste qui a préparé le plan de traitement, à défaut de quoi un nouveau plan de traitement doit être soumis à Croix Bleue pour une réévaluation.

Date du traitement

Les frais admissibles sont considérés comme ayant été engagés à la date à laquelle les soins ou les fournitures ont été donnés. Pour les procédures nécessitant plus de 1 séance, les frais admissibles sont considérés comme ayant été engagés à la date à laquelle la procédure complète s'est terminée ou à laquelle l'appareil a été mis en place.

Exclusions et restrictions

Sauf indication contraire dans le Sommaire des garanties, aucune prestation n'est payable (ou les prestations sont réduites) pour les éléments suivants :

- a) services, traitements, articles ou fournitures qui n'entrent pas dans les catégories de frais admissibles figurant dans la présente garantie;
- b) services, traitements ou fournitures couverts par tout régime de santé gouvernemental ou frais payables en vertu de toute commission de la santé et de la sécurité du travail, de toute société de l'assurance automobile ou d'autres lois ou régimes semblables;
- c) soins dentaires qui étaient couverts en vertu des régimes mentionnés en b) à la date à laquelle la présente garantie est entrée en vigueur, mais qui ont cessé de l'être ou à l'égard desquels ces régimes ont été modifiés;
- d) services, traitements ou fournitures que l'assuré a reçus gratuitement;
- e) frais qui n'auraient pas été engagés à défaut de couverture;
- f) dispositif anti-ronflement et appareil buccal pour l'apnée du sommeil;
- g) soins donnés par un hygiéniste dentaire, mais qui ne sont pas administrés sous la surveillance d'un dentiste, sauf dans les provinces où une telle supervision n'est pas légalement requise;
- h) services, traitements ou fournitures qui :
 - i. ne sont pas médicalement nécessaires (sauf pour les soins préventifs);
 - ii. sont donnés à de seules fins esthétiques; ou
 - iii. sont expérimentaux ou aux fins de recherche;

- i) services ou frais engagés en raison :
 - i. d'une tentative de suicide ou d'une blessure ou maladie que l'assuré s'inflige ou contracte volontairement, peu importe son état d'esprit;
 - ii. d'une insurrection, de l'hostilité des forces armées de tout pays ou de la participation à une émeute ou à un affrontement public; ou
 - iii. de la participation à un acte criminel ou de la tentative de commission d'un acte criminel, même si aucune accusation n'a été portée ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu;
- j) les frais ont été engagés à la suite d'une guerre (déclarée ou non), d'une guerre civile ou d'un acte de guerre ou de terrorisme ou d'une épidémie, si l'événement qui aurait autrement ouvert droit à des prestations survient dans une région ou un pays pour lequel le gouvernement canadien recommande d'éviter tout voyage, essentiel ou non. Cette exclusion ne s'applique toutefois pas dans les cas suivants :
 - i. dans le cas des personnes assurées qui se trouvent déjà dans la région ou le pays concerné lorsque la recommandation gouvernementale est émise, pourvu que ces personnes aient pris les dispositions nécessaires pour se conformer à la recommandation gouvernementale dans les meilleurs délais;
 - ii. dans le cas où le gouvernement canadien recommande d'éviter les voyages non essentiels dans la région ou le pays concerné, si un événement ouvrant droit à des prestations se produit dans le cadre du travail de l'adhérent, à son lieu de résidence dans le pays où se trouve son lieu de travail ou dans une zone de déplacement permettant l'accès à son travail ou d'en revenir.
- k) dépenses engagées après la date de fin de la couverture de l'assuré, même si un plan de traitement détaillé a été soumis et approuvé par Croix Bleue avant cette date;
- l) soins dentaires admissibles en vertu de la Garantie Soins de santé complémentaires du présent contrat, le cas échéant;
- m) jumelage pour des raisons de parodontie, lorsque des couronnes, des incrustations ou des recouvrements de cuspidés sont utilisés à cette fin;
- n) traitement ou appareil, directement ou indirectement relié à la restauration complète de la bouche, dans le but de corriger la dimension verticale ou toute dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire ou dysfonction myofaciale;
- o) fournitures supplémentaires, telles que les pièces de rechange et les substituts; ou
- p) frais pour les rendez-vous manqués ou pour remplir des formulaires.

Objet de la garantie

(Si couverte sous l'option choisie, selon le Sommaire des garanties)

Croix Bleue rembourse les frais admissibles décrits dans la présente garantie, sous réserve des modalités définies ci-dessous.

Définitions spécifiques

Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la section Termes-clés de la présente brochure.

Urgence ou situation d'urgence : Une situation qui nécessite un traitement médical immédiat en lien avec :

- une blessure qui résulte d'un accident;
- une nouvelle condition médicale qui débute au cours du voyage; ou
- une condition médicale que l'assuré avait avant son voyage, mais qui est stable.

Une condition médicale est stable si, au cours des 90 jours précédant la date de départ, l'assuré n'a pas :

- été traité ou évalué pour de nouveaux symptômes qui sont reliés à cette condition;
- éprouvé de symptômes qui ont augmenté en fréquence ou en sévérité, ou reçu des résultats d'examens indiquant la détérioration de la condition;
- reçu de prescription pour un nouveau traitement ou un changement de traitement relativement à cette condition (généralement, une réduction de la médication en raison de l'amélioration de la condition ou un changement régulier dans la médication dans le cadre d'un plan de traitement établi ne sont pas considérés comme étant un changement de traitement);
- été admis ou traité dans un hôpital en raison de cette condition; ou
- été en attente de nouveaux traitements ou de tests concernant cette condition (autres que des tests de routine).

Les critères ci-dessus sont considérés globalement par rapport à la condition médicale dans son ensemble.

Hôpital : Un établissement qui :

- est enregistré en tant qu'hôpital accrédité à l'extérieur de la province de résidence de l'assuré;
- offre des soins et des traitements à des patients internes ou externes;
- offre les services d'un infirmier diplômé 24 heures par jour;
- dispose d'un laboratoire; et
- a une salle d'opération où des interventions chirurgicales sont pratiquées par un chirurgien légalement accrédité.

Exclusion : tout établissement utilisé principalement comme clinique, établissement ou partie d'établissement pour les soins prolongés, maison de convalescence, maison de repos, établissement thermal ou centre pour le traitement de la toxicomanie ou de l'alcoolisme, sauf si Croix Bleue l'a spécialement autorisé.

Membre de la famille immédiate : Les parents, le conjoint, les enfants de l'assuré, ainsi que ses frères et sœurs.

Compagnon de voyage : Les personnes qui partagent des arrangements de voyage payés à l'avance avec l'assuré, sous réserve d'un maximum de 3 compagnons de voyage, pour un voyage donné.

Voyage : Déplacement de l'assuré à l'extérieur de sa province de résidence.

Ce qui est couvert

Croix Bleue rembourse les frais figurant dans les catégories ci-dessous, sous réserve des modalités suivantes :

- le remboursement des frais admissibles est limité au Pourcentage de remboursement, aux Maximums et à la Durée de la protection mentionnés ci-dessous ou dans le Sommaire des garanties;
- l'assuré doit obtenir l'autorisation préalable de Croix Bleue avant d'engager des frais admissibles;
- les frais doivent être usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante, c'est-à-dire que :
 - le montant facturé est conforme au montant généralement facturé par les professionnels de la santé pour des produits et des services semblables dans le lieu géographique où le service ou la fourniture ont été obtenus; et
 - la fréquence et la quantité d'achat des services et des fournitures sont, de l'avis de Croix Bleue en consultation avec ses consultants médicaux, conforme à la fréquence et à la quantité généralement prescrites ou nécessaires pour la condition de l'assuré;
- les remboursements sont limités conformément à la clause Exclusions et restrictions de la présente garantie;
- les remboursements pour la présente garantie sont limités aux frais admissibles en excédent de ceux couverts en vertu de tout autre régime (lorsque le tribunal détermine qu'une couverture primaire est offerte en vertu du présent contrat et de tout autre régime, la présente garantie sera coordonnée avec l'autre régime, tel que mentionné à la section *Modalités de la couverture* de la présente brochure); et
- le remboursement est sujet à vérification après remboursement (droit d'audit).



Conseil pratique

Assurez-vous d'apporter votre carte d'identification Croix Bleue lorsque vous voyagez.

Garantie Médico-hospitalière d'urgence

Croix Bleue rembourse les frais admissibles figurant dans cette section si :

- ceux-ci sont engagés en raison d'une urgence;
- l'assuré était couvert par un régime de santé gouvernemental lorsque l'urgence est survenue; et
- Croix Bleue est d'avis que la dépense est nécessaire pour stabiliser la condition médicale de l'assuré.

Hospitalisation : Les frais pour une chambre dans un hôpital (une seule chambre) et les services médicalement nécessaires pour les patients internes et externes.

Honoraires de médecins : Les honoraires pour les services d'un médecin ou d'un chirurgien.

Appareils médicaux : Le coût de plâtres, de béquilles, de cannes, d'écharpes, d'attelles, de bandages herniaires et d'appareils de soutien, ainsi que le coût de location temporaire d'un fauteuil roulant, lorsque prescrits par le médecin traitant.

Soins infirmiers : Sur ordonnance du médecin traitant, les honoraires pour des soins infirmiers privés dispensés par un infirmier ou un infirmier auxiliaire qui n'a aucun lien de parenté avec l'assuré et qui n'est pas un employé de l'hôpital.

Exclusion : les honoraires d'infirmiers pour des soins de garde.

Frais de diagnostic : Les frais d'analyses de laboratoire, de radiographies et d'imagerie diagnostique, lorsque prescrites par le médecin traitant.

Médicaments : Le coût de médicaments obtenus sur ordonnance d'un médecin, sous réserve de la quantité suffisante pour traiter la condition pendant la période du voyage. L'assuré doit fournir une preuve d'achat satisfaisante de ces médicaments, indiquant :

- le nom de l'assuré;
- la date d'achat;
- le nom du médicament;
- le numéro d'identification du médicament, si disponible;
- la posologie et le dosage du médicament; et
- le coût total.

Services paramédicaux : Les honoraires pour les services de chiropraticiens, d'ostéopathes, de podologues ou podiatres et de physiothérapeutes.

Exclusion : les frais pour les radiographies.

Soins dentaires à la suite d'un accident et autres urgences dentaires : Les honoraires pour les services d'un dentiste pour un traitement :

- a) relatif à l'endommagement de dents naturelles résultant d'un coup direct accidentel à la bouche;
- b) nécessaire pour réparer une fracture ou une dislocation de la mâchoire résultant d'un accident; ou
- c) nécessaire pour soulager une douleur dentaire urgente, autre que les cas figurant en a) ou en b).

Pour un traitement des catégories a) ou b) :

- le traitement doit débuter alors que l'assuré est couvert par la présente garantie et se terminer dans les 6 mois suivant l'accident, sauf si un traitement différé est approuvé par Croix Bleue en raison de l'âge du patient; et
- le remboursement maximal par événement est de 2 000 \$.

Pour les traitements de la catégorie c), le remboursement maximal par événement est de 200 \$.

Service ambulancier : Les frais de transport terrestre ou aérien en ambulance pour conduire un patient en civière jusqu'à l'établissement médical adéquat le plus proche. Les frais de transport entre hôpitaux sont inclus si le médecin traitant et Croix Bleue déterminent que les installations existantes ne sont pas appropriées pour le traitement ou la stabilisation de l'assuré.

Rapatriement dans la province de résidence : Les frais pour le rapatriement de l'assuré dans sa province de résidence pour recevoir des soins médicaux immédiats, ainsi que les frais de rapatriement simultané d'un compagnon de voyage ou des membres de sa famille qui l'accompagnent et qui sont couverts en vertu du contrat. Est également admissible le coût d'un préposé médical qui l'accompagne.

Si le retour se fait sur un vol commercial, la couverture inclut :

- le transport en classe économique jusqu'à la ville de résidence de l'assuré au Canada; et
- s'il s'agit d'un préposé médical, le transport de retour en classe économique.

Sauf si le rapatriement ou le transfert de l'assuré est impossible pour des raisons médicales jugées satisfaisantes par Croix Bleue, cette dernière peut demander le rapatriement de tout assuré ou son transfert vers un autre établissement hospitalier. Si l'assuré refuse le rapatriement ou le transfert, tous ses droits aux prestations prennent fin relativement à l'événement en cause.

Transport pour visiter l'assuré : Les frais exigés par un transporteur (ligne aérienne, autobus ou train) pour le transport aller-retour en classe économique d'un membre de la famille immédiate de l'assuré, jusqu'à l'hôpital où ce dernier a été admis depuis 7 jours ou plus, si le médecin traitant atteste par écrit la nécessité d'une telle visite. Croix Bleue peut toutefois renoncer à appliquer le critère de 7 jours si elle le juge pertinent.

Advenant le décès de l'assuré, les frais exigés par un transporteur (ligne aérienne, autobus ou train) pour le transport aller-retour en classe économique d'un membre de sa famille immédiate, aux fins d'identification de son corps.

Retour du véhicule : Les frais engagés par une agence commerciale pour le retour du véhicule de l'assuré, personnel ou loué, jusqu'à sa résidence ou jusqu'à l'agence de location appropriée la plus proche, lorsque l'assuré est incapable de conduire en raison d'une urgence. Un certificat médical du médecin traitant confirmant l'incapacité médicale de l'assuré à conduire le véhicule est requis. La prestation versée est sujette à un maximum de 1 000 \$ par voyage.

Retour de la dépouille : Les frais pour la préparation et le retour de la dépouille de l'assuré jusqu'à son point de départ dans sa province de résidence, jusqu'à un maximum de 5 000 \$.

Repas et hébergement : Les frais pour l'hébergement et les repas dans un établissement commercial lorsque le voyage de l'assuré est retardé en raison d'une situation d'urgence subie par l'assuré ou son compagnon de voyage. Le médecin traitant doit documenter la raison médicale qui a entraîné le délai. Le remboursement maximal est de 150 \$ par jour et d'un maximum de 20 jours (jusqu'à un montant maximum global de 3 000 \$ par événement. Tous les frais doivent être appuyés par des reçus d'établissements commerciaux.

Assistance voyage

Par l'intermédiaire de son fournisseur d'assistance voyage, Croix Bleue fournit une ligne d'urgence sans frais, 24 heures sur 24, 7 jours par semaine, pour les assurés qui ont besoin d'assistance médicale ou générale au cours d'un voyage.

Assistance médicale

Lorsque l'assuré a besoin d'être hospitalisé ou de consulter un médecin en raison d'une urgence, le fournisseur d'assistance voyage de Croix Bleue fournit les services de soutien suivants :

- diriger l'assuré vers une clinique ou un hôpital appropriés;
- confirmer la couverture de l'assuré auprès du fournisseur de service;
- assurer le suivi du dossier médical et communiquer avec le médecin de famille de l'assuré;
- coordonner le retour à la maison d'un enfant si l'assuré est hospitalisé;
- rapatrier l'assuré dans sa province de résidence si l'assuré répond aux critères requis pour le rapatriement;
- organiser le transport d'un membre de la famille immédiate jusqu'au chevet de l'assuré si ce dernier répond aux critères requis pour une telle visite; et
- coordonner le retour du véhicule de l'assuré si ce dernier répond aux critères requis pour un tel retour.

Assistance générale

Dans les situations d'urgence, le fournisseur d'assistance voyage de Croix Bleue fournit également les services suivants à l'assuré :

- transmission de messages urgents;
- coordination des demandes de règlement;
- service d'un interprète lors d'appels d'urgence;
- référence à un avocat dans le cas d'un accident grave;
- règlement des formalités en cas de décès;
- assistance en cas de perte ou de vol de papiers d'identité; et
- informations sur les ambassades et les consulats.

Des conseils avant le voyage en ce qui concerne les visas et les vaccins sont également offerts.

Croix Bleue et son fournisseur d'assistance voyage ne sont pas responsables de la qualité des soins médicaux et hospitaliers reçus par l'assuré, ni de l'accessibilité de ces soins ou de l'impossibilité de les obtenir.

Demandes de règlement

Comment s'effectue le remboursement

L'assuré paie le total de tous frais admissibles au moment de l'achat. Croix Bleue rembourse ensuite tous frais admissibles à la réception de la preuve de paiement.

Dans certaines circonstances et avec l'autorisation préalable de Croix Bleue, Croix Bleue peut payer directement le fournisseur de service.

Délai pour soumettre une demande de règlement

Garantie Médico-hospitalière d'urgence : Afin d'être admissible au remboursement maximal de la garantie, l'assuré doit faire parvenir sa preuve de sinistre à Croix Bleue dans les 4 mois suivant la date à laquelle les frais ont été engagés.

Croix Bleue accepte tout de même les demandes de règlement qui sont soumises après le 4^e mois, sans excéder les 12 mois suivant la date à laquelle les frais ont été engagés. Cependant, ces demandes de règlement peuvent être réduites de tout montant qui aurait pu être coordonné avec le régime de santé gouvernemental de l'assuré si la demande avait été soumise pendant la période de 4 mois précitée.

Exclusions et restrictions

Exclusions générales de la Garantie Voyage

Aucune prestation n'est payable (ou les prestations sont réduites) dans les cas suivants :

- a) l'assuré ne communique pas avec Croix Bleue en cas d'une consultation médicale ou d'une hospitalisation à la suite d'une blessure ou d'une maladie;
- b) les dépenses sont engagées après la Durée de la protection mentionnée dans le Sommaire des garanties;
- c) le but du voyage est essentiellement ou accessoirement d'obtenir un avis médical ou un traitement, même si ce voyage est entrepris sur la recommandation d'un médecin;
- d) les dépenses ont déjà été payées ou sont admissibles à un remboursement de la part d'une tierce partie;
- e) les dépenses ont été engagées au cours d'un voyage dans un pays (ou une région spécifique d'un pays) pour lequel il y a un avertissement aux voyageurs du gouvernement du Canada, lorsque cet avertissement a été émis avant la date de départ et que la perte ou la dépense sont reliées à la raison pour laquelle l'avertissement aux voyageurs a été émis; ou
- f) les dépenses ont été engagées en raison :
 - i. de la participation à un acte criminel ou de la tentative de commission d'un acte criminel, même si aucune accusation n'a été portée ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu;
 - ii. de tout accident ou blessure survenus lors de la conduite d'un véhicule sous l'influence de toute substance intoxicante ou avec une alcoolémie excédant la limite légale qui s'applique à l'endroit où a eu lieu l'accident;
 - iii. d'une blessure ou d'une maladie résultant du fait que l'assuré, de façon intentionnelle, ne s'est pas conformé au traitement médical ou à la thérapie qui ont été prescrits;
 - iv. d'une tentative de suicide ou d'une blessure ou maladie que l'assuré s'inflige ou contracte volontairement, peu importe son état d'esprit; ou
 - v. d'une insurrection, de l'hostilité des forces armées de tout pays ou de la participation à une émeute ou à un affrontement public; ou
- g) les frais ont été engagés à la suite d'une guerre (déclarée ou non), d'une guerre civile ou d'un acte de guerre ou de terrorisme ou d'une épidémie, si l'événement qui aurait autrement ouvert droit à des prestations survient dans une région ou un pays pour lequel le gouvernement canadien recommande d'éviter tout voyage, essentiel ou non. Cette exclusion ne s'applique toutefois pas dans les cas suivants :
 - i. dans le cas des personnes assurées qui se trouvent déjà dans la région ou le pays concerné lorsque la recommandation gouvernementale est émise, pourvu que ces personnes aient pris les dispositions nécessaires pour se conformer à la recommandation gouvernementale dans les meilleurs délais;
 - ii. dans le cas où le gouvernement canadien recommande d'éviter les voyages non essentiels dans la région ou le pays concerné, si un événement ouvrant droit à des prestations se produit dans le cadre du travail de l'adhérent, à son lieu de résidence dans le pays où se trouve son lieu de travail ou dans une zone de déplacement permettant l'accès à son travail ou d'en revenir.

Exclusions et restrictions spécifiques

Aucune prestation n'est payable (ou les prestations sont réduites) dans les cas suivants :

- a) frais pour tout soin, traitement, chirurgie, produit ou service qui :
 - i. ne sont pas engagés à la suite d'une situation d'urgence;
 - ii. ne sont pas médicalement nécessaires;
 - iii. sont donnés à de seules fins esthétiques;
 - iv. ne sont pas nécessaires pour le soulagement immédiat d'une douleur ou d'une souffrance aiguës;
ou
 - v. peuvent être retardés jusqu'au retour de l'assuré au Canada;
- b) les frais engagés en raison d'une grossesse ou des complications d'une grossesse dans les 8 semaines précédant la date prévue de l'accouchement; ou
- c) les frais engagés en raison d'une situation d'urgence qui survient pendant la participation à :
 - i. un sport contre rémunération;
 - ii. une compétition de véhicules moteurs ou une épreuve de vitesse de tout genre; ou
 - iii. un sport extrême, c'est-à-dire une activité avec un haut niveau de danger inhérent et qui implique souvent de la vitesse, de la hauteur, un haut degré d'effort physique, du matériel hautement spécialisé ou des cascades spectaculaires.

Objet de la garantie

CSG est administré par Croix Bleue au nom du preneur, qui assume l'entière responsabilité légale et financière pour la présente garantie, sous réserve des modalités définies ci-dessous.

Définition spécifique

La définition qui suit s'applique à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la section Termes-clés de la présente brochure.

Personne à charge de l'ARC : Conformément à la définition de l'Agence de revenu du Canada (ARC), un membre de votre famille qui dépend financièrement de vous, tels que vos parents, vos grands-parents ou vos petits-enfants.

Ce qui est couvert

Croix Bleue rembourse les frais médicaux admissibles selon les lignes directrices de l'Agence du revenu du Canada. Les frais médicaux admissibles comprennent les franchises, les quotes-parts, les montants excédant le maximum des garanties, ainsi que les frais qui ne sont pas couverts par tout autre régime applicable : régime collectif, régime individuel, régime gouvernemental de soins de santé ou tout régime privé.

Crédits du CGS

En vertu d'un CGS, vous avez accès à un montant prédéterminé de crédits alloués au CGS au début de chaque année CGS indiquée dans le Sommaire des garanties. Ces crédits représentent la valeur allouée au CGS par le preneur et le montant peut être remboursé par Croix Bleue au nom du preneur.

Les crédits du CGS vous sont versés à la fréquence d'allocation des crédits indiquée dans le Sommaire des garanties.

Les crédits non utilisés du CGS ne peuvent en aucun cas être versés en espèces.

Les crédits alloués au CGS sont irrévocables, sauf si l'allocation est basée sur le statut familial ou le statut d'emploi de l'adhérent. Dans ces circonstances, les crédits alloués peuvent être ajustés à la suite d'un événement de la vie ou lors de la Fin du CGS, telle que mentionnée dans le Sommaire des garanties.

Événement de la vie : Lorsqu'un adhérent ajoute une personne à charge pour la première personne à charge pour la première fois ou qu'il n'a plus aucune personne à charge admissible, en raison d'un des événements suivants :

- Mariage ou union de fait;
- Naissance ou adoption d'un enfant;
- Divorce ou séparation légale;
- Une personne à charge cesse de répondre aux critères d'admissibilité; ou
- Décès d'une personne à charge.

Advenant la fin du CGS d'un adhérent, le preneur peut ajuster les crédits alloués au CGS pour cette année. Le preneur doit aviser rapidement Croix Bleue du montant de crédits ajusté.

Si l'adhérent dont le CGS a pris fin a des demandes de règlement impayées pour des frais engagés avant la date de la fin du CGS, elles peuvent être soumises au cours du délai de grâce applicable aux adhérents dont le CGS a pris fin, telle qu'indiquée dans le Sommaire des garanties.



Conseil pratique

Vous devez d'abord soumettre les frais médicaux admissibles à tout autre régime de santé. Le montant non remboursé peut être traité par votre régime CGS.

Versement de la prestation

Comment s'effectue le remboursement

Le Sommaire des garanties mentionne le type d'administration du régime qui s'applique à l'assuré en vertu du présent contrat.

Type de CGS

Report des crédits

Avec ce type, les crédits non utilisés sont reportés à l'année du CGS suivante.

Les crédits peuvent être utilisés pour rembourser les frais médicaux admissibles engagés dans la même année du CGS que celle pour laquelle les crédits ont été alloués. Les crédits non utilisés seront reportés à l'année du CGS suivante et ne peuvent être reportés pour plus d'une année du CGS. À la fin de l'année du CGS, les crédits reportés de l'année du CGS précédente et non utilisés seront perdus.

Pour le traitement des demandes de règlement, les crédits reportés de l'année du CGS précédente sont utilisés en premier, avant les crédits alloués pour l'année du CGS en cours.

Les demandes de règlement doivent être soumises au cours de l'année du CGS pendant laquelle les frais ont été engagés ou au cours du délai de grâce indiqué dans le Sommaire des garanties.

Exclusions et restrictions

Aucun prestation n'est payable (ou les prestations sont réduites) dans les cas suivants :

- a) Des frais engagés par les adhérents ou les personnes à charge de l'ARC avant la date de prise d'effet de la présente garantie ou après la date de fin du CGS, conformément au présent contrat;
- b) les médicaments en vente libre, tels que les vitamines, les minéraux et les remèdes à base de plantes, qu'il est possible de se procurer sans une prescription de la part d'un professionnel de la santé; ou
- c) services, traitements ou fournitures qui :
 - i. ne sont pas médicalement nécessaires;
 - ii. sont donnés à de seules fins esthétiques; ou
 - iii. sont facultatifs.



Conseil pratique

Vous pouvez consulter votre solde créditeur à partir de l'application Medavie Mobile ou sur notre site Web au www.cbmedavie.ca.

Principaux frais admissibles			
Soins auxiliaires (requièrent une attestation de la nécessité par un médecin)	<ul style="list-style-type: none"> • Services offerts à la maison, dans une résidence pour personnes âgées, une maison de santé ou un foyer de groupe 	<ul style="list-style-type: none"> • Les frais engagés pour les services suivants sont inclus : <ul style="list-style-type: none"> - Préposés aux soins - Infirmier autorisé 	<ul style="list-style-type: none"> - Soins de relève - Préparation des repas - Entretien ménager - Services de buanderie
Soins dentaires (excluant le blanchiment des dents et les facettes à des fins esthétiques)	<ul style="list-style-type: none"> • Services de diagnostic (radiographies) • Prothèses dentaires • Orthodontie 	<ul style="list-style-type: none"> • Soins préventifs, tels que : <ul style="list-style-type: none"> - Examens de rappel - Polissage - Application de fluorure 	
Services de diagnostic*	<ul style="list-style-type: none"> • Analyses de laboratoire, tests radiologiques et tomographies à des fins de diagnostic 		
Médicaments	<ul style="list-style-type: none"> • Médicaments nécessitant une ordonnance ou fournis par un pharmacien, un médecin ou un professionnel de la santé* 	<ul style="list-style-type: none"> • Médicaments de fertilité • Vaccins contre la grippe • Insuline* • Extrait de foie (injection)* 	<ul style="list-style-type: none"> • Médicaments pour cesser de fumer* • Vaccins • Injections de vitamine B12*
Soins en établissement (excluant la location de télévision et les frais de téléphone)	<ul style="list-style-type: none"> • Maison de convalescence • Hôpital 	<ul style="list-style-type: none"> • Maison de santé • Établissement psychiatrique • Centre de désintoxication 	
Appareils et services médicaux*	<ul style="list-style-type: none"> • Climatiseurs (requis en raison d'un malaise, d'une maladie ou d'un trouble chronique grave) • Membres artificiels ou prothèses oculaires • Frais de transfusion sanguine • Prothèses mammaires • Implants cochléaires • Béquilles • Fournitures pour diabétiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Instruments électroniques de guérison osseuse • Synthétiseurs électroniques de la parole • Appareils auditifs • Moniteurs cardiaques • Aiguilles et seringues • Fournitures pour personnes stomisées • Équipement pour l'administration d'oxygène • Honoraires de médecin 	<ul style="list-style-type: none"> • Prothèses • Réparations des appareils admissibles au CGS • Appareils respiratoires • Triporteurs • Bandages herniaires • Aides à la marche • Fauteuils roulants • (excluant les accessoires)
Services professionnels	<ul style="list-style-type: none"> • Acupuncteur • Thérapeute du sport • Audiologiste • Podologue/Podiatre • Chiropraticien • Hygiéniste dentaire • Dentiste 	<ul style="list-style-type: none"> • Diététiste • Homéopathe • Massothérapeute** • Naturopathe • Ergothérapeute • Ostéopathe • Préposé aux soins* 	<ul style="list-style-type: none"> • Physiothérapeute • Psychiatre • Psychologue • Infirmier autorisé • Travailleur social • Orthophoniste
Services de transport pour des raisons médicales	<ul style="list-style-type: none"> • Services ambulanciers • Frais liés à une greffe de moelle osseuse (patient et donneur), tels que les frais de transport et de repas 	<ul style="list-style-type: none"> • Frais de transport et de repas, lorsque le transport du patient est requis (et pour un accompagnateur, si nécessaire) 	<ul style="list-style-type: none"> • Frais liés aux dons d'organe (patient et donneur), tels que les frais de transport et de repas
Divers	<ul style="list-style-type: none"> • Primes versées pour des régimes de santé et de soins dentaires (assurance privée) 	<ul style="list-style-type: none"> • Rénovation domiciliaire ou transformation d'un véhicule, en raison d'une invalidité 	<ul style="list-style-type: none"> • Frais divers liés à un chien-guide pour aveugle
Thérapie (réhabilitation)	<ul style="list-style-type: none"> • Lecture labiale 	<ul style="list-style-type: none"> • Langage gestuel 	
Soins de la vue	<ul style="list-style-type: none"> • Verres de contact • Examens de la vue 	<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie oculaire au laser 	<ul style="list-style-type: none"> • Verres de prescription et montures

*Ordonnance requise

**Pour les massages thérapeutiques seulement

Principaux frais non admissibles			
Frais d'adoption	<ul style="list-style-type: none"> Frais d'adoption 		
Traitements esthétiques (visant strictement l'amélioration de l'apparence)	<ul style="list-style-type: none"> Augmentations Injections de botox Liposuccion 	<ul style="list-style-type: none"> Traitements et produits de remplacement des cheveux (ex. prothèses et rallonges capillaires) 	<ul style="list-style-type: none"> Épilation au laser Enlèvement de tatouage Blanchiment des dents
Produits cosmétiques et d'hygiène	<ul style="list-style-type: none"> Solutions pour verres de contact Lotions et crèmes 	<ul style="list-style-type: none"> Maquillage Écran solaire 	<ul style="list-style-type: none"> Dentifrice
Suppléments diététiques	<ul style="list-style-type: none"> Aliments (sauf en cas d'alimentation entérale) 	<ul style="list-style-type: none"> Minéraux et suppléments 	<ul style="list-style-type: none"> Substituts de repas
Massothérapie non thérapeutique	Telle que :	<ul style="list-style-type: none"> Massage aromathérapique 	<ul style="list-style-type: none"> Enveloppements corporels
Frais pour les rendez-vous manqués	<ul style="list-style-type: none"> Frais pour les rendez-vous manqués 		
Programmes de santé	<ul style="list-style-type: none"> Frais pour un programme de perte de poids 		
Appareils électroménagers	<ul style="list-style-type: none"> Climatiseurs Purificateurs d'air 	<ul style="list-style-type: none"> Déshumidificateurs Ventilateurs 	<ul style="list-style-type: none"> Humidificateurs (sauf si requis pour les machines CPAP)
Spas et saunas	<ul style="list-style-type: none"> Spas 	<ul style="list-style-type: none"> Saunas 	
Primes versées pour des régimes d'assurance vie et d'assurance salaire	<ul style="list-style-type: none"> Primes versées pour des régimes d'assurance vie et d'assurance salaire 		
Médicaments en vente libre	Tels que : <ul style="list-style-type: none"> Régulateur d'acidité Médicaments contre les allergies 	<ul style="list-style-type: none"> Produits contre la toux et le rhume Crèmes et lotions Aides à la digestion 	<ul style="list-style-type: none"> Remèdes à base de plantes Analgésiques Auxiliaires antitabagiques Vitamines
Système d'assistance en cas d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> Services d'alerte médicale 	<ul style="list-style-type: none"> Services d'assistance santé 	
Chaussures	<ul style="list-style-type: none"> Ordinaires 	<ul style="list-style-type: none"> Pour le sport 	
Équipement sportif	<ul style="list-style-type: none"> Tapis roulants 		

Quelles sont mes responsabilités en vertu du contrat?

Changement dans votre situation personnelle

Il est de votre responsabilité de fournir à votre employeur un formulaire d'adhésion rempli et signé, contenant également les informations exactes sur votre statut familial, ainsi que sur vos désignations des bénéficiaires. Vous devez remplir le formulaire d'adhésion au régime collectif dans les 31 jours suivant la date à laquelle vous devenez admissible à la couverture.

Pour s'assurer que l'information sur votre couverture individuelle ou familiale est tenue à jour, il est important que vous avisiez votre employeur de tout changement dans les 31 jours suivant le changement. Le défaut de le faire peut entraîner l'obligation de fournir une preuve d'assurabilité avant que toute modification à votre statut ne prenne effet. Les changements qui doivent être rapportés à Croix Bleue comprennent :

- ajout/retrait d'une personne à charge;
- mise à jour du statut d'une personne à charge étudiante;
- changement de votre état civil;
- changement de bénéficiaire;
- adhésion aux garanties à l'égard desquelles vous étiez exempté auparavant.

Désignation de votre bénéficiaire

Sauf stipulation relative au bénéficiaire, toutes les prestations vous sont payables.

Prestations de décès

Lors de votre décès, la prestation de décès est versée au dernier bénéficiaire que vous avez désigné.

Sous réserve des dispositions de la loi, le bénéficiaire est celui que vous avez désigné sur votre demande d'adhésion à la couverture collective. Vous pouvez changer le bénéficiaire en soumettant une demande écrite signée à Croix Bleue.

Si vous désignez plus d'un bénéficiaire (autre qu'un bénéficiaire subrogé), mais que la part qui doit être attribuée à chacun d'eux n'est pas spécifiée, la prestation payable sera distribuée entre les bénéficiaires, à parts égales.

Si votre bénéficiaire décède avant vous, vous devez désigner un autre bénéficiaire.

Si vous décédez et que vous n'avez pas désigné par écrit votre bénéficiaire, la prestation de décès est payable à vos ayants droit.

Fournir une preuve de sinistre

Vous devez soumettre vos demandes de règlement à l'intérieur des limites de temps applicables indiquées dans chacune des garanties. Croix Bleue doit recevoir une preuve du sinistre, sous une forme jugée satisfaisante.

Dans le processus du traitement de vos demandes de règlement, Croix Bleue peut exiger que vous fournissiez des renseignements supplémentaires ou que vous vous fassiez examiner par un médecin ou un professionnel de la santé, aussi souvent qu'elle le juge nécessaire. Croix Bleue se réserve le droit de suspendre ou de refuser le paiement d'une demande de règlement tant que les preuves ou renseignements supplémentaires demandés ne lui sont pas soumis.

Vous êtes responsable de tous les frais reliés à la soumission de la preuve de sinistre.



Conseil pratique

Il est primordial de tenir à jour votre désignation de bénéficiaire.

Lorsqu'un montant est versé à votre succession, cet argent peut être sujet aux droits des créanciers et aux droits de succession.

Toutefois lorsqu'un bénéficiaire est désigné, cette personne reçoit l'entière prestation non imposée, peu importe les dettes contractées par le défunt.

Vous pouvez changer votre bénéficiaire en remplissant un formulaire de désignation de bénéficiaire disponible auprès de votre employeur ou sur notre site Internet.



Conseil pratique

Votre preuve de sinistre doit être soumise en anglais ou en français. Si la preuve de sinistre initiale est dans une autre langue que l'anglais ou le français, vous êtes responsable de tous les frais reliés à la traduction de cette preuve.

Soumission des demandes de règlement après la résiliation du contrat

À la résiliation du contrat collectif, les demandes de règlement doivent parvenir à Croix Bleue :

- pour les garanties invalidité, **dans les 6 mois** suivant le début de l'invalidité ou pendant la période allouée par la législation provinciale, si cette période est plus longue;
- pour les soins relatifs aux accidents dentaires, **dans les 6 mois** suivant la résiliation du présent contrat collectif; ou
- pour toutes les autres garanties, **dans les 90 jours** suivant la date de résiliation du contrat.

Recouvrement d'indemnités d'une tierce partie (subrogation)

Si vous avez le droit d'intenter une action légale contre une tierce partie (personne physique ou morale) en raison d'une perte liée à toute demande de règlement soumise en vertu du présent régime, Croix Bleue est en droit d'acquiescer vos droits pour le recouvrement des indemnités, jusqu'à concurrence du remboursement effectué par Croix Bleue.

Vous devez signer et retourner les documents nécessaires pour faciliter cette démarche et vous devez faire tout ce qui est exigé pour protéger vos droits de recouvrer les indemnités d'une tierce partie.

Signalement des fraudes en matière de protection-santé

La fraude en matière de protection-santé est la soumission intentionnelle de renseignements qui sont faux et trompeurs aux fins de gains financiers.

Qu'elle soit commise à petite ou grande échelle, la fraude peut entraîner des pertes financières importantes pour le régime et, par le fait même, entraîner une hausse de primes et une protection moindre. Croix Bleue s'engage à protéger l'intégrité de ses programmes pour ses preneurs de contrat et ses adhérents en surveillant les activités abusives ou frauduleuses et en prenant des mesures efficaces pour résoudre ces dernières.



Conseil pratique

Le coût de la fraude en matière de protection santé au Canada est estimé à entre 2 et 12 milliards de dollars annuellement.

Comment vous pouvez nous aider

En tant qu'adhérent à un régime collectif, vous pouvez nous aider à éliminer la fraude envers votre régime :

- Conservez en lieu sûr votre carte d'identification, votre numéro de contrat, votre numéro d'adhérent et les informations s'y rattachant;
- Examinez attentivement vos reçus de produits et de services pour vous assurer :
 - que vous comprenez les frais facturés; et
 - que les frais correspondent aux services reçus.

Si les frais apparaissant sur votre reçu ne vous semblent pas clairs, demandez au fournisseur de vous les expliquer.

- Examinez attentivement votre relevé d'explication des garanties pour repérer toute divergence entre les services reçus et les services réclamés.
- Ne signez jamais un formulaire de demande de règlement non rempli.
- De temps en temps, nous envoyons un questionnaire de vérification aux adhérents pour fins de confirmation des traitements et des autres informations s'y rattachant. Si vous recevez l'un de ces questionnaires, veuillez le remplir et le retourner rapidement. Cela représente une contribution essentielle à nos efforts pour dissuader la fraude.



Conseil pratique

Si vous soupçonnez une fraude en matière de protection santé, veuillez en aviser Croix Bleue en utilisant l'une des méthodes confidentielles suivantes :

Numéro sans frais :
1-877-412-8809

fraude@croixbleue.
medavie.ca

www.medavie.croixbleue.
ligneconfidentielle.com

Quels sont mes droits en vertu du contrat?

Protection des renseignements personnels

Dans le cadre de son administration des régimes, Croix Bleue recueille et conserve des renseignements personnels sur ses assurés et leurs personnes à charge.

Assurer la confidentialité des informations de nos assurés est au cœur de notre vision d'entreprise. Notre personnel prend très au sérieux nos politiques sur la protection de la vie privée, ainsi que la marche à suivre pour assurer la confidentialité.

Qu'est-ce qu'un renseignement personnel?

Les renseignements personnels renferment des détails au sujet d'une personne identifiable. Il peut s'agir par exemple du nom, de l'âge, du numéro d'identification, du revenu, des données d'emploi, de l'état civil, du statut des personnes à charge, des dossiers médicaux et de renseignements financiers.

Quelle utilisation faisons-nous de vos renseignements personnels?

Vos renseignements personnels sont nécessaires pour permettre à Croix Bleue de traiter votre demande d'adhésion en vertu des différentes garanties du régime. Ils sont utilisés aux fins de vous fournir, en tant qu'adhérent admissible, les services précisés dans le contrat collectif, de comprendre vos besoins ou de vous recommander des produits et services adéquats, ainsi qu'à des fins administratives.

À qui ces renseignements personnels peuvent-ils être divulgués?

Selon votre type de couverture, il nous sera peut-être nécessaire de fournir certains renseignements personnels aux entités suivantes, de façon confidentielle, afin de vous fournir les services prévus dans le régime :

- d'autres Croix Bleue au Canada, afin d'administrer votre régime d'assurance si vous vivez à l'extérieur des provinces de l'Atlantique, du Québec ou de l'Ontario;
- des spécialistes de la santé, s'il y a lieu, pour évaluer une demande d'admissibilité à un produit ou à un service;
- des organismes gouvernementaux et de réglementation, en situation d'urgence ou lorsque la loi l'exige;
- la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada et d'autres tierces parties;
- le titulaire principal de tout autre contrat en vertu duquel vous pourriez être couvert.

Nous ne fournissons ni ne vendons de renseignements personnels à votre sujet à d'autres sociétés aux fins de marketing et de sollicitation. Vos renseignements personnels ou ceux de vos personnes à charge ne sont jamais divulgués à un tiers sans votre permission, sauf si Croix Bleue juge qu'il est nécessaire de le faire pour vous offrir les services auxquels elle s'est engagée conformément au contrat.

En devenant un assuré de Croix Bleue ou en remplissant une demande de règlement, vous acceptez que nous utilisions vos renseignements personnels et que nous les divulguions de la manière susmentionnée.

Contestation d'une décision prise par Croix Bleue

Lorsque Croix Bleue détermine qu'aucune prestation n'est payable, vous avez le droit d'en appeler de la décision, en soumettant une demande par écrit à Croix Bleue dans les 30 jours suivant la date de l'avis de refus.

Le délai alloué pour toute poursuite, en vertu du contrat collectif, débute à la date du refus initial écrit de Croix Bleue et se prolonge jusqu'à la date d'expiration établie par la législation provinciale applicable.

Chaque procédure ou demande en justice contre Croix Bleue, pour recouvrer des montants d'assurance payables en vertu du contrat, est absolument exclue, à moins que la procédure ou la demande ne débute pendant le délai prescrit par la Loi de l'assurance ou toute autre loi applicable.



Conseil pratique

Pour obtenir de plus amples renseignements sur notre politique de protection des renseignements personnels, veuillez visiter notre site Internet.

Copie du contrat collectif

Lorsque permis par la loi, vous avez le droit de demander une copie de votre demande d'adhésion et de tout avis écrit ou de tout autre dossier fournis à Croix Bleue comme preuve d'assurabilité. Sur avis suffisant, vous pouvez également demander une copie du contrat collectif.

Les droits de Croix Bleue en vertu du contrat

Droit d'audit

En tout temps, Croix Bleue se réserve le droit d'examiner ou de vérifier, en lien avec une demande de règlement, le dossier médical ou le dossier des demandes de règlement d'un assuré.

Trop-perçu

Croix Bleue a le droit de recouvrer :

- tout montant versé par erreur à un assuré;
- tout montant versé à l'assuré à la suite d'une demande de règlement impliquant des moyens frauduleux ou de fausses déclarations; ou
- toute somme payée à l'assuré et constituant un trop-perçu.

Si le trop-perçu ne peut être recouvré, Croix Bleue se réserve le droit de réduire les prestations futures de l'assuré, jusqu'à ce que le trop-perçu soit recouvré en totalité.

Suspension ou perte du droit à des prestations

Croix Bleue peut, sans donner un avis préalable, suspendre ou terminer le droit à des prestations d'un assuré, dans les cas suivants :

- Croix Bleue constate des irrégularités dans une demande de règlement ou entame une enquête relative à de l'abus; ou
- Croix Bleue engage des poursuites criminelles ou prend des sanctions disciplinaires contre l'assuré.

Croix Bleue a également le droit de suspendre ou de refuser le paiement d'une demande de règlement pour tout service ou fourniture prescrits ou dispensés par un fournisseur qui fait l'objet d'une enquête de la part d'un organisme de réglementation ou de la part de Croix Bleue, ou qui est accusé d'infraction relativement à sa conduite ou à l'exercice de sa profession.



Conseil pratique

Ce droit d'examen ou d'audit s'applique aux dossiers détenus par Croix Bleue ou par ses fournisseurs approuvés.

Comment soumettre une demande de règlement

Comment se procurer un formulaire de demande de règlement

Vous pouvez vous procurer les formulaires de demande de règlement relatifs aux garanties soins de santé de l'une des façons suivantes :

- sur le site des adhérents (voir les instructions ci-dessous);
- à l'un de nos bureaux Paiement express;
- auprès de votre administrateur de régime collectif; ou
- auprès de notre Service à la clientèle au numéro sans frais indiqué à la fin de la brochure.

Vous pouvez vous procurer les formulaires de demande de règlement pour les garanties vie ou invalidité auprès de votre administrateur de régime collectif.

Comment soumettre une demande de règlement

Croix Bleue offre plusieurs options pratiques pour soumettre rapidement et efficacement vos demandes de règlement pour les garanties soins de santé :

- **Demandes de règlement électroniques faites par les fournisseurs**
En adhérant au système de soumission électronique de Croix Bleue, les fournisseurs approuvés peuvent soumettre instantanément les demandes de règlement au moment de l'achat. Vous n'avez donc pas besoin de soumettre vous-même votre demande à Croix Bleue et vous n'avez donc qu'à déboursier le montant non couvert en vertu du régime.
- **Demandes de règlement électroniques faites par l'adhérent**
Vous pouvez soumettre rapidement et facilement vos demandes de règlement pour les soins de santé, les médicaments, les soins dentaires et pour votre compte gestion santé (s'il y a lieu) au moyen de notre site des adhérents sécurisé. Vous devez simplement numériser vos reçus et les soumettre grâce au lien approprié sur notre site des adhérents.
- **Application mobile**
Remplir une demande de règlement n'a jamais été si rapide et facile! Soumettez vos demandes de règlement à l'aide de l'application mobile Medavie et recevez votre remboursement directement dans votre compte bancaire.
Visitez www.cbmedavie.ca/application pour obtenir plus d'information ou pour télécharger l'application.
- **Paiement express®**
Paiement express® est un service unique offert par Croix Bleue. Au moyen de Paiement express, vous pouvez soumettre en personne vos demandes de règlement pour les soins dentaires, les médicaments et les soins de santé complémentaires. Vous serez immédiatement informé de la décision et recevrez votre remboursement sur place.
En fait, Paiement express vous offre l'occasion de discuter du traitement de votre demande de règlement, de la coordination des prestations, de la subrogation et de d'autres détails de votre régime collectif. Vous rencontrerez en personne un représentant qualifié du Service à la clientèle qui pourra répondre à vos questions.
Pour localiser le bureau de Croix Bleue ou de Paiement express le plus près de chez vous, veuillez visiter notre site Internet à www.cbmedavie.ca.
- Vous pouvez également poster votre formulaire de demande de règlement dûment rempli au bureau de Croix Bleue le plus près.

Vous pouvez soumettre vos demandes de règlement pour les **garanties vie et invalidité** à Croix Bleue :

- en les envoyant par la poste, par télécopieur ou par numérisation à l'adresse indiquée sur le formulaire de demande de règlement applicable;
- en déposant le formulaire à l'un de nos bureaux Paiement express; ou
- en les donnant à votre administrateur de régime collectif.



Conseil pratique

Plutôt que de recevoir un chèque par la poste, vous pouvez être remboursé directement dans votre compte bancaire en vous inscrivant au dépôt direct. C'est rapide et pratique. Visitez notre site Internet pour vous y inscrire.

Site des adhérents

Le site des adhérents est un site Internet sécurisé et simple à utiliser, accessible 24 heures par jour, sept jours par semaine. Il offre des renseignements supplémentaires concernant votre couverture, ainsi que d'autres options utiles, telles que :

- **Demandes au sujet de la couverture** : renseignements détaillés à propos de votre régime collectif;
- **Formulaires** : versions imprimables des formulaires de Croix Bleue;
- **Demande de nouvelles cartes d'identification;**
- **Ajouter/mettre à jour les informations bancaires** pour le dépôt direct des demandes de règlement;
- **Relevés de l'adhérent** : pour consulter votre historique de demandes de règlement et celui de vos personnes à charge;
- **Historique de paiements** : voir les montants de prestations reçus par vous-mêmes ou par votre fournisseur de service;
- **Soumettre des demandes de règlement** électroniquement.

Pour s'inscrire sur le site des adhérents, ouvrez une session sur le site Internet de Croix Bleue au www.cbmedavie.ca.



Conseil pratique

Pour des raisons de sécurité, le site des adhérents est réservé à votre usage personnel. Vos personnes à charge et les autres membres de votre famille n'y ont pas accès.

Coordonnées de Croix Bleue

Pour de plus amples informations sur votre couverture collective ou sur le site des adhérents, veuillez communiquer avec notre Service à la clientèle aux numéros sans frais suivants :

Provinces du Canada atlantique : 1-800-667-4511

Ontario : 1-800-355-9133

Québec : 1-888-588-1212

National : 1-888-873-9200

Pour toute question, vous pouvez également envoyer un courriel à contact@medavie.croixbleue.ca, ou visiter notre site Internet au www.cbmedavie.ca.

Se connecter à Croix Bleue

Aimez notre page Facebook à facebook.com/CroixBleueMedavie

Suivez-nous sur Twitter à [@CBMedavie](https://twitter.com/CBMedavie)

Ma Bonne Santé®

Ma Bonne Santé est un portail Web sécurisé et interactif qui offre de précieux renseignements sur la santé, ainsi que des outils pour prendre soin de votre santé. Vous pouvez créer votre propre profil de santé et l'utiliser pour vous fixer des objectifs personnels grâce aux ressources de Ma Bonne Santé.

Croix Bleue est fière de vous aider à cheminer vers une vie en santé. Visitez cbmedavie.mabonnesante.ca et suivez simplement les instructions pour vous y inscrire gratuitement!



Conseil pratique

Ayez en main votre numéro de contrat collectif et votre numéro d'identification lorsque vous appelez pour des questions concernant votre couverture.

ANNEXE I

GARANTIE FACULTATIVE DE DÉCÈS ET MUTILATION PAR ACCIDENT FACULTATIVE

SSQ, SOCIÉTÉ D'ASSURANCE INC.

ASSURANCE FACULTATIVE EN CAS DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

pour les employés de
EnGlobe Corp.

DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR : **1^{er} avril 2016**

POLICE N° **1R685**

Ce livret/certificat est un document important.
S'il vous plaît, gardez-le dans un endroit sûr.

Table des matières

INTRODUCTION	2
Qu'est-ce que l'assurance Décès et Mutilation Accidentels?	2
Qui a besoin de l'assurance Décès et Mutilation Accidentels?.....	2
Pourquoi devriez-vous considérer l'assurance Décès et Mutilation Accidentels?	2
Quels sont les avantages afférents à votre couverture?	2
Définitions – pour une meilleure compréhension du présent livret	2
CARACTÉRISTIQUES DU RÉGIME.....	6
Admissibilité.....	6
Montant de la couverture	6
Résiliation de la couverture individuelle.....	7
GARANTIES DU RÉGIME	9
Indemnité en cas de perte accidentelle.....	9
Indemnités Décès et Mutilation Accidentels couvertes	10
Transformation en un contrat d'assurance individuelle.....	19
Paiement des primes.....	19
Paiement des prestations et bénéficiaires	20
Montant global d'indemnisation	20
Exclusions	20
LORS D'UN SINISTRE.....	21
Déclaration de sinistre.....	21
Formulaires de demande de règlement	21
Preuve de sinistre.....	21
Examen physique et autopsie.....	21
Versement des prestations.....	21
Action contre l'assureur	21
FOIRE AUX QUESTIONS.....	22

Le présent livret donne un aperçu du régime d'assurance Décès et Mutilation Accidentels de SSQ, Société d'assurance inc. offert aux employés du *contractant*. Vous y trouverez des renseignements sur la couverture offerte dans le cadre de ce régime d'assurance. Ce livret devrait être conservé pour consultation future.

Les conditions du régime d'assurance sont énoncées dans le contrat d'assurance collective Décès et Mutilation Accidentels n° 1R685, la Proposition-cadre, les avenants et toute pièce annexe, le cas échéant, le tout formant un contrat indivisible. Tous les droits et obligations sont régis par les dispositions du contrat et non par le présent livret. Pour connaître le libellé exact des dispositions du contrat, veuillez communiquer avec votre service des Ressources humaines.



INTRODUCTION

Qu'est-ce que l'assurance Décès et Mutilation Accidentels?

L'assurance Décès et Mutilation Accidentels offre la protection nécessaire en cas d'un *accident* pour aider à alléger des revers financiers pour vous et votre famille. La couverture Décès et Mutilation Accidentels verse un montant d'argent advenant un *accident* causant un décès ou une blessure grave. Le montant d'argent versé dépend du type de blessure.

Qui a besoin de l'assurance Décès et Mutilation Accidentels?

Chacun devrait planifier sa sécurité financière puisque nul n'est à l'abri d'accidents. Selon Statistique Canada (2006), la blessure involontaire est la cinquième cause principale de décès. De nos jours, peu de gens mettent de l'argent de côté pour des besoins urgents, donc cette couverture vous procure une protection au moment où vous en avez le plus besoin. La couverture Décès et Mutilation Accidentels aide vous et votre famille à surmonter les difficultés financières à la suite d'un *accident* en plus de vous procurer une tranquillité d'esprit.

Pourquoi devriez-vous considérer l'assurance Décès et Mutilation Accidentels?

Parce que personne n'est immunisé contre les accidents, l'assurance Décès et Mutilation Accidentels est perçue comme étant une couverture précieuse à ajouter à tout régime d'assurance collective. Des accidents surviennent et leur impact sur vous et votre famille peut s'avérer dévastateur. Se rétablir d'un accident peut prendre du temps et peut vous coûter plus que vous ne l'auriez escompté. L'assurance Décès et Mutilation Accidentels vous procure les ressources nécessaires au moment où vous en avez le plus besoin et c'est la raison pour laquelle il est avantageux de l'ajouter à votre régime d'assurance collective.

Quels sont les avantages afférents à votre couverture?

Avec l'assurance Décès et Mutilation Accidentels, vous bénéficiez :

- de plans complets;
- d'une liste extensive d'indemnités;
- d'une couverture autonome ou complémentaire à l'assurance vie offert par l'employeur
- d'une protection complète 24 heures sur 24, 365 jours par année, partout dans le monde;
- d'un service de réclamations efficace.

Définitions – pour une meilleure compréhension du présent livret

Dans le présent livret :

« *assuré* » et « *personne assurée* » signifient vous ou votre *conjoint* assuré ou votre *enfant à charge* assuré qui répond aux critères de la définition de *conjoint* ou d'*enfant à charge* présentée dans cette section, alors que la couverture individuelle aux termes de la *police* est en vigueur.

« *assureur* », « *nous* » et « *on* » signifie SSQ, Société d'assurance inc.

« *accident* » signifie un événement ou un incident soudain et imprévu mettant en cause l'*assuré* et entraînant directement une *blessure* à ce dernier.

« *blessure* » signifie une lésion corporelle qui résulte d'un *accident* se produisant pendant que la *police* est en vigueur en ce qui a trait à l'*assuré*, sur lequel la demande de règlement est fondée et qui entraîne directement et indépendamment de toute autre cause, un sinistre couvert par la *police*, 24 heures sur 24, n'importe où dans le monde entier; sont exclues toutes les *maladies* ou *affections* quelle que soit leur cause, sauf si elles sont la conséquence d'un *accident*.

« *brûlure* » signifie dans la *police* un état qu'un *médecin* déclare être une brûlure au 3^e degré.

« *capital assuré* » signifie le montant stipulé à l'article 3 de la Proposition-cadre applicable à l'*assuré* et indiqué sur la plus récente demande d'adhésion signée par l'*employé* assuré dans les archives du *contractant*, s'il y a lieu.

« *coma* » signifie un état d'inconscience totale duquel la personne ne peut pas être sortie. Une personne dans le coma ne répond pas aux stimulus externes et a besoin de façon continue de systèmes de maintien artificiel des fonctions vitales.

« *ceinture de sécurité* » signifie toute ceinture constituant un dispositif de retenue dans un *véhicule automobile*.

Aux fins de cette définition, le terme *ceinture de sécurité* englobe un dispositif de retenue pour enfant utilisé dans un *véhicule automobile* ainsi que tout dispositif d'attache qui fait partie d'une civière et dont on se sert pour véhiculer des malades et des blessés en ambulance.

« *conjoint* » signifie la personne de moins de soixante-dix ans:

- (a) à laquelle vous êtes légalement marié ou avec qui vous vivez en union civile; ou
- (b) qui cohabite dans une situation assimilable à une relation conjugale avec vous de façon permanente depuis au moins un (1) an avant la date de l'événement assuré.

Toutefois, si la personne est la mère ou le père biologique ou adoptif d'au moins un de vos enfants et qu'elle cohabite avec vous, la personne est réputée être un *conjoint* à compter de la date de la naissance ou de l'adoption de cet enfant, si cette date tombe avant la fin de la période d'un (1) an de cohabitation.

Une (1) seule personne est admissible à titre de *conjoint*. Si, tout en étant légalement marié ou en union civile, vous cohabitez avec une personne décrite au point b) ci-dessus, vous pouvez choisir par écrit quelle personne est assurée à titre de *conjoint* en vertu de la *police*. La déclaration doit être remise au *contractant* avant la réalisation du risque assuré, sans quoi elle ne lie pas l'*assureur*. Si aucune déclaration n'est remise, le *conjoint* sera la personne à laquelle vous êtes légalement marié ou avec qui vous vivez en union civile.

« *contractant* » signifie EnGlobe Corp..

« *début de l'invalidité totale* » signifie la date où l'*invalidité totale* de l'*assuré* déclarée par un *médecin* a commencé, pourvu qu'à cette date, l'*assuré* respecte, à la satisfaction de l'*assureur*, tous les critères d'*invalidité totale*.

« *déficience fonctionnelle* » signifie une limitation irréversible et grave de la capacité physique ou mentale d'une personne ou de ses habilités, qui empêche la personne de vivre de façon autonome.

« *employé* » signifie tout salarié actif et permanent de moins de soixante-dix ans du *contractant*, qui travaille à plein temps et qui réside au Canada. L'*employé* est désigné dans le présent livret par les expressions « vous » et « votre ».

« *enfant à charge* » signifie un enfant biologique, un enfant adopté, un enfant du *conjoint* ou tout enfant avec lequel vous avez par ailleurs une relation parent-enfant. Il dépend de vous pour ses frais de subsistance et :

- (1) a moins de vingt et un (21) ans; ou
- (2) a moins de vingt-cinq (25) ans (vingt-six (26) ans au Québec) et fréquente à temps plein un *établissement d'enseignement post-secondaire*; ou
- (3) quel que soit son âge à la date de la demande de règlement, a été frappé d'une *déficience fonctionnelle* alors qu'il répondait à l'un des deux critères énoncés aux paragraphes 1) et 2) ci-haut. Une preuve de l'existence de cette *déficience fonctionnelle*, y compris la déclaration par un *médecin* de l'existence de cette *déficience* et du moment où elle s'est produite, doit être remise à l'*assureur* au plus tard dans les trente et un (31) jours après que l'enfant ait atteint l'âge auquel il ne serait plus par ailleurs admissible à titre d'*enfant à charge* aux termes de l'un des deux critères énoncés aux paragraphes 1) et 2) ci-haut. Par la suite, l'*assureur* peut exiger la présentation périodique d'autres preuves attestant à sa satisfaction que cette *déficience fonctionnelle* subsiste et que la définition d'*enfant à charge* s'applique par ailleurs à l'enfant, à défaut de quoi l'*assureur* peut établir que l'enfant n'est plus admissible à titre d'*enfant à charge* aux termes de la *police*.

L'*enfant à charge* sera couvert à partir de sa naissance, pourvu qu'il soit né vivant.

« *établissement d'enseignement post-secondaire* » signifie une université, un collège, un cégep ou une école de formation professionnelle et technique exclusivement.

« *garderie* » ou *service de garde* signifie un établissement qui, tout en étant exploité en vertu de la législation en vigueur, notamment sur les garderies, offre sur une base régulière des soins et de la supervision à un groupe d'enfants. Sont exclus de la présente définition tout hôpital, le domicile de l'enfant ou l'école si les seuls services fournis à l'école le sont pendant les heures normales de classe de l'*enfant à charge* (jusqu'à la fin du secondaire).

« *hémiplégie* » signifie la *paralysie* permanente et la *perte* d'usage fonctionnelle du membre supérieur et du membre inférieur d'un même côté du corps.

« *hôpital* » signifie un établissement agréé à titre d'hôpital dans le territoire où il est situé. Pour satisfaire à cette définition, il doit s'agir d'un hôpital de soins actifs ouvert jour et nuit qui traite les malades et les blessés, qui compte en tout temps au moins un *médecin* de service, qui offre, 24 heures sur 24, des soins infirmiers dispensés par du personnel infirmier autorisé et qui dispose des installations nécessaires au diagnostic et à la chirurgie. Une clinique, une maison de repos, un centre d'hébergement, un hôpital pour convalescents ou tout établissement de même nature n'est pas un *hôpital*. Aux fins de la présente définition, un *hôpital* inclut un établissement réservé en tout ou en partie aux soins de réadaptation.

« *hébergement* » signifie l'hébergement dans un hôtel, un motel, une auberge, une chambre d'hôte ou un autre établissement du genre ainsi que la nourriture raisonnablement requise pendant l'hébergement; toutefois, aucune indemnité ne sera versée pour l'hébergement dans une résidence privée ou pour de la nourriture qui n'est pas consommée dans le cadre d'un repas par la personne qui demande un remboursement de dépenses.

« *indemnité quotidienne* » signifie un trentième d'un pour cent (1/30 de 1 %) du *capital assuré* de l'*assuré*, jusqu'à concurrence de deux mille cinq cent dollars (2 500 \$) par mois.

« *invalidité totale* » ou « *totaletement invalide* », signifie ou renvoie directement à un état continu d'incapacité qui empêche l'*assuré* d'exercer toutes les fonctions usuelles et habituelles relatives à son emploi.

L'*assuré* sera réputé être *totaletement invalide* seulement s'il ne tire pas de revenus d'un emploi après le *début de son invalidité totale*, directement ou indirectement, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation approuvé par l'*assureur*.

Pour qu'une *invalidité totale* soit reconnue, l'état de l'*assuré* doit exiger que des *soins et suivi normaux* lui soient prodigués par un *médecin* ou un spécialiste pertinent. La preuve des *soins et suivi normaux* doit être jugée satisfaisante par l'*assureur*.

« *jour d'hospitalisation* » signifie toute *période d'hospitalisation* nécessaire correspondant à la facturation d'hôpital pour une journée complète.

« *lésion cérébrale* » signifie une lésion cérébrale physique irréversible entraînant une incapacité complète à exécuter les tâches et les activités essentielles et importantes de la vie quotidienne.

« *maladie* ou *affection* » signifie l'altération de l'état de santé, attribuée à des causes internes ou externes, se traduisant par des symptômes et/ou des signes objectivement vérifiables et se manifestant par une détérioration des fonctions physiologiques ou mentales.

« *médecin* » signifie une personne dûment autorisée à exercer la médecine et à prodiguer des traitements conformément au permis qui lui a été octroyé par un des organismes suivants :

- (a) un organisme agréé chargé de la délivrance des permis d'exercice dans la région d'administration des soins et dont le *médecin* est membre en règle; ou
- (b) un organisme gouvernemental ayant compétence sur la délivrance des permis d'exercer dans la région d'administration des soins.

Le *médecin* ne peut pas résider habituellement avec l'*assuré*. Il ne peut être ni un *assuré*, ni un *membre de la famille immédiate* de l'*assuré*, ni une relation d'affaires de l'*assuré*.

« *membre de la famille immédiate* » signifie toute personne d'au moins dix-huit (18) ans, qu'il s'agisse du fils, de la fille, du père, de la mère, du frère, de la sœur, du beau-fils, de la belle-fille, du beau-père, de la belle-mère, du beau-frère, de la belle-sœur, de l'oncle, de la tante, du neveu, de la nièce, du petit-fils, de la petite-fille, du grand-père, de la grand-mère (peu importe que le lien soit biologique ou qu'il découle d'une adoption ou d'un remariage) ou du conjoint de l'*assuré*.

« *même accident* » signifie un *accident* unique ou de multiples *accidents* se produisant en moins de vingt-quatre (24) heures.

« *paralysie* » signifie la perte de la motricité d'une ou de plusieurs parties du corps.

« *paraplégie* » signifie la paralysie permanente et la perte d'usage fonctionnelle des deux membres inférieurs.

« *période d'hospitalisation* » signifie un séjour unique et ininterrompu à l'*hôpital* ou plusieurs séjours successifs à l'*hôpital* résultant d'un seul *accident*, sous réserve toutefois que l'intervalle entre chaque séjour soit de moins de quatre-vingt-dix (90) jours consécutifs et que tous les séjours se produisent dans les sept cent trente (730) jours de la date de l'*accident*.

« *perte accidentelle* » signifie la *perte de la vie*, une *perte*, la *perte de l'usage*, la *quadriplégie*, la *paraplégie* ou l'*hémiplégié*, le tout au sens donné dans le présent chapitre de ce livret.

« *perte de la vie* » signifie le décès de l'*assuré*.

« *perte de l'usage* » signifie l'incapacité totale d'utiliser une partie du corps, cette incapacité devant se poursuivre pendant douze (12) mois consécutifs au terme desquels elle est déclarée permanente par un *médecin*.

« *perte* » signifie :

- (a) dans le cas d'une main ou d'un pied, le sectionnement total et irrémédiable à l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus, mais en dessous de l'articulation du coude ou du genou;
- (b) dans le cas d'un bras ou d'une jambe, le sectionnement total et irrémédiable à l'articulation du coude ou du genou ou au-dessus;
- (c) dans le cas d'un pouce, le sectionnement total et irrémédiable d'une phalange;
- (d) dans le cas d'un doigt, le sectionnement total et irrémédiable de deux phalanges;
- (e) dans le cas d'un orteil, le sectionnement total et irrémédiable d'une phalange du gros orteil et de toutes les phalanges des autres orteils;
- (f) dans le cas d'un œil, la perte totale et irrémédiable de la vue, cette perte étant déclarée irrémédiable par un médecin;
- (g) dans le cas de la parole, la perte totale et irrémédiable de la capacité d'émettre des sons intelligibles, cette perte étant déclarée irrémédiable par un médecin;
- (h) dans le cas de l'ouïe, la perte totale et irrémédiable de l'ouïe, cette perte étant déclarée irrémédiable par un médecin.

« *police* » signifie la *police* n° 1R685 ainsi que la Proposition-cadre qui y est jointe, tout avenant et tous documents joints.

« *protection individuelle* » signifie une protection qui ne couvre que l'employé assuré.

« *protection familiale* » signifie une protection qui couvre l'employé assuré, son conjoint assuré et/ou ses enfants à charge assurés.

« *quadruplégie* » signifie la *paralysie* permanente et la perte d'usage fonctionnelle des deux membres supérieurs et des deux membres inférieurs.

« *soins et suivi normaux* » signifie les observations et les soins nécessaires, selon les normes actuelles et reconnues de la médecine.

« *sous l'influence de l'alcool ou de drogues* » signifie que le taux d'alcool dans le sang du conducteur est tel, et/ou que ses facultés sont affaiblies en raison de la consommation d'alcool, de stupéfiants ou d'autres drogues de telle façon qu'il serait possible d'une poursuite en vertu des lois provinciales, fédérales ou étatiques même s'il n'a pas fait l'objet d'une telle poursuite.

« *tarif* » signifie le tarif régulier facturé pour :

- (1) un siège en classe économique sur un vol régulier d'un transporteur aérien régulier national ou international;
- (2) un siège en voiture coach dans un train de passagers;
- (3) un siège régulier dans un autobus-voyageurs;
- (4) la traversée en classe économique sur un bateau.

Chacun de ces transporteurs doit détenir un certificat en cours de validité émis par Transport Canada ou, s'il est assujéti à la réglementation d'un autre pays, par une autorité gouvernementale similaire ayant compétence dans ce pays.

« *transport* » signifie le déplacement d'un endroit à l'autre au moyen d'un *véhicule automobile* privé ou public, d'un autobus, d'un train, d'un bateau, d'un traversier, d'un avion ou d'un hélicoptère.

« *véhicule automobile* » signifie une voiture de tourisme, une fourgonnette, un véhicule tout-terrain, un véhicule utilitaire sport (VUS), un camion, une ambulance ou tout type de véhicule automobile utilisé par les corps de police municipaux, provinciaux ou fédéraux.

Dans ce livret, le masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

CARACTÉRISTIQUES DU RÉGIME

Admissibilité

Le régime d'assurance Décès et Mutilation Accidentels est offert aux *employés* du *contractant* et à leurs personnes à charge (*conjoint*s et *enfants à charge*).

En tant qu'*employé* actif et permanent du *contractant*, vous êtes admissible au régime d'assurance Décès et Mutilation Accidentels si vous travaillez à plein temps, résidez au Canada et n'avez toujours pas atteint l'âge de soixante-dix ans. Si vous avez quitté temporairement le travail actif pour quelque raison que ce soit autre que votre période de vacances légitime ou un congé de maternité/parental, vous ne serez admissible qu'à votre retour au travail.

Votre conjoint est admissible s'il est âgé de moins de soixante-dix ans et qu'il répond à la définition de *conjoint* telle que stipulée au chapitre « Définitions — pour une meilleure compréhension du présent livret ».

Tous vos enfants qui répondent à la définition d'*enfants à charge* telle que stipulée au chapitre « Définitions — pour une meilleure compréhension du présent livret » sont également admissibles.

Remarque : Si vous êtes légalement marié, mais que vous cohabitez avec une autre personne, veuillez vous reporter à la définition de *conjoint* pour de plus amples renseignements.

Montant de la couverture

Régime volontaire

Le régime d'assurance Décès et Mutilation Accidentels est offert sous forme de régime volontaire pour vous, vous et votre *conjoint* ou vous et vos personnes à charges (*conjoint* et *enfants à charge*) **sans devoir soumettre une preuve d'assurabilité**.

Les montants du *capital assuré* pour vous, votre *conjoint* et vos personnes à charge (votre *conjoint* et vos *enfants à charge*) peuvent varier selon votre classification d'employé. :

Employés et conjoints – Minimum de 10 000 \$, par tranche de 10 000 \$, jusqu'à concurrence de 500 000 \$.

Enfants à charge – Minimum de 10 000 \$, par tranche de 10 000 \$, jusqu'à concurrence de 50 000 \$.

Note: Une seule *protection familiale* peut être souscrite si vous et votre *conjoint* êtes des employés du *contractant*. Votre *conjoint* peut être couvert à titre d'employé en vertu d'une *protection individuelle* et à titre de personne à charge en vertu d'une *protection familiale*, mais le montant de *capital assuré* en vertu de la *protection individuelle* sera limité à la différence entre 500 000 \$ et le montant de *capital assuré* en vertu de la protection pour conjoint.

Combien coûte l'assurance?

Les primes mensuelles sont payables sous forme de retenues sur le salaire. Voici quelques exemples:

Montant de capital assuré	Employé	Conjoint	Enfant
10 000 \$	0,16 \$	0,16 \$	0,16 \$
50 000 \$	0,80 \$	0,80 \$	0,80 \$
100 000 \$	1,60 \$	1,60 \$	s/o
150 000 \$	2,40 \$	2,40 \$	s/o
200 000 \$	3,20 \$	3,20 \$	s/o

Un exemple

Si vous prenez 200 000\$ de couverture, 100 000 \$ pour votre conjoint et 50 000 \$ pour vos enfants à charge, votre retenue sur le salaire par mois sera de:

	Protection	Prime
Employé	200 000\$	3,20 \$
Conjoint (40%)	100 000 \$	1,60 \$
Chaque enfant	50 000 \$	0,80 \$

Total : 5,60 \$

Note: La taxe de vente provinciale sur le primes d'assurance doit être ajoutée.

Adhésion et entrée en vigueur de la couverture individuelle

Régime volontaire

Adhésion

Si vous souhaitez adhérer au régime volontaire d'assurance Décès et Mutilation Accidentels, vous devez remplir et soumettre une demande d'adhésion signée au *contractant*, ou effectuer une adhésion en ligne.

Entrée en vigueur de la couverture individuelle

À l'égard de l'*employé* qui remplit et soumet une fiche d'adhésion, ou pour qui une fiche d'adhésion a été remplie et soumise, ou qui effectue une adhésion en ligne :

à la date d'entrée en vigueur de la *police* ou avant celle-ci;

après la date d'entrée en vigueur de la *police*, le 1^{er} du mois qui coïncide avec ou qui suit la date à laquelle la fiche d'adhésion est reçue par le *contractant*;

À l'égard du *conjoint* et/ou de l'*enfant à charge* :

à la date d'entrée en vigueur de votre couverture;

à la date à laquelle votre *conjoint* et/ou votre *enfant à charge* devient admissible, si admissible après la date d'entrée en vigueur de votre couverture.

Résiliation de la couverture individuelle

Votre couverture prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- (1) à la date de la résiliation de la *police*;
- (2) à la date d'échéance de la prime si le *contractant* n'acquiesce pas la prime exigible, sauf en cas d'erreur commise par inadvertance;
- (3) à la date d'échéance de la prime coïncidant avec la date ou suivant la date à laquelle vous remettez votre avis d'annulation au *contractant* (pour la classe 1);
- (4) à la date d'échéance de la prime coïncidant avec ou suivant la date à laquelle vous atteignez l'âge de soixante-dix ans;
- (5) à la date d'échéance de la prime coïncidant avec ou suivant la date où vous cessez d'être au service actif du *contractant* en raison d'une absence autorisée, d'une mise à pied, d'un congé de maternité ou d'un congé parental, d'une invalidité, d'une démission, d'un congédiement ou de la retraite, sauf comme il est prévu aux chapitres suivants du présent livret :
 - Exonération de primes
 - Maintien de participation à l'assurance lors d'une absence autorisée

- Maintien de participation à l'assurance

La couverture de votre *conjoint* assuré et/ou *enfant à charge* assuré prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :
à la date à laquelle cette personne cesse de respecter les critères de la définition de « *conjoint* » ou d' « *enfant à charge* » telle qu'elle figure dans le chapitre de ce livret intitulé « Définitions — pour une meilleure compréhension du présent livret »;
à la date à laquelle votre couverture est résiliée, sauf comme il est prévu au chapitre de ce livret intitulé « Maintien de participation à l'assurance ».

Le régime d'assurance peut être annulé par le *contractant* s'il envoie à l'assureur un préavis par écrit l'informant de la date de résiliation. Le programme peut également être annulé par l'*assureur* s'il envoie par la poste au *contractant*, à l'adresse figurant dans la *police*, un préavis par écrit d'au moins trente (30) jours précédent l'anniversaire de la *police* et l'informant de la date de résiliation. L'envoi par la poste est une preuve suffisante de la délivrance du préavis susmentionné. La date stipulée dans le préavis est la date d'expiration de la période d'assurance. La délivrance en personne (par le *contractant* ou l'*assureur*) a le même effet que son envoi par la poste.

GARANTIES DU RÉGIME

Indemnité en cas de perte accidentelle

Lorsque, dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date d'un *accident*, un *assuré* subit une des *pertes accidentelles* énumérées ci-dessous par suite d'une *blessure* résultant de cet *accident*, l'*assureur* versera des prestations comme suit :

Perte

La vie	Le <i>capital assuré</i>
La vue complète des deux yeux.....	Le <i>capital assuré</i>
La parole et l'ouïe des deux oreilles.....	Le <i>capital assuré</i>
Une main et la vue complète d'un œil.....	Le <i>capital assuré</i>
Un pied et la vue complète d'un œil	Le <i>capital assuré</i>
La vue complète d'un œil	Les trois quarts du <i>capital assuré</i>
La parole	Les trois quarts du <i>capital assuré</i>
L'ouïe des deux oreilles.....	Les trois quarts du <i>capital assuré</i>
L'ouïe d'une oreille	Les deux cinquièmes du <i>capital assuré</i>
Tous les orteils d'un pied	Le tiers du <i>capital assuré</i>

Perte ou perte de l'usage

Les deux mains	Le <i>capital assuré</i>
Les deux pieds.....	Le <i>capital assuré</i>
Une main et un pied	Le <i>capital assuré</i>
Un bras.....	Les quatre cinquièmes du <i>capital assuré</i>
Une jambe	Les quatre cinquièmes du <i>capital assuré</i>
Une main.....	Les trois quarts du <i>capital assuré</i>
Un pied	Les trois quarts du <i>capital assuré</i>
Le pouce et l'index ou au moins quatre doigts d'une main	Les deux cinquièmes du <i>capital assuré</i>

Paralysie

Les quatre membres (<i>quadriplégie</i>).....	Le double du <i>capital assuré</i>
Les deux membres inférieurs (<i>paraplégie</i>)	Le double du <i>capital assuré</i>
Une moitié du corps (<i>hémiplégie</i>)	Le double du <i>capital assuré</i>

Toutefois, en ce qui concerne la *quadriplégie*, la *paraplégie* et l'*hémiplégie*, si l'*assuré* décède dans les quatre-vingt dix (90) jours suivant la date de l'*accident*, les prestations payables par l'*assureur* se limiteront au *capital assuré*.

Les prestations prévues aux termes du présent chapitre pour toutes les *pertes accidentelles* subies par un *assuré* par suite d'un (1) seul *accident* ne dépasseront pas ce qui suit :

- (a) Le *capital assuré*, sauf dans les cas de *quadriplégie*, de *paraplégie* ou d'*hémiplégie*; ou
- (b) Le double du *capital assuré* en cas de *quadriplégie*, de *paraplégie* et d'*hémiplégie*, pourvu que l'*assuré* survive plus de quatre-vingt-dix (90) jours après la date de l'*accident*.

Aux termes du présent chapitre, en aucun cas l'*assureur* ne paiera plus du double du *capital assuré* par suite du même *accident*, sans égard à la combinaison des pertes subies.

Indemnités Décès et Mutilation Accidentels couvertes

Indemnité de greffage par chirurgie

Si un membre, ou un appendice, ou une partie d'un membre ou d'un appendice de l'*assuré* est sectionné complètement par suite d'une *blessure*, et que ce membre, cet appendice ou cette partie de membre ou d'appendice sectionné est par la suite greffé par chirurgie dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date de l'*accident* ayant causé cette *blessure*, l'*assureur* versera alors à l'*assuré* les prestations suivantes :

- (1) que l'*assuré* regagne ou non l'usage de son membre, de son appendice ou de la partie du membre ou de l'appendice sectionné, l'*assureur* versera des prestations correspondant à 50 % des prestations qui auraient été payables en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret pour la *perte* de ce membre, de cet appendice ou de cette partie de membre ou d'appendice si le greffage par chirurgie n'avait pas été effectué;
- (2) si, après le greffage du membre, de l'appendice ou de la partie de membre ou d'appendice sectionné et dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date de l'*accident* ayant causé cette *blessure*, l'*assuré* subit une *perte de l'usage* irréversible, totale et permanente de ce membre, de cet appendice ou de cette partie de membre ou d'appendice greffé, l'*assureur* versera pour cette *perte de l'usage* les prestations prévues au chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret, déduction faite de tout autre montant payé ou payable conformément au paragraphe (1) ci-dessus du présent chapitre « Indemnité de greffage par chirurgie »;
- (3) si, après le greffage du membre, de l'appendice ou de la partie de membre ou d'appendice sectionné et dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date de l'*accident* ayant causé cette *blessure*, le greffage ne réussit pas et que le membre, l'appendice ou la partie de membre ou d'appendice doit être amputé, l'*assureur* versera pour la *perte* de ce membre, de cet appendice ou de cette partie de membre ou d'appendice les prestations prévues au chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret, déduction faite de tout autre montant payé ou payable conformément aux paragraphes (1) et (2) du présent chapitre « Indemnité de greffage par chirurgie ».

Les prestations payables en vertu du présent chapitre et au chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret à un même *assuré* à la suite d'un (1) seul *accident* ne dépasseront pas le *capital assuré*.

Indemnité de rapatriement

Si, par suite de la *perte de la vie* de l'*assuré* découlant d'une *blessure* subie à plus de cinquante kilomètres (50 km) de sa résidence habituelle, des prestations sont payables en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret, l'*assureur* remboursera les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés pour le transport, y compris la préparation en vue du transport, du corps de l'*assuré* jusqu'à l'endroit de repos choisi (notamment un salon funéraire ou un lieu d'inhumation) à proximité de la résidence habituelle de l'*assuré* décédé, jusqu'à concurrence d'une somme globale de quinze mille dollars (15 000\$) à l'égard de la totalité des frais payés en vertu du présent chapitre par suite d'un (1) seul *accident*.

Les prestations prévues par le présent chapitre seront payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Le montant payable en vertu du présent chapitre est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'*assureur* au nom du *contractant*.

Indemnité d'études

Si vous ou votre *conjoint* assuré décédez des suites d'une *blessure* et que des prestations sont payables en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret, l'*assureur* paiera les frais de scolarité raisonnables et nécessaires de chacun des *enfants à charge* qui, à la date du décès de l'*assuré* ou dans les trois cent soixante-cinq (365) jours qui suivent, sont inscrits ou s'inscrivent à plein temps dans un *établissement d'enseignement post-secondaire*, jusqu'à concurrence du moins élevé des montants suivants :

- (a) cinq pour cent (5 %) du *capital assuré* de l'*assuré* décédé; ou
- (b) cinq mille dollars (5 000 \$),

par *enfant à charge* pour chaque année (pendant un maximum de cinq (5) années consécutives) où l'*enfant à charge* y est effectivement inscrit à plein temps.

La somme maximale payable en vertu de ce chapitre ne peut dépasser un plafond annuel de cinq mille dollars (5 000 \$) par *enfant à charge*.

Le versement des prestations s'effectue chaque année dès réception par l'*assureur* d'une preuve qu'il juge satisfaisante de l'inscription à plein temps de l'*enfant à charge* dans un *établissement d'enseignement post-secondaire*. Aucun montant ne sera versé à l'égard de frais engagés avant la *perte de la vie* de l'*assuré* ni pour les frais de pension, les livres et les autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Les prestations prévues par le présent chapitre seront payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Le montant payable en vertu du présent chapitre est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'*assureur* au nom du *contractant*.

Indemnité de garde d'enfants

Si vous ou votre *conjoint* assuré décédez des suites d'une *blessure* et que des prestations sont payables en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret, l'*assureur* s'engage à rembourser les frais de garde raisonnables et nécessaires effectivement engagés relativement aux services de garderie pour les *enfants à charge* ayant moins de treize (13) ans à la date du décès de l'*assuré* et qui, à la date du décès de l'*assuré* ou dans les trois cent soixante-cinq (365) jours qui suivent, sont inscrits ou s'inscrivent dans une *garderie*, jusqu'à concurrence du moins élevé des montants suivants :

- (a) cinq pour cent (5 %) du *capital assuré* de l'*assuré* décédé; ou
- (b) cinq mille dollars (5 000 \$),

par *enfant à charge* pour chaque année (pendant un maximum de cinq (5) années consécutives) où l'*enfant à charge* y est effectivement inscrit.

La somme maximale payable en vertu de ce chapitre ne peut dépasser un plafond annuel de cinq mille dollars (5 000 \$) par *enfant à charge*.

Le versement des prestations s'effectue chaque année dès réception par l'*assureur* d'une preuve qu'il juge satisfaisante de l'inscription dans une *garderie*, mais aucun montant ne sera versé à l'égard de frais engagés avant la *perte de la vie* de l'*assuré* ni pour les frais de pension et les autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Les prestations prévues par ce chapitre seront payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Le montant payable en vertu du présent chapitre est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'*assureur* au nom du *contractant*.

Si aucun *enfant en charge* ne remplit ces conditions ou celles du chapitre « Indemnité d'études » du présent livret, l'*assureur* versera à votre bénéficiaire une somme correspondant au moins élevé des montants suivants :

- (a) cinq pour cent (5 %) du *capital assuré* de l'*assuré* décédé; ou
- (b) deux mille cinq cents dollars (2 500 \$),

en vertu d'une (1) seule police de l'*assureur*.

Indemnité de réadaptation professionnelle

Si vous souffrez d'une *perte accidentelle* découlant d'une *blessure* et que des prestations sont payables en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret et que vous devez en raison de cette *blessure* vous inscrire à un programme de réadaptation professionnelle qui vous permet d'acquérir les compétences propres à l'occupation d'un emploi que vous n'auriez pas occupé sans cette *blessure*, l'*assureur* s'engage à rembourser les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés par vous pour ce programme au cours des trois (3) années suivant la perte. L'indemnité ne couvre ni les frais de pension ni les autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Le montant global versé par *l'assureur* pour l'ensemble des frais engagés par vous en vertu du présent chapitre se limite à quinze mille dollars (15 000 \$) par suite d'un (1) seul *accident*.

Le montant payable en vertu du présent chapitre est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par *l'assureur* au nom du *contractant*.

Indemnité de modification du lieu de travail et d'adaptation

Si vous souffrez d'une *perte accidentelle* découlant d'une *blessure* et que des prestations sont payables en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret et que vous devez, pour pouvoir raisonnablement reprendre le travail actif auprès du *contractant*, voir votre lieu de travail faire l'objet de modifications et/ou être muni d'un équipement adapté, *l'assureur* remboursera les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés par le *contractant*, sous réserve de ce qui suit :

- (1) le *contractant* convient par écrit de mettre à votre disposition l'équipement adapté et/ou de modifier le lieu de travail pour le rendre accessible et répondre ainsi à vos nouveaux besoins; et
- (2) le *contractant* reconnaît par écrit que l'exercice des tâches essentielles de votre emploi sera compromis si les modifications ou l'adaptation ne sont pas effectuées; et
- (3) l'acquisition du matériel adapté et/ou la modification du lieu de travail doivent recevoir l'approbation préalable écrite de *l'assureur*.

L'assureur a le droit de vous faire examiner par un professionnel de son choix et d'évaluer ainsi la pertinence des modifications ou de l'équipement proposés.

Les prestations prévues par le présent chapitre sont versées au *contractant* dès votre retour au travail actif auprès du *contractant* et dès que *l'assureur* reçoit par écrit l'attestation des frais engagés. Si aucuns frais ne sont engagés pour offrir l'équipement adapté ou modifier le lieu de travail, aucune indemnité n'est versée.

Le montant global versé par *l'assureur* pour l'ensemble des frais engagés par le *contractant* en vertu du présent chapitre se limite à cinq mille dollars (5 000 \$) pour un (1) seul *accident*.

Le montant payable en vertu du présent chapitre est coordonné à toute autre indemnité de même nature versée ou payable en vertu de toute autre police établie par *l'assureur* au nom du *contractant*.

Indemnité de formation professionnelle

Si vous décédez des suites d'une *blessure* et que des prestations sont payables en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret, *l'assureur* remboursera les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés par votre *conjoint*, dans les trois (3) années qui suivent cette perte, pour participer à un programme officiel de formation professionnelle qui lui permet d'acquérir les compétences propres à l'occupation d'un emploi qu'il n'aurait pas été apte à exercer autrement. L'indemnité ne couvre ni les frais de pension ni les autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Le montant global versé par *l'assureur* pour l'ensemble des frais engagés par votre *conjoint* en vertu du présent chapitre se limite à quinze mille dollars (15 000 \$).

Les prestations prévues par le présent chapitre seront payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Le montant payable en vertu du présent chapitre est coordonné à toute autre indemnité de même nature versée ou payable en vertu de toute autre police établie par *l'assureur* au nom du *contractant*.

Majoration de l'indemnité des enfants

Si, par suite d'une *perte accidentelle* subie par un *enfant à charge* assuré découlant d'une *blessure*, des prestations sont payables en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret, *l'assureur* paiera le double des prestations prévues, sauf en cas de *perte de la vie*.

Le présent chapitre ne s'applique pas si l'*enfant à charge* assuré décède par suite de la *blessure* ou de toute autre cause dans les quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent l'*accident*.

Indemnité d'invalidité totale permanente

Si, par suite d'une *blessure*, vous devenez *totale*ment invalide dans les trois cent soixante-cinq (365) jours qui suivent la date de l'*accident* ayant entraîné la *blessure* et que cette *invalidité totale* se poursuit pendant douze (12) mois consécutifs après le *début de l'invalidité totale*, au terme desquels elle est permanente, l'*assureur* paiera le *capital assuré*, déduction faite de tout montant payé ou payable en raison de l'*accident* en question en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret.

Indemnité de déplacement pour raisons familiales

Si, par suite d'une *perte accidentelle* découlant d'une *blessure*, des prestations sont payables à l'*assuré* en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret et que l'*assuré* reçoit les soins normaux d'un *médecin*, l'*assureur* remboursera les frais raisonnables et nécessaires de *transport* aller-retour effectivement engagés par un (1) seul *membre de la famille immédiate* ou représentant de la famille pour se rendre de sa résidence habituelle au chevet de l'*assuré* par le trajet le plus court et l'*hébergement* à proximité, si l'*assuré* ne voyageait pas accompagné d'un *membre de sa famille immédiate*. L'indemnité ne couvre pas les frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Aucune prestation ne sera versée en vertu du présent chapitre si l'*assuré* séjourne dans un *hôpital* situé à cinquante kilomètres (50 km) ou moins de sa résidence habituelle.

Le remboursement des frais de *transport* se limite à un seul voyage aller-retour au chevet de l'*assuré* pendant son séjour à l'*hôpital*. Plusieurs moyens de *transport* peuvent être utilisés au besoin, mais le remboursement se limite aux *tarifs* raisonnables exigés pour un seul aller-retour. Si on se déplace dans un *véhicule* automobile autre qu'un *véhicule* exploité sous permis pour véhiculer des passagers, le remboursement des frais de *transport* se limite alors à trente-cinq cents (0,35 \$) le kilomètre.

La somme maximale payable en vertu du présent chapitre ne peut dépasser un plafond de quinze mille dollars (15 000\$) par suite d'un (1) seul *accident*.

Les prestations prévues par le présent chapitre seront payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Le montant payable en vertu du présent chapitre est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'*assureur* au nom du *contractant*.

Indemnité d'identification de la dépouille

Si, par suite de la *perte de la vie* de l'*assuré* découlant d'une *blessure*, des prestations sont payables en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret et que les forces policières ou un autre organisme gouvernemental de même nature exigent l'identification de la dépouille, l'*assureur* remboursera les frais raisonnables et nécessaires de *transport* aller-retour effectivement engagés par un (1) seul *membre de la famille immédiate* ou représentant de la famille pour se rendre de sa résidence habituelle à l'endroit où se trouve la dépouille par le trajet le plus court et l'*hébergement* à proximité, si, au moment du décès, l'*assuré* ne voyageait pas accompagné d'un *membre de sa famille immédiate*. Aucun montant ne sera versé à l'égard des autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Aucune prestation ne sera versée en vertu du présent chapitre si la dépouille de l'*assuré* se trouve à cinquante kilomètres (50 km) ou moins de sa résidence habituelle.

Le remboursement des frais de *transport* se limite à un seul voyage aller-retour pour identifier la dépouille de l'*assuré*. Plusieurs moyens de *transport* peuvent être utilisés au besoin, mais le remboursement se limite aux *tarifs* raisonnables exigés pour un seul aller-retour. Si on se déplace dans un *véhicule* automobile autre qu'un *véhicule* exploité sous permis pour véhiculer des passagers, le remboursement des frais de *transport* se limite alors à trente-cinq cents (0,35 \$) le kilomètre.

La somme maximale payable en vertu du présent chapitre ne peut dépasser un plafond de quinze mille dollars (15 000\$) par suite d'un (1) seul *accident*.

Les prestations prévues par le présent chapitre seront payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Le montant payable en vertu du présent chapitre est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'assureur au nom du contractant.

Indemnité de décès simultanés

Si vous et votre *conjoint* assuré décédez des suites d'une *blessure* et que des prestations sont payables en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret en raison d'un *même accident*, l'indemnité en cas de *perte de la vie* de votre *conjoint* assuré est majorée jusqu'à concurrence de votre *capital assuré*. Toutefois, la somme totale payable en vertu de la *police* ne peut dépasser globalement un million de dollars (1 000 000 \$).

Indemnité de port de la ceinture de sécurité

Si, par suite d'une *perte accidentelle* subie par l'*assuré* et découlant d'une *blessure* alors qu'il se trouve à bord d'un *véhicule automobile*, à titre de conducteur ou de passager et que sa *ceinture de sécurité* est bien attachée au moment de l'*accident*, des prestations sont payables en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret, l'*assureur* versera une somme supplémentaire correspondant à dix pour cent (10 %) du montant payable en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret, sous réserve toutefois d'un maximum de cinquante mille dollars (50 000 \$).

Au moment de l'*accident*, le conducteur du *véhicule automobile* doit avoir un permis en règle lui permettant de conduire le type de véhicule en cause, et ne pas être *sous l'influence de l'alcool ou de drogues*.

Une preuve du port de la *ceinture de sécurité* que l'*assureur* juge satisfaisante doit être présentée avec la preuve écrite de la perte.

Indemnité d'aménagement de la résidence et/ou d'un véhicule

Si, par suite d'une des *pertes accidentelles* suivantes subies par l'*assuré* et découlant d'une *blessure* :

- (1) *perte* des deux pieds ou des deux jambes; ou
- (2) *perte* de l'usage des deux pieds ou des deux jambes; ou
- (3) *quadriplégie, paraplégie* ou *hémiplégie*,

des prestations sont payables en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret et que l'*assuré* ne peut se déplacer qu'en fauteuil roulant en raison de cette perte, l'*assureur* s'engage à rembourser les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés par l'*assuré* dans les trois (3) années qui suivent la *perte* pour les travaux d'aménagement de la résidence et/ou d'un véhicule comme il est prévu dans le présent chapitre.

Pour donner droit aux prestations en vertu du présent chapitre, l'aménagement doit permettre à l'*assuré* d'avoir accès à sa résidence ou à son véhicule en fauteuil roulant et doit être approuvé, si la loi l'exige, par les autorités chargées de la délivrance des permis.

La somme maximale payable en vertu du présent chapitre par l'*assureur* se limite à quinze mille dollars (15 000 \$) pour un (1) seul *accident*.

Le montant payable en vertu du présent chapitre est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'*assureur* au nom du contractant.

Indemnité hospitalière

Si, par suite d'une *perte accidentelle* subie par l'*assuré* et découlant d'une *blessure*, des prestations sont payables en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret et que l'*assuré* doit séjourner à l'*hôpital* à cause de la *blessure* et recevoir les *soins et suivi normaux* d'un *médecin* pendant au moins quatre (4) jours consécutifs, l'*assureur* versera une *indemnité quotidienne*, à la condition toutefois que la *période d'hospitalisation* soit nécessaire au traitement de la *blessure*. Cette *indemnité quotidienne* est versée à compter du premier (1^{er}) *jour d'hospitalisation*, jusqu'à un maximum de trois cent soixante-cinq (365) jours par *accident*.

Par dérogation à toute stipulation contraire de la *police*, une *période d'hospitalisation* nécessaire au traitement d'une *blessure* ayant entraîné une *perte accidentelle* est couverte aux termes du présent chapitre pourvu qu'elle commence :

- (1) au cours des trois cent soixante-cinq (365) jours suivant l'*accident* à l'origine de la *blessure*; et
- (2) pendant que la couverture individuelle de l'*assuré* aux termes de la *police* est en vigueur.

Cette *indemnité quotidienne* sera calculée à compter du premier (1^{er}) *jour d'hospitalisation*, à la condition que l'*assuré* soit hospitalisé pendant au moins quatre (4) jours consécutifs.

Dans le cas de toutes les *blessures* de l'*assuré* résultant d'un (1) seul *accident*, une seule *période d'hospitalisation* est payable.

Indemnité de préjudice esthétique

Par suite d'une *brûlure* subie par l'*assuré* découlant d'une *blessure*, l'*assureur* paiera des prestations calculées en multipliant le *capital assuré* par le Facteur de classification de la zone indiqué dans le Tableau de calcul de l'indemnité pour préjudice esthétique en cas de *brûlure* et par le pourcentage de la surface corporelle brûlée, sous réserve du Pourcentage maximal permis pour la surface corporelle brûlée indiqué dans le tableau.

Le Pourcentage maximal permis pour la surface corporelle brûlée indiqué dans le Tableau de calcul de l'indemnité pour préjudice esthétique en cas de *brûlure* est basé sur la totalité de la zone du corps brûlée. Le *médecin* traitant déterminera le pourcentage applicable à chaque brûlure.

Si l'*assuré* présente une ou des *brûlures* à plus d'un (1) endroit sur le corps par suite d'un (1) seul *accident*, les prestations payables pour l'ensemble de la *brûlure* ou des *brûlures* ne dépasseront pas la totalité (100 %) du *capital assuré* de cette personne.

Tableau de calcul de l'indemnité pour préjudice esthétique en cas de brûlure

Partie du corps	Facteur de classification de la zone	Pourcentage maximal permis pour la surface corporelle brûlée
Visage, cou, tête	11	9,0 %
Main et avant-bras (droit)	5	4,5 %
Main et avant-bras (gauche)	5	4,5 %
Bras (droit)	3	4,5 %
Bras (gauche)	3	4,5 %
Tronc (face antérieure)	2	18,0 %
Tronc (face postérieure)	2	18,0 %
Cuisse (droite)	1	9,0 %
Cuisse (gauche)	1	9,0 %
Jambe – sous le genou (droite)	3	9,0 %
Jambe – sous le genou (gauche)	3	9,0 %

Si des prestations sont payables en vertu du présent chapitre et d'un des chapitres suivants : « Prestations en cas de perte accidentelle », « Indemnité d'invalidité totale permanente », « Indemnité de coma » ou « Indemnité de lésion cérébrale », le montant global payable en vertu de tous ces chapitres ne peut dépasser la totalité (100 %) du *capital assuré* de l'*assuré* ou, si ces prestations comprennent une indemnité en cas de *paralysie*, le double (200 %) du *capital assuré*.

Indemnité d'indexation

Si, par suite d'une *perte accidentelle* subie par l'*assuré* et découlant d'une *blessure*, des prestations sont payables en vertu d'un des chapitres « Prestations en cas de perte accidentelle », « Indemnité d'invalidité totale permanente », « Indemnité de coma » ou « Indemnité pour lésion cérébrale » du présent livret, l'assureur paiera un pour cent (1 %) des prestations payables pour chaque année au cours de laquelle votre couverture individuelle a été en vigueur aux termes de la *police* de façon ininterrompue, sous réserve d'un maximum de cinq pour cent (5 %) de ces prestations, selon le *capital assuré* approuvé par l'*assureur* pour cet *assuré* au moment de l'*accident* ou, si une telle approbation n'était pas nécessaire, le *capital assuré* de l'*assuré* désigné sur la plus récente demande d'adhésion signée par l'*assuré* dans les archives du *contractant* au moment de l'*accident*.

Le nombre d'années où votre couverture individuelle a été en vigueur est calculé comme suit :

- (1) si vous devenez assuré à la date d'entrée en vigueur de la présente indemnité ou avant, on comptera un an à la première date anniversaire de la présente indemnité et on ajoutera une année à chaque date anniversaire ultérieure; ou
- (2) si vous devenez assuré après la date d'entrée en vigueur de la présente indemnité, on comptera un an à la première date anniversaire de votre assurance en vertu de la *police* et on ajoutera une année à chaque date anniversaire ultérieure.

L'*assuré* qui met fin à sa couverture et refait une demande par la suite sera considéré comme s'étant assuré pour la première fois (1^{re}) fois au cours de l'année où il redemande à être couvert.

Indemnité de coma

Si un *médecin* déclare que l'*assuré* est dans le *coma* par suite d'une *blessure*, l'*assureur* versera des prestations correspondant au *capital assuré*, déduction faite de tout autre montant payé ou payable en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret par suite de l'*accident* en question, à la condition toutefois que :

- (1) l'*assuré* tombe dans le *coma* dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date de l'*accident*; et que
- (2) l'*assuré* soit dans le *coma* pendant au moins six (6) mois consécutifs.

Assurance aviation

L'assurance offerte par la *police* couvre toute perte découlant d'une *blessure* subie par l'*assuré* dans les circonstances décrites ci-après et en raison de celles-ci :

- (a) tout voyage à titre de passager, et non en qualité de membre de l'équipage, notamment le pilote, à bord d'un aéronef dont le certificat de navigabilité est en règle et qui est piloté par une personne possédant un brevet de pilote en règle correspondant au type d'aéronef;
- (b) tout voyage à titre de passager, et non en qualité de membre de l'équipage, notamment le pilote, à bord d'un aéronef exploité par les Forces armées canadiennes ou par les forces armées d'une autorité gouvernementale dûment constituée de tout autre pays reconnu;
- (c) l'embarquement dans un aéronef, la descente d'un aéronef ou le heurt par un aéronef.

Toutefois, la couverture ne couvre pas les *blessures* subies à l'occasion d'un voyage à bord d'un aéronef appartenant au *contractant* ou encore exploité, loué ou nolisé par lui ou en son nom.

Couverture pour exposition aux éléments et disparition

Si l'*assuré* est inévitablement exposé aux éléments et que, en conséquence directe, il subit une *perte accidentelle* qui aurait donné droit à des prestations en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret si la perte avait été causée par un *accident*, l'*assureur* paiera le montant prévu au chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret pour cette perte.

Si l'*assuré* n'est pas retrouvé dans l'année qui suit la date de la disparition, le naufrage ou la destruction du véhicule à bord duquel il se trouvait à ce moment-là et dans des circonstances qui seraient normalement couvertes en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle », on présumera la *perte de la vie* de l'*assuré* par suite d'une *blessure* au moment de la disparition, du naufrage ou de la destruction.

Indemnité de lésion cérébrale

Si, par suite d'une *blessure*, l'*assuré* subit une *lésion cérébrale*, l'*assureur* versera le *capital assuré*, déduction faite de tout autre montant payé ou payable en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret en raison de l'*accident* en question, à la condition que :

- (1) la *lésion cérébrale* survienne dans les cent vingt (120) jours suivant l'*accident*; et
- (2) la *lésion cérébrale* nécessite l'hospitalisation de l'*assuré* pendant au moins sept (7) des cent vingt (120) jours suivant la *blessure*; et
- (3) un *médecin* détermine, à la satisfaction de l'*assureur*, que l'*assuré* a démontré des signes de *lésion cérébrale* pendant au moins six (6) mois consécutifs.

Maintien de l'assurance

Votre couverture individuelle en vertu de la *police* sera maintenue en vigueur pour une période allant jusqu'à douze (12) mois lorsque le *contractant* met fin à votre emploi, si ce maintien en vigueur de l'assurance est exigé par une loi provinciale ou fédérale applicable en matière d'emploi ou par une convention d'indemnité de départ reçue par vous de la part du *contractant* et que le paiement des primes se poursuit. Dans ces conditions, la couverture individuelle à l'égard de votre *conjoint* assuré et/ou vos *enfants à charge* assurés se poursuivra également, à la condition que le paiement des primes se poursuive.

Ce maintien de l'assurance prendra fin à 0 h 01, heure normale, le premier (1^{er}) jour du mois suivant la fin de la période de douze (12) mois ou la date à laquelle vous retournez au travail à tout titre, selon la première de ces éventualités.

Le maintien de l'assurance pour des périodes de plus de douze (12) mois peut être octroyée, sous réserve d'une demande écrite soumise par le *contractant* à l'*assureur*.

La couverture fournie en raison du maintien de l'assurance aux termes du présent chapitre sera sous réserve des conditions de la *police* qui s'appliquent à la date de la cessation d'emploi, y compris toute disposition prévoyant la réduction du montant d'assurance.

Nonobstant toute stipulation contraire de la *police*, la prestation payable en raison d'un événement couvert survenu pendant le maintien en vigueur de la couverture en vertu du présent chapitre ne peut en aucun cas dépasser le montant qui vous aurait été payable à la date de la cessation d'emploi.

Maintien de la couverture familiale

Advenant votre décès pour toute raison, la couverture individuelle en vertu de la *police* sera maintenue en vigueur pour votre *conjoint* assuré et/ou les *enfants à charge* assurés pendant une période de six (6) mois, sans paiement de prime.

Les prestations payables en raison du maintien de l'assurance aux termes du présent chapitre seront versées à votre *conjoint* assuré, sauf dans le cas de la *perte de la vie* de votre *conjoint* assuré, auquel cas la prestation pour cette perte sera remise aux ayants droit de votre *conjoint* assuré.

Si vous n'avez pas de *conjoint* assuré, les prestations payables à l'égard de vos *enfants à charge* assurés seront payables comme suit :

- (a) Si votre *enfant* est mineur et que la perte n'est pas la *perte de la vie* de votre *enfant*, toutes les prestations payables seront remises en fiducie au tuteur légal de votre *enfant*.
- (b) Si votre *enfant* n'est pas mineur et que la perte n'est pas la *perte de la vie* de cet *enfant*, toutes les prestations payables seront remises à votre *enfant*.
- (c) Sans égard à l'âge de votre *enfant*, la prestation payable en cas de la *perte de la vie* de votre *enfant* sera remise aux ayants droit de votre *enfant*.

Ce maintien de l'assurance prendra fin à 0 h 01, heure normale, le premier (1^{er}) jour du mois suivant la fin d'une période de six (6) mois ayant commencé à la date de votre décès.

Le maintien de l'assurance en vertu du présent chapitre est sous réserve des conditions contractuelles qui s'appliquent à la date de votre décès, y compris toute disposition prévoyant la réduction du montant d'assurance.

Nonobstant toute stipulation contraire de la *police*, la prestation payable en raison d'un événement couvert survenu pendant le maintien de la couverture individuelle en vertu du présent chapitre ne peut en aucun cas dépasser le montant qui aurait été payable, s'il y a lieu, à l'*assuré* avant votre décès.

Maintien de l'assurance lors d'une absence autorisée

La couverture individuelle en vertu de la *police* sera maintenue en vigueur pour vous et votre *conjoint* assuré et/ou vos *enfants à charge* assurés pendant :

- votre absence autorisée;
- votre mise à pied temporaire;
- votre congé de maternité/parental; ou
- votre congé pour invalidité,

pourvu que le paiement de la prime se poursuive.

Le maintien en vigueur de la couverture prendra fin à 0 h 01, heure normale :

- (1) à l'égard de toute absence autorisée par le *contractant*, le premier (1^{er}) jour du mois suivant la fin d'une période de douze (12) mois ayant commencé à la date à laquelle cette absence autorisée a débuté ou à la date à laquelle vous retournez au travail à tout titre pour le *contractant* ou un autre employeur, y compris un travail autonome, selon la première de ces éventualités. Le maintien en vigueur de la couverture pour des périodes de plus de douze (12) mois peut être octroyé, sous réserve d'une demande écrite soumise par le *contractant* à l'*assureur*;
- (2) à l'égard de toute mise à pied temporaire autorisée par le *contractant*, le premier (1^{er}) jour du mois suivant la fin d'une période de six (6) mois ayant commencé à la date à laquelle cette mise à pied temporaire a débuté ou à la date à laquelle vous retournez au travail à tout titre pour le *contractant* ou un autre employeur, y compris un travail autonome, selon la première de ces éventualités. Le maintien en vigueur de la couverture pour des périodes de plus de six (6) mois peut être octroyé, sous réserve d'une demande écrite soumise par le *contractant* à l'*assureur*;
- (3) à l'égard d'une grève, le trente et unième (31^e) jour suivant le début de la grève;
- (4) à l'égard d'un congé de maternité ou d'un congé parental autorisé par le *contractant*, à la date à laquelle vous retournez au travail à tout titre pour le *contractant* ou un autre employeur, y compris un travail autonome; et
- (5) à l'égard d'une absence pour invalidité autorisée par le *contractant*, à la date à laquelle vous atteignez l'âge de soixante-dix ans, êtes admissible à une exonération de primes ou retournez au travail à tout titre, selon la première de ces éventualités.

La couverture fournie en raison du maintien en vigueur aux termes du présent chapitre sera sous réserve des conditions de la *police* qui s'appliquent au début de l'absence, y compris toute disposition prévoyant la réduction du montant d'assurance.

Nonobstant toute stipulation contraire de la *police*, la prestation payable en raison d'un événement couvert survenu pendant le maintien en vigueur de la couverture individuelle aux termes du présent chapitre ne peut en aucun cas dépasser le montant qui aurait été payable à l'*assuré* au début de votre absence.

Exonération de primes

Lorsqu'en vertu de la disposition d'exonération de primes du régime de base d'assurance-vie collective du *contractant*, votre assurance-vie est étendue par suite d'une invalidité totale découlant d'une *maladie* ou *affection*, ou d'une *maladie* ou *affection* liée à la grossesse, ou d'une *blessure* ou d'un *accident*, la couverture prévue par la *police* est également étendue et l'exonération de primes entre en jeu. Les primes à l'égard de votre *conjoint* assuré et de vos *enfants à charge* assurés, s'il y a lieu, font également l'objet d'une exonération si vos primes font l'objet d'une exonération.

L'exonération des primes cesse à la plus rapprochée des dates suivantes :

- (a) la date de la résiliation de la *police*; ou
- (b) la date à laquelle vous atteignez l'âge de soixante-dix ans; ou
- (c) la date de la cessation de votre invalidité totale; ou
- (d) la date à laquelle vous omettez de fournir une preuve jugée satisfaisante par l'*assureur* de la persistance de l'*invalidité totale* dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la demande de cette preuve ou refusez de vous soumettre à un examen médical demandé par l'*assureur*.

La couverture étendue en vertu du présent chapitre est sous réserve des conditions de la *police* qui s'appliquent avant le début de l'invalidité totale, y compris toute disposition prévoyant la réduction du montant d'assurance ou d'une indemnité.

Nonobstant toute stipulation contraire de la *police*, la prestation payable en raison d'un événement couvert survenu pendant le maintien en vigueur de la couverture en vertu du présent chapitre ne peut en aucun cas dépasser le montant qui aurait été payable, s'il y a lieu, à l'*assuré* avant le début de votre invalidité totale.

L'*assureur* a le droit de demander, raisonnablement, une attestation de l'invalidité totale ou de sa persistance. Ne pas lui remettre d'attestation peut entraîner la fin de l'exonération des primes.

Transformation en un contrat d'assurance individuelle

Si votre couverture prend fin en raison d'un des motifs suivants :

- (a) vous cessez d'être un *employé* actif du *contractant* en raison d'une démission, d'un congédiement, de votre retraite ou de votre non-retour au travail à la fin d'une invalidité totale; ou
- (b) vous n'êtes plus une personne admissible aux termes de la *police*; ou
- (c) la période de maintien de votre couverture comme elle est prévue au chapitre « Maintien de l'assurance » du présent livret prend fin,

et que vous n'avez pas encore atteint l'âge de soixante-dix ans, vous pouvez remettre une demande écrite à l'*assureur* dans les trente et un (31) jours de la résiliation afin d'obtenir une *police* individuelle d'assurance contre les accidents. À la réception de cette demande, l'*assureur* émet, sans preuve d'assurabilité, une *police* individuelle d'assurance contre les accidents à la personne qui a fait la demande.

Cependant, la transformation ne sera pas possible si la *police* est résiliée au moment de la demande.

Les prestations prévues seront énoncées dans un avenant relatif aux prestations en cas de perte accidentelle disponible auprès de l'*assureur* au moment de la transformation, et le montant à transformer ne peut dépasser le plus petit des montants suivants :

- (a) le montant de l'assurance en vigueur à la date de résiliation; ou
- (b) un plafond de deux cent cinquante mille dollars (250 000 \$) pour toutes les transformations.

La prime de la *police* individuelle d'assurance contre les accidents établie conformément à ce qui précède est calculée selon le tarif établi par l'*assureur*, d'après votre âge à la date de transformation. La *police* individuelle d'assurance contre les accidents est renouvelable annuellement et la prime annuelle est payable par anticipation.

Paiement des primes

Les primes de votre assurance sont entièrement payées par vous, au moyen d'une retenue sur votre paie.

Païement des prestations et bénéficiaires

Les prestations pour votre *perte de la vie* sont payables au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par écrit sur votre plus récente demande d'adhésion ou de désignation de bénéficiaire de l'Employé assuré conservée dans les archives du *contractant*; en l'absence de désignation, elles sont versées à vos ayants droit. Toutes les autres prestations, y compris les prestations payables pour votre *conjoint* assuré ou vos *enfants à charge* assurés, vous sont versées, à l'exception des prestations payables en vertu des chapitres suivants du présent livret, qui sont versées à la personne qui a effectivement encouru les frais donnant lieu aux prestations :

- Indemnité de rapatriement
- Indemnité d'études
- Indemnité de garde d'enfants
- Indemnité de modification du lieu de travail et d'adaptation
- Indemnité de formation professionnelle
- Indemnité de déplacement pour raisons familiales
- Indemnité d'identification de la dépouille

Indemnité d'aménagement de la résidence et/ou d'un véhicule

Montant global d'indemnisation

Le montant global d'indemnisation de l'*assureur* pour toutes les prestations payables en raison d'un (1) seul *accident* est 50 000 000 \$. Si ce montant ne suffit pas à couvrir le plein montant de l'indemnité auquel a droit chaque *assuré*, la somme alors payable à chaque *assuré* correspondra au rapport entre le montant global d'indemnisation pour un (1) seul *accident* et la somme globale des prestations qui auraient été payables, sans tenir compte du montant global d'indemnisation.

Le présent chapitre ne s'applique qu'aux prestations payables en vertu des chapitres suivants :

- Prestation en cas de perte accidentelle
- Majoration de l'indemnité pour enfants
- Indemnité d'invalidité totale permanente
- Indemnité de lésion cérébrale
- Indemnité de coma

Exclusions

Aucune prestation ne sera versée en cas de perte, mortelle ou non, causée principalement ou accessoirement par ce qui suit :

- les blessures volontaires, le suicide ou la tentative de suicide, que l'*assuré* ait été sain d'esprit ou non;
- la guerre, déclarée ou non, que l'*assuré* y ait participé réellement ou non;
- un mouvement populaire, une émeute, une insurrection, un conflit armé auquel l'*assuré* a participé;
- le service de l'*assuré*, à titre de combattant ou de non-combattant, dans les forces armées d'un pays;
- le voyage de l'*assuré* à titre de passager ou autre à bord d'un véhicule ou d'un appareil de navigation aérienne, sauf ce qui est prévu au chapitre « Assurance aviation » du présent livret;
- les soins médicaux ou les interventions chirurgicales à l'égard de l'*assuré*, sauf s'ils sont consécutifs à un *accident*.

LORS D'UN SINISTRE

Déclaration de sinistre

La déclaration écrite de la *blessure* faisant l'objet d'une demande de règlement doit être remise à l'*assureur* au plus tard trente (30) jours après l'*accident* à l'origine de la *blessure*.

Une telle déclaration doit être remise par écrit par l'*assuré*, le bénéficiaire ou la personne qui a droit à la prestation en vertu de la *police*, selon le cas, ou en leur nom, au 2020, rue University, bureau 1800, Montréal (Québec), H3A 2A5, à un de ses bureaux régionaux ou à un de ses mandataires autorisés et accompagnée des renseignements permettant d'identifier l'*assuré* dont la perte constitue le fondement de cette déclaration.

La non-présentation de la déclaration dans le délai imparti dans la *police* n'invalide pas la demande de règlement s'il est prouvé qu'il n'était pas raisonnablement possible de le faire et que la déclaration a été présentée dès que possible, mais dans tous les cas pas plus d'un (1) an après l'*accident*.

Formulaires de demande de règlement

Dès réception de la déclaration de sinistre, l'*assureur* accepte de remettre au demandeur les formulaires habituels de demande de règlement. Le demandeur qui, au bout de quinze (15) jours, n'a pas reçu ces formulaires est réputé s'être conformé aux exigences de la *police* à l'égard de la preuve de sinistre s'il soumet, dans le délai imparti dans la *police*, les preuves écrites du sinistre exposant les circonstances, la nature et l'étendue de la perte qui fait l'objet de la demande de règlement.

Preuve de sinistre

La preuve écrite du sinistre doit être remise à l'*assureur* au plus tard quatre-vingt-dix (90) jours après l'*accident* à l'origine du sinistre. La non-présentation de la preuve, dans le délai imparti, n'invalide pas la demande de règlement s'il est prouvé qu'il n'était pas raisonnablement possible de le faire et que la déclaration a été présentée dès que possible, mais dans tous les cas pas plus d'un (1) an après l'*accident*.

Examen physique et autopsie

Tant que la demande de règlement est en cours de validation, l'*assureur* se réserve le droit de faire subir à l'*assuré* un examen physique toutes les fois qu'il le juge opportun, sous réserve toutefois qu'il en acquitte les frais. Il peut aussi exiger une autopsie en cas de décès, lorsque la loi le permet.

Versement des prestations

Toutes les prestations payables en vertu de la *police* sont réglées dès que l'*assureur* reçoit une preuve de sinistre qu'il juge suffisante et qui se conforme aux exigences de la *police*. À l'égard des *assurés* du *contractant* pour qui les primes sont payées en dollars canadiens, toutes les sommes payables aux termes de la *police* le sont dans la monnaie légale du Canada. À l'égard des *assurés* du *contractant* pour qui les primes sont payées en dollars américains, toutes les sommes payables aux termes de la *police* le sont dans la monnaie légale des États-Unis.

Action contre l'assureur

Pour qu'une action en demande de règlement au titre de la *police* puisse être intentée par l'*assuré*, il faut respecter les deux délais ci-après : un délai minimal de soixante (60) jours calculé à partir de la remise à l'*assureur* d'une preuve de sinistre, remise qui se conforme aux exigences de la *police*, et un délai maximal d'un (1) an [trois (3) ans dans la province de Québec].

FOIRE AUX QUESTIONS

1. Qui est admissible à la couverture Décès et Mutation Accidentels ?

Vous êtes admissible au régime si vous êtes un *employé* actif et permanent et si vous travaillez à plein temps, résidez au Canada et n'avez toujours pas atteint l'âge de soixante-dix ans.

Votre *conjoint* est également admissible à la couverture s'il est âgé de moins de soixante-dix ans [veuillez vous référer à la liste des définitions pour des détails].

Votre *enfant à charge* qui est âgé de moins de vingt et un (21) ans ou moins de vingt-cinq (25) ans (vingt-six (26) ans au Québec) est également admissible à la couverture.

2. Quand la couverture entre-t-elle en vigueur?

À l'égard de l'*employé* qui remplit et soumet une fiche d'adhésion, ou pour qui une fiche d'adhésion a été remplie et soumise, ou qui effectue une adhésion en ligne :

à la date d'entrée en vigueur de la *police* ou avant celle-ci;

après la date d'entrée en vigueur de la *police*, le 1^{er} du mois qui coïncide ou qui suit la date à laquelle la fiche d'adhésion est reçue par le *contractant*;

À l'égard du *conjoint* et/ou l'*enfant à charge* :

à la date d'entrée en vigueur de votre couverture;

à la date votre *conjoint* et/ou *enfant à charge* devient admissible si admissible après la date d'entrée en vigueur de votre couverture.

3. Qui reçoit le *capital assuré* lors du décès de l'*assuré*?

Le *capital assuré* est payable au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par écrit sur votre plus récente demande d'adhésion ou de désignation de bénéficiaire conservée dans les archives de votre Administrateur de programme, ou, en l'absence de désignation, le *capital assuré* est versé à vos ayants droit.

4. Qui peut changer le bénéficiaire et comment effectuer un tel changement?

Vous pouvez changer votre ou vos bénéficiaire(s) désigné(s). Veuillez contacter votre service des Ressources humaines pour plus des détails.

5. Comment les primes sont-elles payées?

Les primes de votre assurance sont entièrement payées par vous, au moyen d'une retenue sur votre paie.

6. Les indemnités Décès et Mutilation Accidentels et le *capital assuré* sont-ils imposables?

Non, les indemnités Décès et Mutilation Accidentels et le *capital assuré* ne sont pas imposables.

7. Comment dois-je faire pour présenter une réclamation?

La marche à suivre pour présenter une réclamation est très simple.

Vous devez aviser votre Administrateur de programme par écrit ou verbalement de votre réclamation dès que vous subissez la *blessure* faisant l'objet de la réclamation étant donné que l'*assureur* doit être avisé par écrit au plus tard trente (30) jours après l'*accident* à l'origine de la *blessure*. Si vous n'êtes pas en mesure de donner un tel avis, votre ou vos bénéficiaire(s) ou la personne qui a droit à la prestation en vertu de votre couverture peuvent aviser votre Administrateur de programme de votre part.

Sur réception de l'avis mentionné ci-haut, *l'assureur* enverra des formulaires de demande de règlement à votre Administrateur de programme. Ces formulaires constituent la preuve écrite du sinistre et doivent être remplis et retournés à *l'assureur* au plus tard quatre-vingt-dix (90) jours après *l'accident* à l'origine du sinistre.

Votre réclamation sera analysée et traitée à l'intérieur d'un délai moyen de dix (10) jours ouvrables de la date à laquelle les formulaires de demande de règlement remplis sont reçus par *l'assureur*.

8. Puis-je mettre fin à ma couverture Décès et Mutilation Accidentels?

Vous pouvez annuler votre couverture Décès et Mutilation Accidentels en tout temps en donnant un avis d'annulation au contractant.

9. Où puis-je obtenir des informations supplémentaires?

Vous pouvez obtenir des informations supplémentaires en communiquant avec votre service des Ressources humaines.

ANNEXE II

GARANTIE MALADIES GRAVES

SSQ, SOCIÉTÉ D'ASSURANCE INC.

ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE

pour les employés de
EnGlobe Corp.

DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR : **1^{er} avril 2016**

POLICE N° **1R700**

Ce livret/certificat est un document important.
Veuillez le garder dans un endroit sûr.

Table des matières

AVIS DE CONSTITUTION D'UN DOSSIER.....	2
INTRODUCTION	3
- QU'EST-CE QUE L'ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE?	3
- POURQUOI L'ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE EST-ELLE IMPORTANTE?.....	3
- QUELS SONT LES AVANTAGES CARACTÉRISTIQUES DE L'ASSURANCE QUI VOUS EST OFFERTE?	3
DÉFINITIONS GÉNÉRALES	4
ADHÉSION	8
ADMISSIBILITÉ.....	8
MONTANT DE LA COUVERTURE	8
PREUVES D'ASSURABILITÉ ET DATE D'EFFET DE L'ASSURANCE	8
- EXIGENCE DE PREUVES D'ASSURABILITE	8
- ÉVÉNEMENTS DE VIE.....	8
- POUR L'ASSURANCE OBTENUE SANS PREUVES D'ASSURABILITE	9
- POUR L'ASSURANCE QUI NE PEUT S'OBTENIR QUE SUR APPROBATION DE PREUVES D'ASSURABILITE PAR L'ASSUREUR.....	9
DÉFINITIONS DES MALADIES COUVERTES	9
GARANTIE COMPLÉMENTAIRE EN CAS DE CERTAINES MALADIES	18
PRESTATION EN CAS DE RÉCIDIVE DE CANCER	20
GARANTIE PRESTATIONS MULTIPLES.....	20
PROGRAMME DE SECONDE OPINION MÉDICALE.....	20
CONDITIONS DE RÉADMISSION.....	20
CONDITIONS DE PAIEMENT	21
BÉNÉFICIAIRES.....	21
FIN DE L'ASSURANCE.....	21
TRANSFORMATION EN UN CONTRAT D'ASSURANCE INDIVIDUELLE	22
EXONÉRATION DE PRIMES	22
MAINTIEN DE PARTICIPATION PENDANT UNE ABSENCE AUTORISÉE.....	23
PROLONGATION D'ASSURANCE.....	24
EXCLUSIONS.....	24
EXCLUSION RELATIVE AUX ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.....	25
PAIEMENT DE L'ASSURANCE.....	25
PAIEMENT DE LA PRIME	26
LIMITATION DES ENGAGEMENTS CONTRACTUELS	26
LIEU DU DIAGNOSTIC	26
DEMANDES DE RÈGLEMENT.....	26
ANNEXE DES EXCLUSIONS DE RÉADMISSION.....	28

Le présent livret donne un aperçu du régime d'assurance en cas de maladie grave de SSQ, Société d'assurance inc. offert aux employés de EnGlobe Corp. et leurs personnes à charge (Conjoints et Enfants à charge). Vous y trouverez des renseignements sur l'assurance offerte en vertu de ce régime. Il est fortement recommandé de conserver ce livret pour consultation future.

Les dispositions du régime sont énoncées dans le contrat d'assurance collective n° **1R700**, ainsi que dans la Proposition-cadre, dans les avenants et dans toute pièce annexe, le cas échéant, le tout formant un contrat indivisible. Tous les droits et obligations sont régis par les dispositions du contrat et non par le présent livret. Pour connaître le libellé exact des dispositions du contrat, vous devez communiquer avec votre service des Ressources humaines.

Partout dans ce livret, le masculin sert à désigner autant les femmes que les hommes.

AVIS DE CONSTITUTION D'UN DOSSIER

Dossier et renseignements personnels

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements concernant les personnes qu'elle assure, SSQ, Société d'assurance inc. constitue un dossier d'assurance dans lequel sont versés les renseignements concernant leur demande d'adhésion ainsi que les renseignements relatifs à leurs demandes de prestations.

Sauf les exceptions prévues à la loi, seuls les employés, mandataires et fournisseurs de services qui sont responsables de la gestion du contrat, des enquêtes, de la sélection des risques et du traitement des demandes de prestations et toute autre personne que vous aurez autorisée ont accès à ce dossier. L'Assureur conserve les dossiers d'assurance dans ses bureaux.

Toute personne a le droit de prendre connaissance des renseignements la concernant et, le cas échéant, de les faire rectifier sans frais, en adressant une demande écrite à SSQ, Société d'assurance-vie inc., 2525 boul. Laurier, Case postale 10500, Succursale Sainte-Foy, Québec (Québec), G1V 4H6, à l'attention du Responsable de la protection des renseignements personnels. Toutefois, l'Assureur peut exiger des frais pour toute transcription, reproduction ou transmission de renseignements et informera préalablement la personne concernée du montant approximatif exigible.

Mandataires et fournisseurs de services

L'Assureur peut échanger des renseignements personnels avec ses réassureurs, ses mandataires et ses fournisseurs de services, mais uniquement pour leur permettre d'exécuter les tâches qu'elle leur confie. Les mandataires et fournisseurs de services de l'Assureur doivent se soumettre à la politique de SSQ sur la protection des renseignements personnels.

En adhérant à un régime d'assurance collective, de même que lorsque vous faites une demande de prestations, vous consentez à ce que l'Assureur et ses mandataires et fournisseurs de services utilisent les renseignements personnels dont ils disposent à votre égard aux fins décrites ci-dessus. Il est entendu que l'absence de consentement compromet la gestion de votre assurance et la qualité des services que l'Assureur peut vous offrir.

Pour plus d'information, vous pouvez consulter l'Énoncé de la politique de protection des renseignements personnels sur le site ssq.ca.

INTRODUCTION

1) Qu'est-ce que l'assurance en cas de maladie grave?

L'assurance en cas de maladie grave peut procurer les fonds et les moyens nécessaires pour préserver votre qualité de vie, protéger votre avoir personnel et vous donner la possibilité de choisir le genre de traitement que vous souhaitez recevoir.

L'assurance en cas de maladie grave prévoit le paiement d'un montant à la personne assurée qui survit pendant au moins 14 jours à une maladie grave couverte donnée dont le premier diagnostic a lieu après le début de son assurance. Parmi les nombreux avantages de cette assurance, les prestations versées ne sont pas limitées en fonction de votre capacité de travailler ni de votre rétablissement. Si un tel diagnostic est posé, la prestation vous est versée directement et vous êtes libre **d'utiliser la prestation comme vous l'entendez.**

2) Pourquoi l'assurance en cas de maladie grave est-elle importante?

Des études ont démontré qu'un nombre important de Canadiens seront atteints d'une maladie grave :

Au Canada, 40 % des femmes et 45 % des hommes seront atteints d'un cancer au cours de leur vie.

En moyenne, 3 300 canadiens reçoivent un diagnostic de cancer chaque semaine.

Il se produit environ 70 000 crises cardiaques au Canada chaque année. Toutes les 7 minutes, une personne subit une crise cardiaque.

Il y a plus de 50 000 accidents vasculaires cérébraux au Canada chaque année, soit un AVC toutes les 10 minutes.

Environ 75 % des personnes qui subissent un premier AVC y survivent

Il y a approximativement 1000 nouveaux cas de sclérose en plaques diagnostiqués chaque année.

Source : Fondation des maladies du cœur du Canada, Société canadienne du cancer et Société canadienne de la sclérose en plaques.

Les maladies graves sont courantes. Bien qu'un mode de vie sain permette de se protéger contre certains risques pour la santé, personne n'est à l'abri d'un diagnostic de maladie grave. Grâce aux progrès de la médecine moderne, les canadiens bénéficient d'un meilleur état de santé et d'une espérance de vie accrue. Conséquemment, une assurance en cas de maladie grave, pour venir en aide financièrement au cours de votre période de guérison, s'avère de plus en plus importante.

L'assurance en cas de maladie grave peut vous aider à :

obtenir des soins adéquats, à l'endroit et au moment de votre choix;

payer les frais médicaux qui ne sont pas couverts par le régime d'assurance-maladie de votre province;

prendre un congé non rémunéré pour faciliter votre rétablissement ou pour prendre soin d'un membre de votre famille;

compenser la diminution du revenu familial et assumer certains frais additionnels, en vous permettant de payer au moyen de la prestation versée :

les frais médicaux ou les soins infirmiers à domicile

les versements hypothécaires ou le loyer

les dettes ou autres obligations financières

les frais de garde des enfants

les frais d'entretien ménager

les frais d'adaptation du domicile ou du véhicule

3) Quels sont les avantages caractéristiques de l'assurance qui vous est offerte?

L'assurance en cas de maladie grave vous procure les avantages suivants :

assurance non imposable allant jusqu'à 20 000 \$ pour vous, jusqu'à 20 000 \$ pour votre conjoint et jusqu'à 25 000 \$ pour votre enfant à charge, sans devoir présenter de preuves d'assurabilités;

protection abordable, grâce à des tarifs collectifs avantageux;

facilité de paiement des primes grâce au prélèvement automatique sur la paie;

maintien de la protection même si votre santé se détériore pendant que vous êtes assuré au titre du régime – vous et votre conjoint assuré demeurez couverts par l'assurance en cas de maladie grave même après avoir touché une première prestation d'assurance en cas de maladie grave dans le cadre du régime!

DÉFINITIONS GÉNÉRALES

Dans le présent document :

«Antécédents médicaux» désigne :

- la présence d'un ou plusieurs symptômes au cours des vingt-quatre (24) mois précédant immédiatement la date de prise d'effet de l'assurance de la personne, symptômes qui feraient en sorte qu'une personne raisonnablement prudente cherche à obtenir un diagnostic, des soins ou un traitement; ou
- une maladie ou un état pour lesquels la personne, au cours des vingt-quatre (24) mois précédant immédiatement la date de prise d'effet de son assurance, a engagé des frais médicaux, reçu un traitement médical, pris des médicaments d'ordonnance ou en vente libre ou consulté un médecin.

« Assuré » désigne un Employé assuré ou un Conjoint assuré ou un Enfant à charge assuré dont l'assurance est en vigueur en vertu de la Police, sauf lorsqu'il en est prévu autrement dans la Police.

1. « Assureur », « nous » et « on » désignent SSQ, Société d'assurance inc.

« Capital assuré » désigne le montant indiqué sur la plus récente carte d'adhésion de l'Employé assuré, pourvu qu'elle soit signée et qu'elle se trouve dans les archives du Contractant, le cas échéant, ou le montant approuvé par l'Assureur.

« Chirurgie » ou « Intervention chirurgicale » désigne toute intervention chirurgicale médicalement nécessaire que l'Assuré subit sur recommandation écrite d'un Spécialiste. L'intervention chirurgicale doit être pratiquée par un Médecin au Canada ou aux États-Unis.

« Conjoint » désigne une personne de moins de soixante-dix (70) ans, qui réside au Canada, et :

- a) avec qui l'Employé assuré est légalement marié ou avec qui il vit en union civile; ou
- b) avec qui l'Employé assuré cohabite dans une situation assimilable à une relation conjugale de façon permanente depuis au moins un (1) an avant la date de l'événement pour lequel il est assuré.

Toutefois, si une personne est la mère ou le père biologique ou adoptif d'au moins un des enfants de l'Employé assuré et qu'elle cohabite avec l'Employé assuré, cette personne est réputée être un Conjoint à compter de la date de la naissance ou de l'adoption de cet enfant, si cette date tombe avant la fin de la période d'un (1) an de cohabitation.

Une seule personne est admissible à titre de Conjoint de l'Employé assuré. Si, tout en étant légalement marié ou en union civile, l'Employé assuré cohabite avec une personne décrite au point (b) ci-dessus, il peut choisir par écrit quelle personne doit être assurée à titre de Conjoint en vertu de la Police. La déclaration doit être remise au Contractant avant la réalisation du risque assuré, sans quoi la réalisation du risque ne liera pas l'Assureur. Si aucune déclaration n'est remise, le Conjoint sera la personne à laquelle l'Employé assuré est légalement marié ou avec qui il vit en union civile.

« Diagnostic » désigne l'identification d'un état répondant à la définition d'une maladie couverte par la Police chez un Assuré. Cette identification doit être faite par un Spécialiste au moyen de tests ou d'autres procédés de diagnostic. Le Diagnostic de toute maladie couverte doit être posé au Canada ou aux États-Unis, par un Spécialiste autorisé à pratiquer au Canada ou aux États-Unis. De plus, son domaine de pratique doit inclure le domaine de médecine directement lié à la maladie en question.

« Employé » désigne un salarié travaillant pour le Contractant et qui est âgé de moins de soixante-dix (70) ans, qui réside au Canada et dont le lieu normal de travail se situe au Canada.

« Enfant à charge » désigne un enfant biologique, un enfant adopté, un enfant du Conjoint ou tout enfant avec lequel l'Employé assuré a par ailleurs une relation parent-enfant. L'enfant en question doit toutefois être célibataire, dépendre de l'Employé assuré pour ses frais de subsistance, résider au Canada, et :

- a) avoir moins de vingt et un (21) ans; ou
- b) avoir moins de vingt-cinq (25) ans (vingt-six (26) ans au Québec) et fréquenter à temps plein un Établissement d'enseignement post secondaire; ou
- c) quel que soit son âge à la date de la demande de prestations, être domicilié chez l'Employé assuré ou chez le Conjoint assuré et être atteint d'une invalidité physique ou mentale grave de nature incurable et chronique qui a débuté lorsque la personne répondait à l'une ou l'autre des conditions énoncées en 1) ou en 2) dans la présente définition et être demeuré continuellement invalide depuis cette date; l'invalidité doit rendre l'enfant incapable d'avoir une occupation rémunératrice et l'Assureur peut exiger à cet égard les preuves médicales qu'il juge nécessaires.

L'Enfant à charge est couvert à partir de sa naissance, pourvu qu'il soit né vivant.

« Établissement d'enseignement post-secondaire » désigne exclusivement les universités, les collèges, les cégeps et les écoles de formation professionnelle et technique.

« Irréversible » désigne l'état de l'Assuré lorsque le pronostic ne peut pas être amélioré par des soins médicaux ou une intervention chirurgicale au moment du Diagnostic.

Toutefois, si le pronostic pouvait être amélioré par des soins médicaux ou une intervention chirurgicale mais imposerait, de l'avis du Médecin de l'Assuré, un risque pour la santé de l'Assuré qui serait supérieur aux avantages attendus à l'égard de ces soins ou de cette intervention, l'état de l'Assuré est alors également considéré comme Irréversible aux fins de la présente définition.

« Maintien artificiel des fonctions vitales » désigne le fait que l'Assuré est sous les soins d'un Médecin autorisé à pratiquer et est maintenu en vie grâce à un support nutritionnel, respiratoire et/ou cardiovasculaire, même si un arrêt Irréversible des fonctions cérébrales s'est produit.

- | | |
|--|---|
| 1. Accident vasculaire cérébral | 21. Insuffisance hépatique à un stade avancé |
| 2. Anémie aplasique | 22. Insuffisance rénale |
| 3. Angioplastie coronarienne | 23. Lupus érythémateux disséminé |
| 4. Arthrite rhumatoïde grave | 24. Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie |
| 5. Brûlures graves | 25. Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques |
| 6. Cancer (mettant la vie en danger) | 26. Maladie du motoneurone |
| 7. Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b) | 27. Mélanome malin au stade 1A |
| 8. Carcinome canalaire in situ du sein | 28. Méningite purulente |
| 9. Cardiomyopathie dilatée | 29. Paralyse |
| 10. Cécité | 30. Perte d'autonomie |
| 11. Chirurgie de l'aorte | 31. Perte de l'usage de la parole |
| 12. Coma | 32. Perte de membres |
| 13. Crise cardiaque | 33. Pontage aortocoronarien |
| 14. Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe | 34. Remplacement d'un genou par chirurgie |
| 15. Démence, y compris la maladie d'Alzheimer | 35. Remplacement d'une hanche par chirurgie |
| 16. Dystrophie musculaire | 36. Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque |
| 17. Greffe d'un organe vital | 37. Sclérose en plaques |
| 18. Hépatite virale fulminante | 38. Sclérose généralisée évolutive |
| 19. Hypertension artérielle pulmonaire primitive | 39. Surdité |
| 20. Infection au VIH dans le cadre du travail | 40. Tumeur cérébrale bénigne |

Les maladies graves et troubles de la santé qui ne sont pas expressément définis dans le présent document ou dans la Police et inclus dans la liste ci-dessus ne sont pas couverts par l'assurance et aucune prestation n'est payable à leur égard.

« Maladie grave » à l'égard de l'Enfant à charge assuré, désigne l'une ou l'autre des maladies, conditions ou interventions chirurgicales qui, pendant que la personne est assurée par la présente assurance, entraîne une Intervention chirurgicale ou le premier diagnostic d'une maladie grave qui est couverte par la présente assurance. Pour être couverte, cette intervention ou maladie grave doit faire partie de la liste ci-dessous et un Spécialiste doit avoir confirmé qu'elle répond à la définition qui en est donnée au présent document ou à la Police. Dans le cas d'une Intervention chirurgicale, un Spécialiste doit en confirmer la nécessité médicale.

- | | |
|---|---|
| 1. Brûlures graves | 10. Insuffisance rénale |
| 2. Cancer (mettant la vie en danger) | 11. Maladie congénitale du cœur nécessitant une chirurgie |
| 3. Cécité | 12. Paralyse |
| 4. Coma | 13. Paralyse cérébrale |
| 5. Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe | 14. Perte de l'usage de la parole |
| 6. Déficiences mentales | 15. Spina bifida cystica |
| 7. Dystrophie musculaire | 16. Surdité |
| 8. Fibrose kystique | 17. Syndrome de Down (Trisomie 21) |
| 9. Greffe d'un organe vital | 18. Tumeur cérébrale bénigne |

Les maladies graves et troubles de la santé qui ne sont pas expressément définis dans le présent document ou dans la Police et inclus dans la liste ci-dessus ne sont pas couverts par l'assurance à l'égard des Enfants à charge et aucune prestation n'est payable à leur égard.

« Médecin » désigne une personne qui est légalement autorisée à pratiquer la médecine au Canada ou aux États-Unis et qui prodigue des soins et des traitements à l'intérieur des limites de son permis. Le Médecin ne peut pas résider habituellement avec l'Assuré. Le Médecin ne peut pas non plus être un Assuré, un membre de sa famille ou un de ses partenaires d'affaires.

« Période de survie » désigne les quatorze (14) jours suivant la date du Diagnostic ou les quatorze (14) jours suivant la date d'une Chirurgie si applicable, sauf lorsqu'il en est prévu autrement dans la Police. La Période de survie ne comprend pas les jours passés en Maintien artificiel des fonctions vitales, comme cela est défini au présent article. L'Assuré doit être vivant à la fin de la Période de survie et doit ne pas avoir subi de cessation Irréversible de l'ensemble des fonctions du cerveau.

Pour les Maladies graves qui ont une durée minimale requise, par exemple, quatre-vingt-dix (90) jours pour la Méningite purulente et la Paralyse, la Période de survie court de façon concomitante avec la durée minimale requise liée à la maladie concernée.

« Police » désigne la Police n° 1R700 ainsi que la Proposition-cadre qui y est jointe et tous les autres avenants et documents qui y sont joints, le cas échéant.

2. « Spécialiste » désigne un médecin qui détient un permis d'exercice et détient une formation médicale spécialisée en lien avec la Maladie grave pour laquelle la prestation est demandée, et dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de spécialité. Si aucun Spécialiste n'est disponible, et sous réserve de l'approbation de l'Assureur, une Maladie grave peut être diagnostiquée par un Médecin qualifié pratiquant au Canada ou aux États-Unis. Le Spécialiste ne peut pas résider habituellement avec l'Assuré. Le Spécialiste ne peut pas non plus être un Assuré, un membre de sa famille ou un de ses partenaires d'affaires.

ADHÉSION

Le présent régime est à adhésion facultative.

ADMISSIBILITÉ

Les personnes suivantes sont admissibles à la présente assurance en cas de maladie grave :

Tous les employés actifs du Contractant qui répondent à la définition du mot « Employé ».

Les conjoints des employés actifs du Contractant qui répondent à la définition du mot « Conjoint ».

Les enfants à charge des employés actifs du Contractant qui répondent à la définition d'« Enfant à charge ».

Si un employé est absent du travail pour une autre raison qu'un congé de maternité ou parental ou un congé approuvé par le Contractant, il ne deviendra admissible à l'assurance que lorsqu'il sera de nouveau activement au travail. Les Enfants à charge ne sont admissibles que si l'assurance de l'Employé ou du Conjoint est en vigueur.

MONTANT DE LA COUVERTURE

L'assurance est offerte sous forme de régime collectif facultatif pour vous, votre Conjoint et vos Enfants à charge.

Vous pouvez souscrire un montant de Capital assuré par tranche de 10 000 \$ et jusqu'à un maximum de 250 000 \$, sous réserve des conditions de paiement de prime indiquées à la section « Paiement de la couverture ».

Votre Conjoint peut souscrire un montant de Capital assuré par tranche de 10 000 \$ et jusqu'à un maximum de 250 000 \$, sous réserve des conditions de paiement de prime indiquées à la section « Paiement de la couverture ».

Vous pouvez souscrire un montant de Capital assuré par tranche de 5 000 \$ et jusqu'à un maximum de 25 000 \$ pour chacun de vos Enfants à charge, sans devoir présenter de preuves d'assurabilité.

Concernant la preuve d'assurabilité, vous pouvez souscrire un montant de couverture égal ou inférieur au capital assuré garanti à l'établissement de 20 000 \$ et votre Conjoint peut souscrire un montant de couverture égal ou inférieur au capital assuré garanti à l'établissement de 20 000 \$ sans devoir répondre à des questions d'ordre médical ou devoir présenter de preuves d'assurabilité. Toutefois, si vous ou votre Conjoint souhaitez souscrire un montant de couverture supérieur au capital assuré garanti à l'établissement, vous et/ou votre Conjoint devez présenter à l'assureur des preuves d'assurabilité satisfaisantes.

PREUVES D'ASSURABILITÉ ET DATE D'EFFET DE L'ASSURANCE

1) Exigence de preuves d'assurabilité

Des preuves d'assurabilité à la satisfaction de l'Assureur doivent être soumises lorsque le montant demandé est supérieur au Capital assuré garanti à l'établissement. Elles doivent aussi être soumises dans les cas où la demande est reçue par le Contractant plus de trente et un (31) jours après le dernier à survenir des événements suivants :

1. la Date d'effet de la Police
2. la date d'admissibilité de la personne
3. un événement de vie

2) Événements de vie

Au moment où survient l'un des événements de vie mentionnés ci-après, les personnes admissibles peuvent adhérer à l'assurance sous réserve des dispositions du présent article sur les preuves d'assurabilité et la Date d'effet de l'assurance. Aux

fins de la présente assurance, les événements de vie qui peuvent donner lieu à une nouvelle période d'admissibilité sans preuves d'assurabilité sont les suivants : mariage; union civile; cohabitation depuis un an; naissance ou adoption d'un premier enfant.

3) Pour l'assurance obtenue sans preuves d'assurabilité

L'assurance de tout Employé ou Conjoint admissible prend effet à la dernière des dates suivantes :

- a) la Date d'effet de la Police, pour ce qui est des Employés ou des Conjoints qui sont admissibles à la Date d'effet de la Police ou avant;
- b) la date à laquelle l'Employé retourne au travail actif à plein temps, si l'admissibilité a été retardée parce que l'Employé n'était pas au travail actif à plein temps à la Date d'effet de la Police, et cela pour d'autres raisons que les suivantes : des vacances ou d'autres congés payés; des congés de maternité; des congés parentaux;
- c) le premier jour du mois qui coïncide avec ou suit la date d'admissibilité de l'Employé ou du Conjoint, pour ce qui est des Employés ou des Conjoints qui deviennent admissibles à l'assurance après la Date d'effet de la Police.

L'assurance de tout Enfant à charge admissible prend effet à la dernière des dates suivantes :

- a) la date d'effet de l'assurance de l'Employé ou du Conjoint en vertu de la présente garantie;
- b) la date à laquelle l'Enfant à charge devient admissible à l'assurance, pour ceux qui y deviennent admissibles après la date d'effet de l'assurance de l'Employé ou du Conjoint;
- c) la date à laquelle le processus d'adhésion de la personne admissible a été complété.

4) Pour l'assurance qui ne peut s'obtenir que sur approbation de preuves d'assurabilité par l'Assureur

L'assurance de toute personne admissible prend effet à la Date d'effet de la Police ou le premier jour du mois qui coïncide avec ou suit la date d'approbation des preuves d'assurabilité par l'Assureur, si celui-ci les approuve effectivement. Toutefois, l'assurance des Enfants à charge ne peut pas prendre effet avant celle de l'Employé ou du Conjoint.

DÉFINITIONS DES MALADIES COUVERTES

D'autres Maladies graves sont aussi couvertes par le présent régime. Elles sont définies à l'article intitulé « Garantie complémentaire en cas de certaines maladies ».

« Accident vasculaire cérébral »

désigne le Diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose ou une hémorragie intra crâniennes ou par une embolie de source extra crânienne, avec apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques et nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés au cours d'un examen clinique, étant entendu que ces nouveaux symptômes et nouveaux déficits neurologiques objectifs doivent persister pendant plus de 30 jours après la date d'établissement du Diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent aussi être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave :

- accident ischémique transitoire;
- accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme;
- infarctus lacunaire ne correspondant pas à la précédente description de ce qu'est un accident vasculaire cérébral.

« Anémie aplasique »

désigne le Diagnostic formel, confirmé par biopsie, d'une insuffisance chronique et persistante de la moelle osseuse qui entraîne l'anémie, la neutropénie et la thrombocytopénie, et qui nécessite la transfusion d'un produit sanguin de même qu'un traitement comprenant au moins un des éléments suivants : stimulation de la moelle osseuse; immunosuppresseurs; greffe de moelle osseuse.

« Brûlures graves »

désigne le Diagnostic formel de brûlures du troisième degré sur au moins 20 % de la surface du corps.

« Cancer (mettant la vie en danger) »

désigne le Diagnostic formel d'une tumeur, qui doit être caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus. Les types de cancer qui sont couverts comprennent le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave :

- lésions qualifiées de bénignes, de précancéreuses, d'incertaines, de limites ou de non invasives, carcinome in situ (Tis) ou tumeurs au stade Ta;
- cancer de la peau avec présence de mélanome malin dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de nœuds lymphoïdes ou de métastases;
- tout cancer de la peau sans présence de mélanome, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
- cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
- cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire, ou les deux, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 2 cm et qui est au stade T1, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
- leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 1 selon la classification de Rai;
- tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et tumeurs carcinoïdes malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'AJCC (American Joint Committee on Cancer).

De plus, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec le cancer s'il s'est produit l'un ou l'autre des événements suivants dans les 90 premiers jours suivant la dernière fois où l'assurance de la personne est entrée en vigueur en vertu de la présente garantie :

- la personne assurée a présenté des symptômes ou s'est soumise à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un Diagnostic de cancer (couvert ou non par l'assurance), et cela sans égard à la date d'établissement du Diagnostic;
- la personne assurée a fait l'objet d'un Diagnostic de cancer (couvert ou non par l'assurance).

Restriction : L'Assureur doit être informé de l'existence des événements ci-dessus mentionnés, et cela au plus tard dans les 6 mois suivant la date d'établissement du Diagnostic, sans quoi il aura ensuite le droit de refuser toute demande de prestation pour un cancer ou pour toute Maladie grave causée par un cancer ou par son traitement.

Références : Aux fins de l'assurance, les définitions se trouvant dans la septième édition du manuel de stadification du cancer de l'AJCC sont celles qui s'appliquent aux références à Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 2 selon la classification de l'AJCC. De même, la référence à la classification de Rai s'applique tel que prévu dans la publication *Clinical Staging of Chronic Lymphocytic Leukemia*, (KR Rai, A Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Pasternack, Blood 46 :219, 1975).

« Cardiomyopathie dilatée »

désigne une condition affaiblie de la fonction ventriculaire entraînant une déficience physique significative d'au moins classe III selon la New York Heart Association Classification (NYHA). Le Diagnostic de cardiomyopathie dilatée doit être confirmé par de nouvelles anomalies cardiaques démontrées par échocardiographie avec une faible fraction d'éjection (moins de 40 %) pendant au moins 3 mois.

La classe III de déficience cardiomyopathique de la NYHA correspond à l'état du patient qui ne ressent pas d'inconfort au repos, mais qui présente des symptômes dans les activités exigeant de moins grands efforts que les activités normales et quotidiennes malgré la consommation de médicaments et des ajustements diététiques, avec des preuves d'anomalies de la fonction ventriculaire mises en évidence par un examen physique et des analyses de laboratoire.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave : causes ischémiques et toxiques de la cardiomyopathie dilatée (y compris l'alcool et les médicaments avec ou sans prescription).

« Cécité »

désigne le Diagnostic formel de la perte totale et Irréversible de la vue des deux yeux, attestée par une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins pour les deux yeux ou par un champ visuel inférieur à 20 degrés pour les deux yeux.

« Chirurgie de l'aorte »

désigne une Intervention chirurgicale visant à traiter une maladie de l'aorte qui nécessite l'ablation et le remplacement chirurgical de n'importe quelle partie de l'aorte atteinte au moyen d'une greffe. Aux fins de la présente description, le terme «aorte» désigne l'aorte thoracique et l'aorte abdominale, mais non pas les branches de l'aorte.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave : angioplastie; intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée; intervention non chirurgicale.

« Coma »

désigne le Diagnostic formel d'une perte de conscience caractérisée par absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pendant une période continue d'au moins 96 heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer quatre ou moins pendant cette période.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec le coma :

- un coma médicalement provoqué;
- un coma résultant directement de l'usage d'alcool ou de drogue;
- un diagnostic de mort cérébrale.

« Crise cardiaque »

désigne le Diagnostic formel de la nécrose du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de l'irrigation sanguine et qui entraîne l'augmentation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques au point que leur niveau confirme le diagnostic d'un infarctus du myocarde, le tout accompagné d'au moins une des manifestations suivantes :

- symptômes de crise cardiaque;
- changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant une crise cardiaque;
- apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave :

- augmentation des marqueurs biochimiques cardiaques par suite d'une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne et à défaut de nouvelles ondes Q;
- changements à l'ECG suggérant un précédent infarctus du myocarde, mais qui ne correspondent pas à la précédente description de crise cardiaque.

« Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe »

désigne le Diagnostic formel d'une insuffisance Irréversible du cœur, des deux poumons, du foie ou de la moelle osseuse, cette insuffisance rendant la greffe nécessaire du point de vue médical. Pour qu'une personne assurée puisse avoir droit à une prestation pour cette Maladie grave, elle doit être inscrite comme receveur dans un centre reconnu où s'effectue la forme de greffe requise et qui se situe au Canada ou aux États-Unis. Aux fins de la définition de la Période de survie, la date d'établissement du Diagnostic est réputée être la date d'inscription de la personne assurée à un tel centre de greffe.

« Déficience mentale »

désigne le Diagnostic formel d'un développement insuffisant de l'intelligence démontré par un quotient intellectuel (QI) de moins de 70 selon les résultats de tests normatifs.

« Démence, y compris maladie d'Alzheimer »

désigne le Diagnostic formel de démence, soit la détérioration progressive de la mémoire accompagnée d'au moins une des perturbations cognitives suivantes :

- aphasie (trouble de la parole);
- apraxie (difficulté à exécuter des tâches courantes);
- agnosie (difficulté à reconnaître des objets);
- perturbation des fonctions exécutives (par exemple, l'incapacité d'avoir une pensée abstraite et de concevoir, entreprendre, organiser, surveiller et arrêter un comportement complexe) qui a une incidence sur la vie quotidienne.

L'état de la personne doit aussi être caractérisé par ce qui suit :

- une démence de gravité modérée, qui doit être démontrée par un mini examen de l'état mental (Mini Mental State Exam) dont le résultat est de 20/30 ou moins, ou un score équivalent dans un ou plusieurs autres tests des fonctions cognitives généralement acceptés sur le plan médical; et
- des preuves d'une détérioration progressive des fonctions cognitives et d'une perturbation des activités quotidiennes, obtenues soit par une batterie de tests cognitifs soit par l'historique de la maladie sur une période d'au moins 6 mois.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave : troubles affectifs ou schizophréniques; délire.

« Dystrophie musculaire »

désigne le Diagnostic formel de tous les signes suivants :

- présentation clinique comportant une faiblesse des muscles squelettiques, des douleurs musculaires et la myotonie;
- changements caractéristiques d'électromyographie;
- biopsie musculaire confirmant le Diagnostic de dystrophie musculaire.

« Fibrose kystique »

désigne le Diagnostic formel d'une maladie génétique touchant les glandes sudoripares et muqueuses, particulièrement dans les poumons et le système digestif, caractérisée par des sécrétions de mucus excessives menant progressivement à une maladie respiratoire chronique et à des problèmes nutritionnels.

« Greffe d'un organe vital »

désigne une intervention chirurgicale rendue médicalement nécessaire, comme démontré par le Diagnostic d'une insuffisance Irréversible du cœur, des deux poumons, du foie ou de la moelle osseuse. Pour qu'une greffe soit considérée comme greffe d'un organe vital aux fins de l'assurance, la personne assurée doit subir une intervention chirurgicale pour se faire greffer un cœur, un poumon, un foie ou de la moelle osseuse.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable à titre de greffe d'un organe vital : greffe de tout autre organe que ceux qui sont prévus dans la présente description.

« Hépatite virale fulminante »

désigne le Diagnostic formel de nécrose submassive à massive du foie causée par un virus qui entraîne précipitamment une insuffisance hépatocellulaire. La prestation ne sera payable que si toutes les caractéristiques suivantes sont satisfaites :

- diminution rapide du volume du foie confirmée par une échographie abdominale;
- nécrose impliquant entièrement les lobules, ne laissant qu'une trame réticulaire, confirmé par histologie, si applicable;
- tests démontrant une détérioration rapide des fonctions hépatiques;
- amplification d'ictère.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave :

- hépatite chronique;
- insuffisance hépatocellulaire causée par l'alcool ou par des toxines ou des drogues.

« Hypertension artérielle pulmonaire primitive » (hypertension artérielle pulmonaire idiopathique ou hypertension artérielle pulmonaire familiale)

désigne le Diagnostic formel d'hypertension artérielle pulmonaire primitive avec un élargissement substantiel du ventricule droit, confirmé par des analyses et incluant un cathétérisme cardiaque, entraînant une déficience physique Irréversible et permanente d'au moins classe IV selon la classification des insuffisances cardiaques de la New York Heart Association (NYHA). Dans la 39^e édition du *Current Medical Diagnosis and Treatment*, il est mentionné que la classe IV rend la personne incapable d'entreprendre quelque activité sans ressentir d'inconfort et que des symptômes peuvent se manifester même au repos.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave : hypertension artérielle pulmonaire de quelque autre forme que ce soit.

« Infection au VIH contractée au travail »

désigne le Diagnostic formel d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle qui a exposé la personne assurée à des liquides organiques contaminés par le VIH durant l'exercice des fonctions normales de son travail habituel. La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir lieu pendant que la personne est couverte par la présente assurance. De plus, la prestation ne sera payable que si toutes les conditions suivantes sont satisfaites :

- la blessure accidentelle doit être signalée à l'Assureur dans les 14 jours suivant l'accident;
- une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle et le résultat doit être négatif;
- une sérologie du VIH doit être effectuée entre 90 et 180 jours après la blessure accidentelle et le résultat doit être positif; la personne assurée doit survivre au moins 14 jours à compter de la date de cette seconde sérologie;
- tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire dûment autorisé au Canada ou aux États-Unis;
- la blessure accidentelle doit être signalée, faire l'objet d'une enquête et être documentée conformément aux normes de santé et de sécurité au travail au Canada ou aux États-Unis.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne sera payable en rapport avec cette Maladie grave :

- la personne assurée a refusé de se faire administrer l'un ou l'autre des vaccins brevetés existants et qui offrent une protection contre le VIH;
- un traitement approuvé contre l'infection au VIH était disponible avant la blessure accidentelle;
- l'infection au VIH résulte d'une blessure qui n'est pas accidentelle (y compris, mais sans s'y limiter, par transmission sexuelle ou par l'usage de drogues injectables).

« Insuffisance hépatique à un stade avancé »

désigne le Diagnostic formel d'insuffisance hépatique due à une cirrhose. La prestation ne sera payable que si tous les critères suivants sont satisfaits :

- ictère permanent;
- ascite;
- encéphalopathie.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave : insuffisance hépatique entraînée par une consommation d'alcool ou de drogues (sauf s'ils sont pris seulement en conformité avec la prescription du médecin).

« Insuffisance rénale »

désigne le Diagnostic formel du stade terminal d'une insuffisance chronique et Irréversible des deux reins qui nécessite des traitements réguliers par hémodialyse ou par dialyse péritonéale ou une éventuelle greffe rénale.

« Maladie congénitale du cœur nécessitant une chirurgie »

désigne le Diagnostic formel d'une malformation cardiaque grave présente à la naissance et pour laquelle une chirurgie correctrice a été réalisée.

« Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques »

Maladie de Parkinson désigne le Diagnostic formel de la maladie de Parkinson primaire, un trouble neurologique permanent devant avoir pour caractéristiques la bradykinésie (lenteur des mouvements) et au moins l'un des symptômes suivants :

- rigidité musculaire;
- tremblement de repos.

Syndromes parkinsoniens atypiques désigne le Diagnostic formel de paralysie supra nucléaire progressive, de dégénérescence cortico-basale ou d'atrophie multi systémique.

Dans tous les cas, la personne assurée doit manifester des signes objectifs de détérioration progressive des fonctions depuis au moins un an et son neurologue traitant doit lui avoir prescrit un médicament dopaminergique ou un traitement médical équivalent généralement reconnu contre la maladie de Parkinson.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave : toute autre forme de parkinsonisme.

De plus, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec la maladie de Parkinson ou des syndromes parkinsoniens atypiques s'il s'est produit l'un ou l'autre des événements suivants dans l'année suivant la dernière fois où l'assurance de la personne est entrée en vigueur en vertu de la présente garantie :

- la personne assurée a présenté des symptômes ou s'est soumise à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un Diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme, et cela sans égard à la date d'établissement du Diagnostic;

- la personne assurée a fait l'objet d'un Diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de toute autre forme de parkinsonisme.

Restriction : L'Assureur doit être informé de l'existence des événements ci-dessus mentionnés, et cela au plus tard dans les 6 mois suivant la date d'établissement du Diagnostic, sans quoi il aura ensuite le droit de refuser toute demande de prestation portant sur la maladie de Parkinson ou sur un syndrome parkinsonien atypique, ou sur toute Maladie grave causée par la maladie de Parkinson ou par un syndrome parkinsonien atypique ou par leur traitement.

« Maladie du motoneurone »

désigne le Diagnostic formel d'une des maladies suivantes :

- sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig);
- sclérose latérale primitive;
- atrophie musculaire progressive;
- paralysie bulbaire progressive;
- paralysie pseudo-bulbaire.

« Méningite purulente »

désigne le Diagnostic formel de méningite, confirmé par un liquide céphalorachidien démontrant une croissance de bactéries pathogènes en culture, et qui entraîne un déficit neurologique documenté pendant au moins 90 jours à compter de la date d'établissement du Diagnostic.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave : méningite virale.

« Paralysie »

désigne le Diagnostic formel de la perte complète des fonctions musculaires d'au moins deux membres, par suite d'une blessure ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, et cela pendant une période d'au moins 90 jours à compter de l'événement déclencheur.

« Paralysie cérébrale »

désigne le Diagnostic formel d'une maladie chronique qui se manifeste au cours des premières années de la vie, causée par une lésion aux zones motrices du cerveau et caractérisée par différents degrés de faiblesse des membres, par des mouvements involontaires et par des difficultés d'élocution.

« Perte d'autonomie »

désigne le Diagnostic formel d'une incapacité totale à effectuer soi-même au moins 2 des 6 activités de la vie quotidienne indiquées ci-dessous pendant une période continue d'au moins 90 jours, sans espoir raisonnable de rétablissement.

Aux fins de la détermination de cette maladie grave, les activités de la vie quotidienne sont les suivantes :

- se laver - capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- se vêtir - capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris les orthèses, les membres artificiels ou d'autres accessoires chirurgicaux, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;

- se servir des toilettes - capacité d'aller aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle complète, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- être continent - capacité de gérer les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux, de façon à conserver un niveau raisonnable d'hygiène personnelle;
- se mouvoir - capacité de se coucher, de se lever du lit, de s'asseoir ou de se lever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- se nourrir - capacité de consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels.

« Perte de l'usage de la parole »

désigne le Diagnostic formel de la perte totale et Irréversible de la capacité de parler par suite d'une blessure ou d'une maladie pendant une période d'au moins 180 jours.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec la perte de la parole : toute cause psychiatrique.

« Perte de membres »

désigne le Diagnostic formel de l'amputation complète de deux membres ou plus, au niveau du poignet ou de la cheville ou plus haut, par suite d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire.

« Pontage aortocoronarien »

désigne une Intervention chirurgicale cardiaque visant à corriger le rétrécissement ou l'obstruction d'une ou plusieurs artères coronaires, au moyen d'une ou de plusieurs greffes.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec ce genre d'intervention chirurgicale : angioplastie; intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée; intervention non chirurgicale.

« Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque »

désigne une Intervention chirurgicale visant à remplacer une valvule cardiaque par une valvule naturelle ou mécanique, ou à en corriger les défauts ou les anomalies.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec ce genre d'intervention chirurgicale : angioplastie; intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée; intervention non chirurgicale.

« Sclérose en plaques »

désigne le Diagnostic formel d'au moins une des manifestations suivantes :

- au moins 2 poussées cliniques distinctes, confirmées par imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux démontrant des plaques disséminées de démyélinisation;
- des anomalies neurologiques précises persistant pendant plus de 6 mois et confirmées par IRM du système nerveux démontrant des plaques disséminées de démyélinisation;
- une seule poussée, confirmée par plusieurs IRM du système nerveux démontrant des plaques disséminées de démyélinisation apparues à des intervalles d'au moins un mois.

« **Sclérose généralisée évolutive** »

désigne le Diagnostic formel de sclérodémie généralisée évolutive avec atteinte systémique du cœur, des poumons ou des reins. Le Diagnostic doit être catégoriquement confirmé par des signes cliniques et sérologiques et une biopsie si disponible.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave :

- sclérodémie localisée (sclérodémie ou morphee linéaire);
- fasciite éosinophile;
- syndrome de CREST.

« **Spina bifida cystica** »

désigne le Diagnostic formel d'une anomalie congénitale causée par l'échec de la colonne vertébrale de correctement fermer, ce qui permet à la moelle épinière et à son enveloppe protectrice (méninges) de traverser la peau, le tout caractérisé par divers degrés suivants :

- hydrocéphalie;
- paralysie;
- problèmes intestinaux;
- problèmes urinaires.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave : spina bifida occulta.

« **Surdité** »

désigne le Diagnostic formel de la perte totale et Irréversible de l'ouïe des deux oreilles avec un seuil d'audition de 90 décibels ou plus à l'intérieur d'un registre de 500 à 3 000 hertz.

« **Syndrome de Down (Trisomie 21)** »

désigne le Diagnostic formel d'une anomalie congénitale causée par la présence d'un chromosome supplémentaire à la 21^e paire, cette anomalie étant caractérisée principalement par différents degrés de retard mental, d'autres troubles peuvent se manifester, dont la cardiopathie congénitale.

« **Tumeur cérébrale bénigne** »

désigne le Diagnostic formel d'une tumeur non maligne située dans la voûte du crâne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse. La tumeur doit nécessiter un traitement chirurgical ou une radiothérapie ou provoquer des déficits neurologiques objectifs et Irréversibles.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave : adénomes hypophysaires d'un diamètre inférieur à 10 mm.

De plus, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec la tumeur cérébrale bénigne s'il s'est produit l'un ou l'autre des événements suivants dans les 90 premiers jours suivant la dernière fois où l'assurance de la personne est entrée en vigueur en vertu de la présente garantie :

- la personne assurée a présenté des symptômes menant à un Diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couvert ou non par l'assurance) et cela sans égard à la date d'établissement du Diagnostic;
- la personne assurée a fait l'objet d'un Diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couvert ou non par l'assurance).

Restriction : L'Assureur doit être informé de l'existence des événements ci-dessus mentionnés, et cela au plus tard dans les 6 mois suivant la date d'établissement du Diagnostic, sans quoi il aura ensuite le droit de refuser toute demande de prestation portant sur une tumeur cérébrale bénigne ou sur toute Maladie grave causée par une tumeur cérébrale bénigne ou par son traitement.

GARANTIE COMPLÉMENTAIRE EN CAS DE CERTAINES MALADIES

En plus des Maladies graves décrites à la section « Définitions des maladies couvertes », les maladies suivantes sont couvertes en vertu de la Garantie complémentaire en cas de certaines maladies.

1. Angioplastie coronarienne
2. Arthrite rhumatoïde grave
3. Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)
4. Carcinome canalaire in situ du sein
5. Lupus érythémateux disséminé
6. Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie
7. Mélanome malin au stade 1A
8. Remplacement d'une hanche ou d'un genou par chirurgie

Angioplastie coronarienne

Une Intervention chirurgicale visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'une artère coronaire qui fournit le sang au cœur afin de permettre une circulation ininterrompue de sang.

Arthrite rhumatoïde grave

Le Diagnostic formel d'arthrite rhumatoïde séropositive grave qui doit comporter la destruction générale des articulations, affectant au moins 3 grosses articulations (celles des épaules, des coudes, des hanches, des genoux ou des chevilles) et 3 petites articulations (les articulations métacarpophalangiennes, ou interphalangiennes proximales, les articulations interphalangiennes du pouce, les articulations du poignet et les deuxième, troisième, quatrième et cinquième articulations métatarsophalangiennes). Le Diagnostic doit être confirmé par la démonstration clinique et radiologique de destruction articulaire et de déformation des articulations.

Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)

Le Diagnostic formel d'un cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, confirmé par un examen pathologique du tissu prostatique.

Carcinome canalaire in situ du sein

Le Diagnostic de carcinome canalaire in situ du sein, confirmé par biopsie.

Lupus érythémateux disséminé

Le Diagnostic formel de lupus érythémateux disséminé qui atteint les reins et nécessite au moins 6 mois consécutifs de corticothérapie, et qui est confirmé par des tests d'atteinte permanente à la fonction rénale démontrant un débit de filtration glomérulaire (DFG) inférieur à 30 ml/min./1,73 m². De plus, un test positif anticorps-antinucléaire (AAN) doit être réalisé.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave : toute autre forme de lupus, tel le lupus discoïdal et les formes de lupus qui ne touchent que les articulations et le système sanguin.

Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie

Le Diagnostic formel de maladie de Crohn confirmé par des résultats caractéristiques d'endoscopie et de données histologiques. Cette maladie doit aussi se caractériser par la présence d'abcès ou de fistules à l'intérieur de l'abdomen ou à l'anus ou par une obstruction ou perforation intestinale, ou ne pas répondre aux traitements non chirurgicaux. De plus, les symptômes doivent avoir persisté malgré un maximum de thérapie non chirurgicale et il doit être médicalement nécessaire de procéder à une Intervention chirurgicale comportant l'ablation d'au moins un segment de l'intestin.

Mélanome malin au stade 1A

Le Diagnostic confirmé par biopsie de la présence d'un mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V.

Remplacement d'une hanche ou remplacement d'un genou par chirurgie

Une Chirurgie avec ouverture menant au remplacement total d'une hanche ou de la totalité du genou par une prothèse, sous réserve de ce qui suit :

- (a) Pour que le remplacement d'une hanche soit considéré comme tel en vertu de la présente assurance, le col du fémur doit être remplacé. De plus, la chirurgie doit être effectuée à la fois avec arthroplastie totale et hémiarthroplastie (autant monopolaire que bipolaire).
- (b) Pour que le remplacement du genou soit considéré comme tel en vertu de la présente assurance, les trois compartiments du genou (fémoro-tibial interne, fémoro-tibial externe et fémoro-rotulien) doivent être remplacés.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec le remplacement d'une hanche ou le remplacement d'un genou : traitement arthroscopique des surfaces des articulations; reprise d'un remplacement total antérieur de la hanche ou du genou.

Capital assuré se rapportant à la garantie complémentaire en cas de certaines maladies

Si l'Employé assuré ou le Conjoint assuré reçoit le Diagnostic d'une des maladies énumérées ci-dessus pendant que son assurance est en vigueur et sous réserve des dispositions de la section « Période de survie » ainsi que de celles de la section « Conditions de réadmission », alors l'Assureur s'engage à payer à l'Employé assuré ou au Conjoint assuré :

- 1) Dans les cas suivants, 10 % du Capital assuré, sous réserve d'un maximum de 25 000 \$:
 - Angioplastie coronarienne
 - Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)
 - Carcinome canalaire in situ du sein
 - Mélanome malin au stade A

Pour les cas prévus au regroupement 1) ci-dessus, le paiement de la garantie complémentaire en cas de certaines maladies vient en complément du Capital assuré et ne peut être versé qu'une seule fois la vie durant, le tout sous réserve des limites mentionnées à la section « Conditions de réadmission ».

- 2) Dans les cas suivants, 10 % du Capital assuré, sous réserve d'un maximum de 10 000 \$:
 - Arthrite rhumatoïde sévère
 - Lupus érythémateux disséminé
 - Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie

Pour les cas prévus au regroupement 2) ci-dessus, le paiement de la garantie complémentaire en cas de certaines maladies vient en complément du Capital assuré et ne peut être versé qu'une seule fois la vie durant, le tout sous réserve des limites mentionnées à la section « Conditions de réadmission ».

- 3) Dans les cas suivants, 10 % du Capital assuré, sous réserve d'un maximum de 10 000 \$:
- Remplacement d'une hanche par chirurgie
 - Remplacement d'un genou par chirurgie

Pour les cas prévus au regroupement 3) ci-dessus, le paiement de la garantie complémentaire en cas de certaines maladies vient en complément du Capital assuré et ne peut être versé qu'une seule fois la vie durant, le tout sous réserve des limites mentionnées à la section « Conditions de réadmission ».

PRESTATION EN CAS DE RÉCIDIVE DE CANCER

L'Assureur versera le Capital assuré si l'Employé assuré ou le Conjoint assuré reçoit un Diagnostic de Cancer alors qu'il en a déjà reçu un, plus de soixante (60) mois auparavant et pourvu qu'aucun traitement directement ou indirectement lié au cancer n'ait été reçu au cours des soixante (60) mois en question. À ces fins, les médicaments utilisés à des fins préventives et les rencontres de suivi chez le médecin ne sont pas considérés comme des traitements. Le second de ces Diagnostics doit être reçu pendant que l'assurance de la personne est en vigueur.

GARANTIE PRESTATIONS MULTIPLES

Si l'Employé assuré ou le Conjoint assuré est atteint d'une Maladie grave couverte pour laquelle le Capital assuré a été versé (ou 10 % du Capital assuré en vertu de la Garantie complémentaire en cas de certaines maladies) et reçoit par la suite le Diagnostic d'une autre Maladie grave couverte, l'Assureur versera le Capital assuré (ou 10 % du Capital assuré en vertu de la Garantie complémentaire en cas de certaines maladies), sous réserve des dispositions de la section « Conditions de réadmission ».

Pour donner droit à un montant en vertu de la Garantie prestations multiples, le subséquent Diagnostic doit être posé 90 jours ou plus après le Diagnostic de l'autre Maladie grave couverte.

PROGRAMME DE SECONDE OPINION MÉDICALE

Pendant qu'elle est assurée au titre du présent régime, toute Personne assurée chez qui est Diagnostiquée une Maladie grave couverte obtient automatiquement accès au programme **Seconde opinion médicale** de AXA Assistance. Grâce à ce programme, l'Assuré peut obtenir un deuxième avis médical d'un Médecin Spécialiste hautement qualifié. Le dossier médical de l'Assuré est soumis à un examen approfondi afin de confirmer le Diagnostic initial et de recommander un traitement approprié.

Si l'une des Maladies graves couvertes a été diagnostiquée chez vous, chez votre Conjoint ou chez un de vos Enfants à charge assurés, il vous suffit de composer le **1 877 266-6550** pour bénéficier du programme Seconde opinion médicale de AXA Assistance.

CONDITIONS DE RÉADMISSION

Si une prestation a déjà été versée à un Employé assuré ou à un Conjoint assuré pour une Maladie grave couverte, l'assurance de la personne concernée est quand même maintenue, à condition que le paiement de la prime soit aussi maintenu. Le paiement éventuel d'autres prestations est assujéti à ce qui est prévu à l'ANNEXE DES EXCLUSIONS DE RÉADMISSION.

CONDITIONS DE PAIEMENT

Lorsqu'une personne reçoit le Diagnostic d'une Maladie grave pendant qu'elle est couverte par la présente assurance, et pourvu que la Période de survie requise soit complétée, l'Assureur lui verse le Capital assuré, sauf s'il en est prévu autrement au contrat collectif, le tout sous réserve des conditions et limitations du présent document.

BÉNÉFICIAIRES

Les montants payables en vertu de la présente assurance seront versés à l'Employé assuré ou au Conjoint assuré si c'est ce dernier qui a reçu le Diagnostic de la Maladie grave. Toutefois, tout montant qui demeure payable après que le bénéficiaire est devenu juridiquement incapable d'en recevoir le paiement sera versé à sa succession.

FIN DE L'ASSURANCE

Pour tout Assuré, l'assurance prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

A) À l'égard d'un Employé assuré :

1. la date de la résiliation de la Police;
2. la date d'échéance de la prime si le Contractant n'acquiesce pas la prime exigible, sauf en cas d'erreur commise par inadvertance;
3. la date d'échéance de la prime coïncidant avec ou suivant la date à laquelle l'Employé assuré atteint l'âge de soixante-dix (70) ans;
4. la date d'échéance de la prime coïncidant avec ou suivant la date où l'Employé assuré cesse d'être au service actif du Contractant en raison d'une absence autorisée, d'une mise à pied, d'un congé de maternité ou parental, d'une invalidité, d'une démission, d'un congédiement ou de la retraite, sous réserve de ce qui prévu aux dispositions suivantes :
 - Exonération de primes;
 - Maintien de participation lors d'une absence autorisée;
 - Prolongation d'assurance.
5. la date du décès de l'Employé assuré;
6. la date d'échéance de la prime coïncidant avec ou suivant la date de la remise par l'Employé assuré d'un avis d'annulation au Contractant.

B) À l'égard d'un Conjoint assuré :

1. la date à laquelle cette personne cesse de répondre à la définition de « Conjoint » telle qu'elle figure dans la Police;
2. la date d'échéance de la prime coïncidant avec ou suivant la date à laquelle le Conjoint assuré atteint l'âge de soixante-dix (70) ans;
3. la date à laquelle l'assurance de l'Employé prend fin.

C) Pour l'Enfant à charge assuré :

1. la date à laquelle cette personne cesse de répondre à la définition d'« Enfant à charge » telle qu'elle figure dans la Police;

2. la date à laquelle le paiement du Capital assuré a été effectué;
3. la date à laquelle l'assurance de l'Employé prend fin.

TRANSFORMATION EN UN CONTRAT D'ASSURANCE INDIVIDUELLE

Si l'assurance de l'Employé ou du Conjoint prend fin pour l'une des raisons suivantes :

- a) l'Employé assuré cesse d'être un employé actif du Contractant en raison d'une démission, d'un congédiement, de sa retraite ou de son non-retour au travail à la fin d'une invalidité totale; ou
- b) l'Employé assuré n'est plus une personne admissible à l'assurance de la présente garantie; ou
- c) la période de prolongation d'assurance prend fin;

L'Employé ou le Conjoint qui n'a pas encore atteint l'âge de soixante-cinq (65) peut remettre une demande écrite à l'Assureur dans les trente et un (31) jours de la fin de l'assurance afin d'obtenir une police individuelle d'assurance contre les Maladies graves. Sur réception de cette demande, l'Assureur émet, sans exiger de preuve d'assurabilité, une police individuelle d'assurance contre les Maladies graves à la personne qui en a fait la demande, et cela sans exiger de preuve d'assurabilité. L'assurance ainsi émise comporte 4 maladies graves [Accident vasculaire cérébral, Cancer (mettant la vie en danger), Chirurgie coronarienne et Crise cardiaque].

Cependant, la transformation ne sera pas possible si la Police détenue auprès de l'Assureur est déjà résiliée au moment de la demande. La personne ne peut transformer son assurance que si elle n'a jamais reçu de prestation en vertu de la présente assurance.

Le montant à transformer ne peut dépasser le plus petit des montants suivants :

- a) le Capital assuré en vigueur à la date de la fin de l'assurance; ou
- b) un plafond de cent mille dollars (100 000 \$) pour toutes les transformations demandées par une même personne.

La prime de la police individuelle d'assurance contre les Maladies graves établie conformément à ce qui précède est calculée selon le tarif établi par l'Assureur, d'après l'âge atteint de la personne à la date de la transformation. La police individuelle d'assurance contre les Maladies graves est renouvelable annuellement et la prime annuelle est payable par anticipation.

EXONÉRATION DE PRIMES

L'Assureur exonérera les primes de l'Employé assuré dans les cas suivants :

- A) Si l'Employé assuré détient une assurance vie avec exonération des primes ou une assurance invalidité de longue durée (ILD) et qu'il devienne totalement invalide pendant son assurance en vertu non seulement de la présente assurance, mais aussi en vertu de l'assurance vie ou de l'assurance invalidité de longue durée :

Dès le premier jour du mois suivant la date à laquelle l'Employé assuré commence à avoir droit à l'exonération des primes en vertu de son assurance vie ou de son assurance invalidité de longue durée.

- B) Si l'Employé assuré ne détient pas d'assurance vie avec exonération ni d'assurance invalidité de longue durée (ILD) et qu'il devienne totalement invalide pendant son assurance en vertu de la présente assurance :

Dès le premier jour du mois suivant les 6 premiers mois d'une période ininterrompue au cours de laquelle une blessure ou une maladie l'ont empêché d'occuper un emploi raisonnablement adapté à ses qualifications, compte tenu de son niveau de scolarité, de sa formation et de son expérience.

L'avis de l'invalidité doit être soumis à l'Assureur dans les douze (12) mois du début de l'invalidité totale et la preuve de l'invalidité doit être soumise à l'Assureur dans les trois (3) mois suivant la date de cet avis.

Les primes à l'égard du Conjoint assuré et des Enfants à charge assurés, s'il y a lieu, feront également l'objet d'une exonération si les primes de l'Employé assuré font l'objet d'une exonération.

Les primes continueront à être exonérées jusqu'à la première des dates suivantes :

1. la date de la fin de la présente assurance;
2. la date du soixante-cinquième (65^e) anniversaire de l'Employé assuré;
3. la date à laquelle l'Employé assuré cesse d'être totalement invalide;
4. la date à laquelle l'Employé assuré omet de fournir à l'Assureur une preuve satisfaisante de la continuité de l'invalidité totale dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la demande d'une telle preuve ou si l'Employé assuré refuse de se soumettre à un examen.

Le maintien de la participation à l'assurance par suite d'exonération des primes sera soumis aux exclusions, limitations et dispositions qui sont en vigueur au début de l'invalidité totale, y compris les dispositions prévoyant des réductions de Capital assuré.

Nonobstant toute autre disposition des présentes, en aucun cas les prestations payables pour tout Diagnostic de Maladie grave qui survient pendant que la participation à l'assurance est maintenue en vertu de l'exonération des primes ne peuvent dépasser le montant d'assurance qui aurait été payable à l'Assuré à la date de début de l'invalidité .

L'Assureur aura le droit de demander une preuve de la continuité de l'invalidité totale et pourrait également exiger que l'Employé assuré invalide se soumette à un examen par le personnel médical de l'Assureur, de temps à autre, lorsque l'Assureur voudrait raisonnablement l'exiger.

MAINTIEN DE PARTICIPATION PENDANT UNE ABSENCE AUTORISÉE

La participation à l'assurance peut être maintenue pour un Employé assuré, son Conjoint assuré et/ou ses Enfants à charge assurés pendant une absence autorisée, une mise à pied temporaire, un congé de maternité ou parental ou un congé pour invalidité de l'Employé assuré, pourvu que le paiement de la prime se poursuive.

Le maintien de la participation ne pourra toutefois pas se poursuivre après 0 h 01 :

- 1) à l'égard de toute absence autorisée par le Contractant, le premier (1^{er}) jour du mois suivant la fin d'une période de douze (12) mois ayant commencé à la date à laquelle cette absence autorisée a débuté ou à la date à laquelle l'Employé assuré retourne au travail à tout titre pour le Contractant ou pour un autre employeur, y compris un travail autonome, selon la première de ces éventualités. Le maintien de la participation pour des périodes de plus de douze (12) mois peut être octroyé, sous réserve d'une demande écrite soumise par le Contractant à l'Assureur;
- 2) à l'égard de toute mise à pied temporaire autorisée par le Contractant, le premier (1^{er}) jour du mois suivant la fin d'une période de six (6) mois ayant commencé à la date à laquelle cette mise à pied temporaire a débuté ou à la date à laquelle l'Employé assuré retourne au travail à tout titre pour le Contractant ou pour un autre employeur, y compris un travail autonome, selon la première de ces éventualités. Le maintien de la participation pour des périodes de plus de six (6) mois peut être octroyé, sous réserve d'une demande écrite soumise par le Contractant à l'Assureur;
- 3) à l'égard d'une grève, le trente et unième (31^e) jour suivant le début de la grève, ou plus tard si cela est approuvé par le Contractant;
- 4) à l'égard d'un congé de maternité ou parental autorisé par le Contractant, à la date à laquelle l'Employé assuré retourne au travail à tout titre pour le contractant ou pour un autre employeur, y compris un travail autonome; et
- 5) à l'égard d'une absence pour invalidité autorisée par le contractant, à la date à laquelle l'Employé assuré atteint l'âge de soixante-dix (70) ans, est admissible à une exonération de primes ou retourne au travail à tout titre, selon la première de ces éventualités.

Lorsque la participation à l'assurance est maintenue en vertu des dispositions du présent article, les dispositions qui s'appliquent sont celles qui étaient en vigueur au début de l'absence, y compris toute disposition prévoyant la réduction du Capital assuré.

Nonobstant toute stipulation contraire du régime, la prestation payable en raison d'un événement couvert survenu pendant le maintien de la participation ne peut en aucun cas dépasser le montant qui aurait été payable pour le même événement au début de l'absence.

PROLONGATION D'ASSURANCE

La participation à l'assurance de la Police sera maintenue pendant une période allant jusqu'à douze (12) mois pour l'Employé assuré dont le Contractant a mis fin à l'emploi si cette prolongation est exigée par une loi provinciale ou fédérale applicable en matière d'emploi ou par une convention d'indemnité de départ reçue par l'Employé assuré de la part du Contractant et que le paiement des primes conformément à la Proposition-cadre se poursuit. Dans ces conditions, l'assurance du Conjoint assuré et/ou des Enfants à charge assurés se poursuivra également, à la condition que le paiement des primes se poursuive.

Cette prolongation d'assurance prendra fin à 0 h 01, le premier (1er) jour du mois suivant la fin de la période de douze (12) mois ou la date à laquelle l'Employé assuré retournera au travail à tout titre, selon la première de ces éventualités.

La prolongation d'assurance peut être octroyée pour des périodes de plus de douze (12) mois, sous réserve d'une demande écrite soumise par le Contractant à l'Assureur.

Les dispositions qui s'appliqueront pendant la prolongation seront celles qui étaient en vigueur à la date de la cessation d'emploi, y compris toute disposition prévoyant la réduction du Capital assuré.

Nonobstant toute stipulation contraire de la Police, la prestation payable en raison d'un événement couvert survenu pendant la prolongation d'assurance ne peut en aucun cas dépasser le montant qui aurait été payable pour le même événement à la date de la cessation d'emploi.

EXCLUSIONS

Aucune prestation ne sera versée si une Maladie grave est le résultat direct ou indirect de l'une ou plusieurs des causes ou situations suivantes :

1. Dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant l'entrée en vigueur de l'assurance :
 - a) un Diagnostic de Cancer est posé; ou
 - b) la personne a présenté des signes ou symptômes de cancer ou a subi des investigations menant au Diagnostic de cancer (couvert ou non en vertu de cette Police) sans égard à la date du Diagnostic.
2. Dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant l'entrée en vigueur de l'assurance :
 - a) un Diagnostic de Tumeur cérébrale bénigne est posé; ou
 - b) la personne a présenté des signes ou symptômes de Tumeur cérébrale bénigne ou a subi des investigations menant au Diagnostic de Tumeur cérébrale bénigne sans égard à la date du Diagnostic.
3. Les conditions de la Période de survie ne sont pas respectées.
4. L'Assuré se blesse volontairement ou s'expose volontairement à une maladie, qu'il soit sain d'esprit ou non au moment de cet acte.
5. L'Assuré a utilisé des drogues illicites, ou toute drogue d'une façon contraire à celle prescrite, recommandée ou administrée par un Médecin ou contrairement à ses instructions, que ces drogues soient ou non disponibles uniquement sous ordonnance.

6. L'Assuré a un cancer qui se manifeste avant la date de prise d'effet de son assurance, si ce même cancer récidive ou se métastase après cette date de prise d'effet sauf si toutes les conditions à la section « Prestation en cas de récidive de Cancer » sont respectées.
7. L'Assuré a conduit un véhicule motorisé pendant que la concentration d'alcool dans son sang dépassait la limite légale s'appliquant à l'endroit où est survenu l'événement qui a été à l'origine de la Maladie grave.
8. L'Assuré a commis un acte criminel ou a provoqué des troubles, ou il a tenté de le faire.
9. La Maladie grave résulte de l'usage abusif d'alcool.
10. L'Assuré a participé à une émeute, à une guerre ou à une insurrection.
11. Des Antécédents médicaux, sauf si le Diagnostic de Maladie grave pour lequel une demande de règlement est faite est posé plus de vingt-quatre (24) mois après la date de prise d'effet de l'assurance de la personne concernée, et sous réserve de toute autre disposition de la section «Exclusion relative aux Antécédents médicaux».

EXCLUSION RELATIVE AUX ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Cette exclusion pour Antécédents médicaux s'applique seulement aux portions de Capital assuré qui sont obtenues sans preuves d'assurabilité et aux Maladies graves qui sont ajoutées à l'assurance sans preuves d'assurabilité.

Si l'assurance en cas de Maladies graves remplace directement une autre assurance comportant des garanties similaires et qui a pris fin dans les trente et un (31) jours précédant l'entrée en vigueur de l'assurance de remplacement, l'Assuré qui a satisfait la période d'exclusion pour les Antécédents médicaux dans l'ancien contrat sera réputé avoir satisfait la période d'exclusion pour les Antécédents médicaux du contrat de remplacement, mais uniquement jusqu'à concurrence du Capital assuré de l'ancien contrat et uniquement pour les Maladies graves couvertes par l'ancien contrat. Toute assurance obtenue sans preuves d'assurabilité, qu'il s'agisse d'un nouveau montant ou d'une nouvelle Maladie grave couverte, sera soumise aux termes de cette exclusion.

Si le contrat précédent a pris fin dans les trente et un (31) jours précédant la prise d'effet du contrat de remplacement, la portion de période d'exclusion pour Antécédents médicaux que l'Assuré a satisfaite dans l'ancien contrat est réduite de la période à satisfaire en vertu du contrat de remplacement, mais uniquement jusqu'à concurrence du montant d'assurance de l'ancien contrat et uniquement à l'égard des Maladies graves couvertes par cet ancien contrat. Tout autre montant et toute autre maladie seront assujetties à l'exclusion pour Antécédents médicaux.

PAIEMENT DE L'ASSURANCE

Prime mensuelle

Taux mensuel pour chaque tranche de 1 000 \$ du capital assuré (taxe de vente provinciale en sus) :

ÂGE	Taux de prime (\$)			
	Homme		Femme	
	Non-Fumeur	Fumeur	Non-Fumeur	Fumeur
15-19	0,080 \$	0,091 \$	0,069 \$	0,080 \$
20-24	0,085 \$	0,096 \$	0,065 \$	0,076 \$
25-29	0,114 \$	0,138 \$	0,108 \$	0,134 \$
30-34	0,122 \$	0,156 \$	0,141 \$	0,190 \$
35-39	0,140 \$	0,201 \$	0,168 \$	0,261 \$
40-44	0,197 \$	0,336 \$	0,215 \$	0,398 \$

Taux de prime (\$)					
		Homme		Femme	
ÂGE	Non-Fumeur	Fumeur	Non-Fumeur	Fumeur	
45-49	0,329 \$	0,665 \$	0,314 \$	0,653 \$	
50-54	0,516 \$	1,187 \$	0,427 \$	0,938 \$	
55-59	0,884 \$	2,176 \$	0,579 \$	1,245 \$	
60-64	1,506 \$	3,643 \$	0,857 \$	1,699 \$	
65	2,003 \$	4,848 \$	1,140 \$	2,260 \$	
66	2,203 \$	5,333 \$	1,254 \$	2,486 \$	
67	2,423 \$	5,866 \$	1,379 \$	2,734 \$	
68	2,665 \$	6,453 \$	1,517 \$	3,007 \$	
69	2,931 \$	7,098 \$	1,668 \$	3,307 \$	

Taux mensuel pour chaque tranche de 1 000 \$ du capital assuré (taxe de vente provinciale en sus) pour les Enfants à charge : 0,410 \$

Pour calculer la prime mensuelle à payer pour votre couverture ou pour celle de votre conjoint, utilisez le taux mensuel applicable (selon sur l'âge, le sexe et l'usage du tabac de la personne assurée) dans la table des taux mensuels ci-contre et multipliez ce taux par le nombre de tranches de 1 000 \$ comprises dans le capital assuré.

Pour calculer la prime mensuelle à payer pour assurer l'ensemble de vos enfants à charge, multipliez le taux de prime de 0,404 \$ par le nombre de tranches de 1 000 \$ comprises dans le capital assuré déterminé pour vos enfants à charge.

PAIEMENT DE LA PRIME

Les primes pour votre assurance ainsi que l'assurance de votre conjoint, si applicable, sont payées par vous grâce au prélèvement automatique sur la paie.

LIMITATION DES ENGAGEMENTS CONTRACTUELS

Lorsqu'une modification des régimes d'État, régimes fiscaux, régimes d'assurance prévus à des conditions de travail ou régimes de retraite d'employeurs a pour effet d'augmenter la valeur des engagements résultant du contrat, les dispositions de celui-ci continuent de s'appliquer comme si la modification n'avait pas été effectuée, à moins d'entente à l'effet contraire entre les parties. Toutefois, si la loi requiert une augmentation de la valeur des engagements contractuels, une prime additionnelle sera payable à l'Assureur par le Contractant. Cette prime sera égale à la hausse de la valeur des engagements contractuels.

LIEU DU DIAGNOSTIC

Si un Assuré présente une demande de règlement pour une Maladie grave se manifestant ou pour laquelle un Diagnostic est posé à l'extérieur du Canada ou des États-Unis, l'Assuré pourra avoir droit à cette indemnité au moment de son retour au Canada. Avant de déterminer l'admissibilité, l'Assureur dispose néanmoins du droit de demander à l'Assuré de passer un nouvel examen médical venant confirmer le Diagnostic de Maladie grave à son retour au Canada.

DEMANDES DE RÈGLEMENT

Déclaration de Maladie grave La déclaration écrite de la Maladie grave faisant l'objet d'une demande de règlement doit être remise à l'Assureur au plus tard trente (30) jours après le Diagnostic qui est à l'origine de la Maladie grave. Une telle déclaration doit être remise par écrit par l'Assuré, par le bénéficiaire ou par la personne qui a droit à la prestation en vertu de la Police, selon le cas, ou en leur nom, au 1200, Avenue Papineau, bureau 460, Montréal (Québec), H2K 4R5, à un de ses

bureaux régionaux ou à un de ses mandataires autorisés et accompagnée des renseignements permettant d'identifier l'Assuré dont la Maladie grave constitue le fondement de cette déclaration. Le fait de ne pas présenter la déclaration dans le délai imparti dans la Police n'invalide pas la demande de règlement s'il est prouvé qu'il n'était pas raisonnablement possible de le faire et que la déclaration a été présentée dès que possible, mais dans tous les cas pas plus d'un an après le Diagnostic.

Formulaires de demande de règlement Lorsque l'Assureur reçoit la déclaration, il fournit au demandeur les formulaires habituels de demande de règlement. Le demandeur qui, au bout de quinze (15) jours, n'a pas reçu ces formulaires est réputé s'être conformé aux exigences de la Police à l'égard des pièces justificatives de la Maladie grave si, dans le délai imparti dans la Police, il fournit les pièces justificatives de la Maladie grave exposant les circonstances, la nature et l'étendue de la Maladie grave qui fait l'objet de la demande de règlement.

Pièces justificatives de la Maladie grave Les pièces justificatives de la Maladie grave doivent être remises à l'Assureur au plus tard quatre-vingt-dix (90) jours après le Diagnostic qui est à l'origine de la Maladie grave. Le fait de ne pas présenter pièces justificatives dans le délai imparti, n'invalide pas la demande de règlement s'il est prouvé qu'il n'était pas raisonnablement possible de le faire et que la déclaration a été présentée dès que possible, mais dans tous les cas pas plus d'un an après le Diagnostic.

Examen physique et autopsie Tant que la demande de règlement est en cours de validation, l'Assureur se réserve le droit de faire examiner l'Assuré par un Médecin désigné par lui pour qu'il puisse confirmer le Diagnostic de Maladie grave. Il se réserve aussi le droit de faire subir à l'Assuré un examen physique toutes les fois qu'il le juge opportun, sous réserve toutefois qu'il en acquitte les frais. Il peut aussi exiger une autopsie en cas de décès, lorsque la loi le permet.

Versement des prestations Toutes les prestations payables en vertu de la Police sont réglées dès que l'Assureur juge suffisantes les preuves qu'il a reçues pour démontrer que les exigences de la Police sont respectées relativement à la Maladie grave concernée. Toutes les sommes payables en vertu de la Police le sont en monnaie légale du Canada.

ANNEXE DES EXCLUSIONS DE RÉADMISSION

La présente annexe fait état des exclusions de réadmission de toutes les Maladies graves qui peuvent se trouver dans l'un ou l'autre des ensembles offerts par l'Assureur pour l'Assurance en cas de maladies graves. Le contractant et les employés assurés sont ainsi avisés que l'Assureur continuera à appliquer ces exclusions même en cas de changement dans les choix de garanties d'Assurance en cas de maladies graves. Se reporter aux dispositions des garanties d'assurance en cas de maladies graves pour prendre connaissance des Maladies graves et Interventions chirurgicales effectivement couvertes par le contrat.

Lorsqu'une demande de règlement a été faite pour une personne assurée autre qu'un Enfant à charge et qu'une prestation a été jugée payable pour la situation décrite dans l'une des colonnes de droite du tableau ci-dessous, certaines des situations décrites dans la colonne de gauche ne peuvent plus donner droit à des prestations pour la même personne. Dans les cas où une situation ne peut plus donner droit à des prestations, un X se trouve à la fois vis-à-vis la situation décrite à gauche et la situation de la colonne concernée. De plus, pour qu'une situation puisse ouvrir droit à des prestations, elle doit être incluse dans la liste des Maladies graves couvertes pour la personne assurée ou à l'article « Garantie complémentaire en cas de certaines maladies ».

Lorsqu'une demande de règlement a été faite pour un Enfant à charge et qu'une prestation a été jugée payable, d'autres prestations ne peuvent en aucun cas devenir payables pour cet Enfant à charge, peu importe les maladies qui sont en cause.

ANNEXE DES EXCLUSIONS DE RÉADMISSION (suite)

	Si une prestation a été payée pour la situation suivante						
	Accident vasculaire cérébral	Anémie aplasique	Angioplastie coronarienne	Arthrite rhumatoïde grave	Brûlures graves	Cancer (mettant la vie en danger)	Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)
Aucune prestation ne peut devenir payable pour la situation subséquente suivante							
Accident vasculaire cérébral	X						
Anémie aplasique		X				X	
Angioplastie coronarienne	X		X				X
Arthrite rhumatoïde grave				X			
Brûlures graves					X		
Cancer (mettant la vie en danger)		X				X*	
Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)		X	X			X	X
Carcinome canalaire in situ du sein		X	X			X	X
Cardiomyopathie dilatée							
Cécité							
Chirurgie de l'aorte	X						
Coma	X						
Crise cardiaque	X						
Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe	X			X			
Démence, y compris la maladie d'Alzheimer	X						
Dystrophie musculaire							
Greffe d'un organe vital	X			X			
Hépatite virale fulminante							
Hypertension artérielle pulmonaire primitive							
Infection au VIH dans le cadre du travail							
Insuffisance hépatique à un stade avancé	X			X		X	
Insuffisance rénale	X			X			
Lupus érythémateux disséminé				X			
Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie				X			
Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques							
Maladie du motoneurone							
Mélanome malin au stade 1A		X	X			X	X
Méningite purulente							
Paralysie					X		
Perte d'autonomie	X	X		X	X	X	
Perte de l'usage de la parole							
Perte de membres							
Pontage aortocoronarien	X						
Remplacement d'une hanche par chirurgie				X			
Remplacement d'un genou par chirurgie				X			
Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque	X						
Sclérose en plaques							
Sclérose généralisée évolutive							
Surdité							
Tumeur cérébrale bénigne							

ANNEXE DES EXCLUSIONS DE RÉADMISSION (suite)

	Si une prestation a été payée pour la situation suivante						
	Carcinome canalaire in situ du sein	Cardiomyopathie dilatée	Cécité	Chirurgie de l'aorte	Coma	Crise cardiaque	Défaillance d'un organe vital avec inscription sur
Aucune prestation ne peut devenir payable pour la situation subséquente suivante							
Accident vasculaire cérébral		X		X	X	X	X
Anémie aplasique							X
Angioplastie coronarienne	X	X		X		X	
Arthrite rhumatoïde grave							
Brûlures graves							
Cancer (mettant la vie en danger)							X
Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)	X						X
Carcinome canalaire in situ du sein	X						X
Cardiomyopathie dilatée		X					
Cécité			X		X		
Chirurgie de l'aorte		X		X		X	
Coma		X		X	X	X	X
Crise cardiaque		X		X		X	X
Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe		X		X		X	X
Démence, y compris la maladie d'Alzheimer		X		X		X	
Dystrophie musculaire							
Greffe d'un organe vital		X		X		X	X
Hépatite virale fulminante							
Hypertension artérielle pulmonaire primitive							
Infection au VIH dans le cadre du travail							
Insuffisance hépatique à un stade avancé		X		X		X	X
Insuffisance rénale		X		X		X	X
Lupus érythémateux disséminé							
Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie							
Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques							
Maladie du motoneurone							
Mélanome malin au stade 1A	X						X
Méningite purulente							
Paralyse					X		
Perte d'autonomie		X	X	X	X	X	X
Perte de l'usage de la parole					X		
Perte de membres							
Pontage aortocoronarien		X		X		X	
Remplacement d'une hanche par chirurgie							
Remplacement d'un genou par chirurgie							

	Si une prestation a été payée pour la situation suivante						
	Carcinome canalaire in situ du sein	Cardiomyopathie dilatée	Cécité	Chirurgie de l'aorte	Coma	Crise cardiaque	Défaillance d'un organe vital avec inscription sur
Aucune prestation ne peut devenir payable pour la situation subséquente suivante							
Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque		X		X		X	
Sclérose en plaques							
Sclérose généralisée évolutive							
Surdité					X		
Tumeur cérébrale bénigne							

ANNEXE DES EXCLUSIONS DE RÉADMISSION (suite)

	Si une prestation a été payée pour la situation suivante						
	Démence, y compris la maladie d'Alzheimer	Dystrophie musculaire	Greffe d'un organe vital	Hépatite virale fulminante	Hypertension artérielle pulmonaire primitive	Infection au VIH dans le cadre du travail	Insuffisance hépatique à un stade avancé
Aucune prestation ne peut devenir payable pour la situation subséquente suivante							
Accident vasculaire cérébral		X	X		X	X	X
Anémie aplasique			X				
Angioplastie coronarienne							X
Arthrite rhumatoïde grave							
Brûlures graves							
Cancer (mettant la vie en danger)			X	X		X	X
Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)			X	X		X	X
Carcinome canalaire in situ du sein			X	X		X	X
Cardiomyopathie dilatée		X			X		
Cécité		X				X	X
Chirurgie de l'aorte					X		X
Coma		X	X		X	X	X
Crise cardiaque		X	X		X		X
Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe		X	X	X	X		X
Démence, y compris la maladie d'Alzheimer	X						
Dystrophie musculaire		X					
Greffe d'un organe vital		X	X	X	X		X
Hépatite virale fulminante				X			
Hypertension artérielle pulmonaire primitive					X		
Infection au VIH dans le cadre du travail						X	
Insuffisance hépatique à un stade avancé		X	X	X		X	X
Insuffisance rénale		X	X		X	X	X
Lupus érythémateux disséminé							
Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie							
Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques							
Maladie du motoneurone							
Mélanome malin au stade 1A			X	X		X	X
Méningite purulente							
Paralyse		X				X	X
Perte d'autonomie	X	X	X	X	X	X	X
Perte de l'usage de la parole		X				X	
Perte de membres							
Pontage aortocoronarien					X		X
Remplacement d'une hanche par chirurgie							
Remplacement d'un genou par chirurgie							
Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque		X			X		
Sclérose en plaques							X
Sclérose généralisée évolutive							X
Surdité		X				X	
Tumeur cérébrale bénigne							

ANNEXE DES EXCLUSIONS DE RÉADMISSION (suite)

	Si une prestation a été payée pour la situation suivante						
	Insuffisance rénale	Lupus érythémateux disséminé	Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie	Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques	Maladie du motoneurone	Mélanome malin au stade IA	Méningite purulente
Aucune prestation ne peut devenir payable pour la situation subséquente suivante							
Accident vasculaire cérébral	X	X			X		X
Anémie aplasique							
Angioplastie coronarienne						X	
Arthrite rhumatoïde grave	X	X	X				
Brûlures graves							
Cancer (mettant la vie en danger)							
Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)						X	
Carcinome canalaire in situ du sein						X	
Cardiomyopathie dilatée							
Cécité					X		X
Chirurgie de l'aorte							
Coma	X			X	X		X
Crise cardiaque	X				X		
Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe	X	X	X				
Démence, y compris la maladie d'Alzheimer							
Dystrophie musculaire							
Greffe d'un organe vital	X	X	X				
Hépatite virale fulminante							
Hypertension artérielle pulmonaire primitive		X					
Infection au VIH dans le cadre du travail							
Insuffisance hépatique à un stade avancé	X	X	X				
Insuffisance rénale	X	X	X				
Lupus érythémateux disséminé	X	X	X				
Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie	X	X	X				
Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques				X			
Maladie du motoneurone					X		
Mélanome malin au stade IA						X	
Méningite purulente							X
Paralysie				X	X		X
Perte d'autonomie	X	X	X	X	X		X
Perte de l'usage de la parole				X	X		X
Perte de membres							
Pontage aortocoronarien							
Remplacement d'une hanche par chirurgie							
Remplacement d'un genou par chirurgie							
Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque							
Sclérose en plaques							
Sclérose généralisée évolutive							
Surdité					X		X
Tumeur cérébrale bénigne							

ANNEXE DES EXCLUSIONS DE RÉADMISSION (suite)

	Si une prestation a été payée pour la situation suivante						
	Paralysie	Perte d'autonomie	Perte de l'usage de la parole	Perte de membres	Pontage aorto-coronarien	Remplacement d'une hanche par chirurgie	Remplacement d'un genou par chirurgie
Aucune prestation ne peut devenir payable pour la situation subséquente suivante							
Accident vasculaire cérébral		X			X		
Anémie aplasique		X					
Angioplastie coronarienne					X		
Arthrite rhumatoïde grave		X				X	X
Brûlures graves		X					
Cancer (mettant la vie en danger)		X					
Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)							
Carcinome canalaire in situ du sein							
Cardiomyopathie dilatée		X					
Cécité		X					
Chirurgie de l'aorte		X			X		
Coma	X	X			X		
Crise cardiaque		X			X		
Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe		X			X		
Démence, y compris la maladie d'Alzheimer		X			X		
Dystrophie musculaire		X					
Greffe d'un organe vital		X			X		
Hépatite virale fulminante		X					
Hypertension artérielle pulmonaire primitive		X					
Infection au VIH dans le cadre du travail		X					
Insuffisance hépatique à un stade avancé		X			X		
Insuffisance rénale		X			X		
Lupus érythémateux disséminé		X					
Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie		X					
Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques		X					
Maladie du motoneurone		X					
Mélanome malin au stade 1A							
Méningite purulente		X					
Paralysie	X	X					
Perte d'autonomie	X	X	X	X	X	X	X
Perte de l'usage de la parole	X	X	X				
Perte de membres		X		X			
Pontage aortocoronarien		X			X		
Remplacement d'une hanche par chirurgie		X				X	X
Remplacement d'un genou par chirurgie		X				X	X
Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque		X			X		
Sclérose en plaques		X					
Sclérose généralisée évolutive		X					
Surdité		X					
Tumeur cérébrale bénigne		X					

ANNEXE DES EXCLUSIONS DE RÉADMISSION (suite)

	Si une prestation a été payée pour la situation suivante				
	Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque	Sclérose en plaques	Sclérose généralisée évolutive	Surdité	Tumeur cérébrale bénigne
Aucune prestation ne peut devenir payable pour la situation subséquente suivante					
Accident vasculaire cérébral	X	X	X		X
Anémie aplasique					
Angioplastie coronarienne	X				
Arthrite rhumato�ide grave					
Brûlures graves					
Cancer (mettant la vie en danger)					
Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)					
Carcinome canalaire in situ du sein					
Cardiomyopathie dilatée					
Cécité		X			X
Chirurgie de l'aorte	X				
Coma	X	X	X		X
Crise cardiaque	X		X		
Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe	X		X		
Démence, y compris la maladie d'Alzheimer	X				
Dystrophie musculaire					
Greffe d'un organe vital	X		X		
Hépatite virale fulminante					
Hypertension artérielle pulmonaire primitive					
Infection au VIH dans le cadre du travail					
Insuffisance hépatique � un stade avancé	X		X		
Insuffisance rénale	X	X	X		
Lupus érythémateux disséminé					
Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie					
Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques					
Maladie du motoneurone					
Mélanome malin au stade 1A					
Méningite purulente					X
Paralysie		X			X
Perte d'autonomie	X	X	X	X	X
Perte de l'usage de la parole		X			X
Perte de membres					
Pontage aortocoronarien	X				
Remplacement d'une hanche par chirurgie					
Remplacement d'un genou par chirurgie					
Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque	X				
Sclérose en plaques		X			
Sclérose généralisée évolutive			X		
Surdité		X		X	X
Tumeur cérébrale bénigne					X

* Lorsqu'une demande a été faite pour une personne assurée en rapport avec un Cancer avec risque de décès, une autre demande pour Cancer ne peut être ultérieurement approuvée, sauf dans les cas où la garantie comporte l'article « Prestation en cas de récidive de Cancer » et que toutes les exigences qui y sont prévues sont respectées.

