



RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

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

N° de police : **97 000-B / 97 001**

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

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

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

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

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

Ce livret peut également être consulté sur notre site sécurisé Espace client, accessible via ia.ca, si offert dans le cadre de votre régime. Pour toute question relative aux couvertures, communiquer avec iA Groupe financier au 1 866 585-8843.

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

TABLE DES MATIÈRES

	Page
INTRODUCTION	1
TABLEAU SOMMAIRE	3
CONDITIONS GÉNÉRALES	18
ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT	41
ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DU PARTICIPANT	44
ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE	46
ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT	48
ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU CONJOINT	80
ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS	81
ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE	111
ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE	118
ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE	139
COPIE DU CONTRAT ET DES DOCUMENTS D'ADHÉSION	147
PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	148
ANNEXE – ASSURANCE FACULTATIVE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT (établie par iA Marchés spéciaux, une division de l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.)	149

INTRODUCTION

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

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

Nouvelle participante ou nouveau participant

Afin de participer au présent régime, vous devez remplir le formulaire *Demande de participation F54-018(16)* en désignant les garanties désirées et le transmettre à votre commission scolaire. Ce formulaire est disponible auprès de votre commission scolaire.

Modification à votre couverture

Toute demande de modification à votre couverture doit être transmise à votre commission scolaire au moyen du formulaire *Demande de participation F54-018(16)*. Ce formulaire est disponible auprès de votre commission scolaire.

Demande de règlement

a) Assurance vie

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

b) Exonération des primes et Invalidité de longue durée

Vous devez fournir une preuve de votre invalidité dans les cinq (5) mois suivant le début de votre invalidité. Veuillez remplir le formulaire *Demande de règlement F54-360* et le transmettre à votre commission scolaire. Ce formulaire est disponible auprès de votre commission scolaire.

c) Assurance maladie

i) **Médicaments** : Présentez au pharmacien votre carte d'assurance-médicaments; les renseignements requis pour traiter

INTRODUCTION (suite)

vosre demande de règlement nous seront transmis électroniquement. Si le service de carte d'assurance-médicaments n'est pas offert dans votre région, veuillez remplir le formulaire *Demande de règlement F54-326 (16)* disponible auprès de votre commission scolaire ou auprès de votre école.

- ii) **Autres frais :** Veuillez remplir le formulaire *Demande de règlement F54-326 (16)* disponible auprès de votre commission scolaire ou auprès de votre école.

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

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

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

Service de l'administration

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

1 866 585-8843

Service des règlements

Pour toute question relative aux frais admissibles ou pour toute demande de règlement, vous pouvez communiquer avec notre service des règlements au numéro suivant :

1 866 585-8843

TABLEAU SOMMAIRE

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

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

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

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

Les participants sont assurés selon les catégories ci-dessous :

Catégories

Enseignantes et enseignants à temps plein

Enseignantes et enseignants à temps partiel

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

CONDITIONS GÉNÉRALES

DATE D'ADMISSIBILITÉ

Un membre devient admissible à la plus tardive des dates suivantes, sous réserve de toutes les modalités et conditions énoncées dans la police collective :

a) à la date de prise d'effet du régime, s'il est alors à l'emploi de l'employeur,

ou

b) s'il n'est pas à l'emploi de l'employeur :

- i) à compter de la date prévue pour son entrée en service si son contrat prend effet entre la première journée ouvrable et la dernière journée ouvrable de l'année de travail; ou
- ii) à compter de la première journée ouvrable de l'année de travail si son contrat prend effet avant ou lors de la première journée ouvrable de l'année de travail.

ÂGE NORMAL DE LA RETRAITE

Dans la police collective, l'âge normal de la retraite est le premier jour du mois suivant ou coïncidant avec le 65^e anniversaire de naissance du participant.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT

Capital assuré

1 à 6 unités de 25 000 \$, au choix du participant.

Maximum : 75 000 \$ sans preuves d'assurabilité
 (si la demande est soumise dans les 60 jours de l'admissibilité)
 ou
 150 000 \$ avec preuves d'assurabilité.

Réduction et terminaison :

Cette garantie ne comporte aucune réduction en fonction de l'âge du participant et se termine à la retraite du participant.

LA PARTICIPATION À CETTE GARANTIE EST FACULTATIVE.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DU PARTICIPANT

Capital assuré

Unités de 25 000 \$

Maximum : 100 000 \$ avec preuves d'assurabilité

Terminaison :

Cette garantie se termine le premier jour du mois qui suit ou coïncide avec le 65^e anniversaire de naissance du participant ou à sa retraite, si elle est antérieure.

LA PARTICIPATION À CETTE GARANTIE EST FACULTATIVE.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

Capital assuré

Conjoint :	10 000 \$
Chaque enfant	
– ayant moins de 24 heures d'existence :	sans objet
– ayant 24 heures d'existence et plus :	5 000 \$

Terminaison :

Cette garantie se termine à la retraite du participant.

LA PARTICIPATION À CETTE GARANTIE EST FACULTATIVE.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

Capital assuré

Tranches de 5 000 \$

Minimum : 25 000 \$

Maximum : 500 000 \$

Tous les montants d'assurance maladie grave facultative requièrent des preuves d'assurabilité et sont assujettis à ce que l'assureur reçoive toutes les preuves exigées et donne acceptation des preuves d'assurabilité conformément à toutes les modalités et conditions indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

Terminaison :

L'assurance en vertu de cette garantie se termine le premier jour du mois qui suit ou coïncide avec le 70^e anniversaire de naissance du participant ou à sa retraite, si elle est antérieure.

Cependant, si le participant est absent du travail en raison d'une invalidité et était âgé de moins de 63 ans au début de cette invalidité, l'assurance en vertu de cette garantie se termine au 65^e anniversaire de naissance du participant, sauf s'il est retourné effectivement au travail avant son 65^e anniversaire de naissance.

Si le participant est absent du travail en raison d'une invalidité et était âgé de 63 ans ou plus, mais moins de 70 ans, au début de cette invalidité, l'assurance en vertu de cette garantie se termine après 24 mois consécutifs d'invalidité, sauf s'il retourne effectivement au travail dans les 24 premiers mois d'invalidité.

LA PARTICIPATION À CETTE GARANTIE EST FACULTATIVE.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU CONJOINT

Capital assuré

Tranches de 5 000 \$

Minimum : 25 000 \$

Maximum : 500 000 \$

Tous les montants d'assurance maladie grave facultative requièrent des preuves d'assurabilité et sont assujettis à ce que l'assureur reçoive toutes les preuves exigées et donne acceptation des preuves d'assurabilité conformément à toutes les modalités et conditions indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

Terminaison :

L'assurance en vertu de cette garantie se termine le premier jour du mois qui suit ou coïncide avec le 70^e anniversaire de naissance du conjoint ou à la date de la retraite du participant, si elle est antérieure.

LA PARTICIPATION À CETTE GARANTIE EST FACULTATIVE.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS

Capital assuré

Tranches de 5 000 \$

Minimum : 5 000 \$

Maximum : 10 000 \$

Des preuves d'assurabilité sont requises pour tout enfant dont l'assurance est censée prendre effet à la date où le participant décide d'assurer ses enfants en vertu de la présente garantie. Aucune preuve d'assurabilité ne sont requises pour un enfant dont l'assurance en vertu de la présente garantie prend effet alors que d'autres enfants du participant sont déjà assurés en vertu de la présente garantie.

Des preuves d'assurabilité sont requises pour toute augmentation d'assurance maladie grave facultative demandées par le participant, et cette dernière est assujettie à ce que l'assureur reçoive toutes les preuves exigées et donne acceptation des preuves d'assurabilité conformément à toutes les modalités et conditions indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective. Si les preuves d'assurabilité d'un des enfants du participant ne sont pas acceptées, l'augmentation d'assurance maladie grave facultative est refusée pour l'ensemble des enfants couverts du participant.

Terminaison :

Pour chaque enfant assuré, l'assurance en vertu de cette garantie se termine le premier jour du mois qui suit ou coïncide avec le 70^e anniversaire de naissance du participant ou à la date de la retraite du participant, si elle est antérieure.

LA PARTICIPATION À CETTE GARANTIE EST FACULTATIVE.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

Prestation mensuelle

50 % du salaire mensuel de base payable au début des prestations, le résultat étant arrondi au dollar suivant.

Toutefois, le maximum de toutes sources de revenu ne peut excéder 85 % du salaire net mensuel payable au début des prestations.

Délai de carence : 104 semaines

Période maximale de prestations : Jusqu'au 65^e anniversaire de naissance du participant

Taux annuel maximal d'indexation : 2 %

Les prestations sont non imposables.

Terminaison :

Cette garantie se termine au 65^e anniversaire de naissance du participant ou à sa retraite, si elle est antérieure.

**LA PARTICIPATION À CETTE GARANTIE EST OBLIGATOIRE POUR LES
ENSEIGNANTS À TEMPS PLEIN ET FACULTATIVE POUR LES
ENSEIGNANTS À TEMPS PARTIEL.**

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

FRAIS D'HOSPITALISATION DANS LA PROVINCE DE RÉSIDENCE

Franchise :	Remboursement :	Maximum quotidien :
aucune	100 %	chambre semi-privée

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

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

TOUS LES AUTRES FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS AU CANADA

Franchise

– participant seulement :	25 \$
– participant et conjoint :	50 \$
– participant et enfants :	50 \$
– participant, enfants et conjoint :	50 \$

Remboursement

– médicaments :	80 % des premiers 8 000 \$ (pour l'année 2024)* par certificat et 100 % de l'excédent
-----------------	---

Si la contribution maximale ⁽¹⁾ est atteinte par le participant ou par son conjoint durant une année civile, le pourcentage remboursé par l'assureur s'établit à 100 % pour le reste de l'année civile pour cette personne et, le cas échéant, pour ses enfants à charge.

– autres frais :	80 % (sauf si mention contraire au Tableau sommaire)
------------------	--

Maximum :	Illimité
-----------	----------

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

⁽¹⁾ Contribution maximale d'un participant et de son conjoint au cours d'une année civile :

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

La contribution maximale du participant comprendra également les sommes que celui-ci paie à titre de franchise ou de coassurance pour ses enfants à charge, le cas échéant.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

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

Terminaison :

Cette garantie se termine à la date de la retraite du participant.

LA PARTICIPATION À CETTE GARANTIE EST OBLIGATOIRE.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Les enseignants à temps partiel peuvent, dans le cas de leurs personnes à charge, opter pour la couverture de l'ensemble des frais admissibles à la présente garantie ou pour la partie relative aux médicaments de la présente garantie, le tout étant sujet à la franchise et au pourcentage de remboursement défini au présent TABLEAU SOMMAIRE.

Frais médicaux

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums par Personne assurée</u>
Tous les frais couverts en vertu de l'article «Frais médicaux engagés au Canada» de la garantie Assurance maladie complémentaire, autres que ceux indiqués ci-après	Illimité.
Vaccins de nature préventive	500 \$ par année civile. Ces frais sont assujettis à la franchise et au pourcentage de remboursement des médicaments.
Honoraires d'infirmiers	500 \$ par jour, maximum de 10 000 \$ par année civile.
Frais pour régions éloignées (frais de déplacement)	100 \$ par jour, 500 \$ par année civile. Ces frais sont remboursés à 100 %.
Prothèses mammaires	300 \$ par 24 mois consécutifs.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Frais médicaux (suite)

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums par Personne assurée</u>
Bas de contention	3 paires par année civile.
Séjour dans une maison de réadaptation ou une maison de convalescence	Tarif d'une chambre semi-privée, sans limite quant au nombre de jours. Ces frais ne comportent aucune franchise et sont remboursés à 100 %.
Frais d'analyses de laboratoire, d'électrocardiogrammes, d'électroencéphalogrammes, d'échographies de clarté nucale, de tests de dépistage prénataux, de traitements par radiation, de programmes de diagnostic gastro-intestinal et de radiographies faits dans un établissement commercial ou une clinique privée	Ces frais sont remboursés à 50 % des premiers 500 \$ de frais admissibles engagés dans une année civile et à 75 % des 1 500 \$ suivants.
Lunettes à la suite d'une opération de la cataracte	1 000 \$ par paire de lunettes
Lentilles cornéennes ou lentilles intra-oculaires à la suite d'une opération de la cataracte	500 \$ par œil à vie.
Prothèses capillaires	500 \$ par année civile.
Injections sclérosantes	20 \$ par visite.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Frais médicaux (suite)

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums par Personne assurée</u>
Cannabis à des fins médicales	500 \$ par année civile.
Honoraires paramédicaux d'un physiothérapeute et d'un thérapeute en réadaptation physique	35 \$ par visite. Un (1) traitement par jour. Ces frais sont remboursés à 100 %.
Honoraires paramédicaux d'un orthophoniste, d'un audiologiste et d'un ergothérapeute	Illimité. Un (1) traitement par jour.
Honoraires paramédicaux d'un chiropraticien, d'un ostéopathe, d'un podiatre (podologue *), d'un diététiste et d'un acupuncteur	30 \$ par visite, 30 \$ par radiographie. Maximum combiné de 500 \$ pour l'ensemble de ces professionnels. Un (1) traitement par jour. Ces frais sont remboursés à 100 %.
* <i>en Ontario et Saskatchewan seulement</i>	
Honoraires paramédicaux d'un psychologue (y compris les services de psychanalyse), d'un psychothérapeute, d'un travailleur social et d'un conseiller en orientation	Maximum combiné de 1 000 \$ par année civile pour l'ensemble de ces professionnels. Ces frais sont remboursés à 50 %.
Appareils de contrôle liés au diabète	Un (1) appareil à vie.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Frais médicaux (suite)

Frais couverts

Maximums par Personne assurée

Cure de désintoxication
d'alcoolisme et toxicomanie
(participant seulement)

175 \$ par jour, 35 jours par cure.
Une (1) cure à vie.

**Ces frais sont remboursés à
100 %.**

Examens de la vue et frais
oculaires

Examens de la vue, lunettes (verres
correcteurs et monture) ou lentilles
cornéennes jusqu'à concurrence d'un
maximum combiné de 200 \$ ou en
excédent de ce montant pour des
lentilles cornéennes, si médicalement
nécessaires et achetées suite à une
intervention chirurgicale et si l'achat
est effectué dans les 12 mois de la
date d'intervention.

Un seul de ces maximums s'applique
par période de 24 mois consécutifs.

**Les frais sont sujets à la franchise
et sont remboursés à 100 %.**

CONDITIONS GÉNÉRALES

DÉFINITIONS

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

Accident : La survenance soudaine, violente et imprévisible d'un événement extérieur à une personne.

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

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

Association : L'*Association provinciale des enseignantes et enseignants du Québec* (APEQ).

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

Commission scolaire : Une commission scolaire couverte par une convention collective avec un syndicat affilié à l'APEQ.

Délai de carence : La période continue indiquée au Tableau sommaire pendant laquelle le participant doit être absent du travail par suite d'une invalidité avant d'avoir droit à des prestations en vertu d'une garantie d'assurance salaire.

Effectivement au travail : L'état d'un participant qui accomplit ses tâches et fonctions habituelles sur une base continue. Lorsqu'il est fait mention d'un nombre de jours de travail à temps plein, les jours de congé chômés sont considérés comme des jours de travail à temps plein.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Employé : Un enseignant à temps plein ou à temps partiel, couvert par une convention collective avec un syndicat affilié à l'APEQ, de même que toute personne à l'emploi d'une commission scolaire et acceptée à l'assurance selon un consentement mutuel entre le CPNCA et l'APEQ et selon les modalités convenues entre eux.

Employeur : Une commission scolaire couverte par une convention collective avec un syndicat affilié à l'APEQ.

Invalidité : Un état d'incapacité résultant d'une maladie, y compris une intervention chirurgicale reliée directement à la planification familiale, d'un accident ou d'une complication d'une grossesse, qui nécessite des soins médicaux et qui, pendant le délai de carence et les 12 premiers mois d'invalidité suivant le délai de carence, empêche complètement le participant d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou de tout autre emploi analogue comportant une rémunération similaire qui lui est offerte par l'employeur et, après les 12 premiers mois d'invalidité suivant le délai de carence, empêche complètement le participant d'exercer tout travail rémunérateur auquel son éducation, sa formation et son expérience l'ont raisonnablement préparé et cela, sans égard à la disponibilité de ce type de travail.

Jour : Un jour civil, sauf stipulation contraire dans le présent contrat.

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

Médecin : Tout médecin légalement autorisé à pratiquer la médecine.

Participant : Tout employé admis à l'assurance.

Période d'admissibilité : La période continue, telle que prévue au Tableau sommaire, pendant laquelle l'employé doit être effectivement au travail avant d'être admissible à l'assurance.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Période d'invalidité : Toute période continue d'invalidité ou une suite de périodes successives d'invalidité séparées par moins de :

- i) 35 jours de travail effectif à temps plein ou de disponibilité pour un travail à temps plein, ou
- ii) 8 jours de travail effectif à temps plein, si la période d'invalidité qui précède son retour au travail est égale ou inférieure à 3 mois civils, excluant la période se situant entre la fin de l'année de travail et le début de l'année de travail subséquente et les périodes de vacances annuelles pour les enseignants à l'éducation aux adultes et de la formation professionnelle,

à moins que le participant n'établisse de façon satisfaisante qu'une période subséquente d'invalidité est attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente.

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

a) Conjoint

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

La séparation de fait depuis plus de 3 mois fait perdre ce statut de conjoint aux fins de la présente police.

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

b) Enfant

Tout enfant non marié du participant, de son conjoint ou des deux, ou un enfant habitant chez le participant pour lequel des procédures d'adoption sont entreprises, qui s'en remet entièrement au participant pour sa subsistance et son entretien et remplit au moins une des conditions suivantes :

- i) Être âgé de moins de 18 ans; ou

CONDITIONS GÉNÉRALES

- ii) Être âgé de moins de 26 ans et fréquenter à temps plein une institution d'enseignement reconnue; ou
- iii) Avoir un handicap mental ou physique et être incapable de gagner sa vie en raison de ce handicap, pourvu que le handicap en question se soit déclaré lorsqu'il était enfant tel que défini en vertu de i) ou ii).

Personne assurée : Le participant et les personnes à sa charge assurées en vertu de la police collective.

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

Salaire annuel : La rémunération à laquelle l'échelon d'expérience et la catégorie d'un enseignant lui donne droit selon l'échelle de traitement prévue à la convention collective, tel que déclaré par l'employeur.

Salaire brut mensuel payable au début des prestations : Le salaire mensuel que le participant aurait dû recevoir immédiatement avant le début du versement des prestations s'il avait été effectivement au travail.

Salaire hebdomadaire : Le salaire annuel du participant divisé par 52.

Salaire indexé brut mensuel payable au début des prestations : Le salaire mensuel que le participant aurait dû recevoir immédiatement avant le début du versement des prestations s'il avait été effectivement au travail, augmenté chaque 1^{er} mars qui coïncide ou qui suit le prochain anniversaire de la date à laquelle le participant a eu droit à la prestation mensuelle selon l'indice des prix à la consommation (tel que publié par le gouvernement du Canada) de l'année civile qui précède.

Salaire mensuel : Le salaire annuel du participant divisé par 12.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Salaire net : Le salaire annuel du participant qu'il aurait reçu à la dernière semaine du délai de carence de la garantie d'assurance salaire de longue durée du présent régime, n'eut été de son invalidité, moins les déductions suivantes :

- a) La cotisation payable annuellement par l'employé en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi;
- b) La cotisation annuelle au Régime de rentes du Québec ou au Régime de pensions du Canada;
- c) L'impôt sur le revenu selon les tables d'impôt établies en vertu de la Loi canadienne de l'impôt sur le revenu et de la Loi de l'impôt sur le revenu de la province de résidence du participant;
- d) La cotisation annuelle au Régime québécois d'assurance parentale.

Salaire net mensuel payable au début des prestations : Le salaire mensuel que le participant aurait dû recevoir immédiatement avant le début du versement des prestations s'il avait été effectivement au travail, réduit des retenues d'impôts, du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada, d'assurance-emploi et du Régime québécois d'assurance parentale.

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

MODIFICATION AUX RÉGIMES GOUVERNEMENTAUX

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

CONDITIONS GÉNÉRALES

Malgré ce qui précède, l'assureur peut modifier le présent régime, après sa date de prise d'effet, si une modification apportée à un régime gouvernemental change le risque de l'assureur dont notamment la capacité de l'assureur à réduire le montant de la prestation payable par l'assureur. Toute modification du présent régime en vertu du présent paragraphe s'applique à compter de sa prise d'effet à tous les participants, qu'ils soient ou non effectivement au travail, ainsi que leurs personnes à charge.

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

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

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

INCONTESTABILITÉ

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

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

les déclarations faites par le participant ou la personne à charge comme preuves d'assurabilité seront acceptées comme vraies et ne seront pas

CONDITIONS GÉNÉRALES

contestées par l'assureur après la dernière des dates énumérées ci-dessous, pourvu que le participant ou la personne à charge soit vivant à cette date :

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

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

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

MONNAIE LÉGALE

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

ASSURANCE CHEZ UN TIERS

Un participant admissible à la garantie Assurance maladie complémentaire peut renoncer à ces garanties s'il bénéficie d'une couverture comparable au terme du présent régime ou d'un autre régime.

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

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

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

CONDITIONS GÉNÉRALES

ADMISSIBILITÉ

Employé

- a) Est admissible à la garantie d'Assurance vie du participant, à la garantie d'Assurance vie additionnelle du participant, à la garantie d'Assurance vie des personnes à charge, à la garantie d'Assurance maladie complémentaire et à la garantie d'Assurance salaire de longue durée :
 - i) l'enseignant à temps plein;
 - ii) l'enseignant à temps partiel;
 - iii) toute personne ou tout groupe de personnes à l'emploi d'une commission scolaire, selon un consentement entre le CPNCA et l'APEQ et selon les modalités convenues entre eux, sous réserve de ce qui est ci-après stipulé.

Cependant, un employé n'est pas admissible à la garantie d'Assurance salaire de longue durée s'il atteint l'âge de 65 ans avant la fin du délai de carence prévu pour cette garantie au Tableau sommaire.

- b) Les personnes assurées immédiatement avant l'entrée en vigueur du présent contrat à un régime collectif dont l'APEQ est le titulaire de la police sont admissibles aux présentes garanties.
- c) L'admissibilité d'un employé débute :
 - i) à la date de prise d'effet du présent contrat s'il est à l'emploi d'une commission scolaire à cette date;
 - ii) dans tous les autres cas, à la date spécifiée au Tableau sommaire, le cas échéant.

Personnes à charge

Toute personne à charge d'un participant est admissible à l'assurance, soit à la même date que le participant, si elle est déjà une personne à charge, soit à la date à laquelle elle le devient.

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

CONDITIONS GÉNÉRALES

PARTICIPATION À LA GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- a) La participation à cette garantie est obligatoire pour tout employé qui remplit les conditions d'admissibilité décrites à l'alinéa ADMISSIBILITÉ ci-dessus.

Toutefois, un participant peut, moyennant un préavis écrit à son employeur, refuser ou cesser de participer à ladite garantie à compter de la fin de la période de prime visée par le préavis, à condition qu'il établisse de façon satisfaisante qu'il est assuré en vertu d'une garantie d'assurance collective comportant des prestations similaires.

Un participant âgé de moins de 65 ans qui a refusé ou cessé de participer à la garantie d'Assurance maladie complémentaire, en conformité avec les dispositions du paragraphe précédent, peut y participer aux conditions suivantes :

- i) Il doit établir à la satisfaction de l'assureur :
- qu'il était antérieurement assuré en vertu de ladite garantie ou d'une garantie d'assurance maladie complémentaire de tout autre régime comportant des prestations similaires;
 - qu'il lui est impossible de continuer à participer à ladite garantie ou audit régime;
 - qu'il présente sa demande de participation à l'intérieur d'une période de 60 jours suivant la cessation de son assurance. S'il présente sa demande de participation plus de 60 jours après la cessation de son assurance, l'assurance prévue à la garantie d'Assurance maladie complémentaire ne prendra effet que le premier jour du mois qui suit la fin d'une période de 60 jours commençant à la date de réception de la demande de participation par l'assureur.
- ii) Dans le cas d'un employé qui, antérieurement à sa demande de participation, n'était pas assuré en vertu de la garantie d'Assurance maladie complémentaire, l'assureur ne peut être tenu responsable du paiement des prestations qui pourraient être payables par l'assureur précédent en vertu d'une clause de prolongation, de transformation ou autrement;

CONDITIONS GÉNÉRALES

- b) Tout employé ayant une ou des personnes à charges peut, selon le cas, s'assurer comme employé sans personne à charge ou comme employé avec personnes à charge au moyen d'un formulaire rempli par l'employé et transmis à l'assureur par l'intermédiaire de l'employeur dans le cas de l'employé et directement à l'assureur dans le cas d'un retraité.

Dans le cas des enseignants à temps partiel, si ce formulaire est complété plus de 60 jours après la date à laquelle ses personnes à charge deviennent admissibles, l'employé doit, à ses frais, fournir des preuves d'assurabilité pour ses personnes à charges, à la satisfaction de l'assureur. Les personnes à charge pourront bénéficier de la couverture de médicaments prévue par le présent contrat dès la date de la demande et des garanties additionnelles dès l'acceptation par l'assureur des preuves d'assurabilité.

- c) Tout enseignant à temps plein peut assurer ses enfants à charge, ou son conjoint et ses enfants à charge pour la garantie d'Assurance maladie complémentaire.
- d) Tout enseignant à temps partiel peut assurer ses enfants à charge ou son conjoint et ses enfants à charge pour la garantie d'Assurance maladie complémentaire ou pour la protection prévue par la couverture de médicaments du présent régime.

PARTICIPATION À LA GARANTIE D'ASSURANCE VIE

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

Tout employé admissible qui désire participer à cette garantie doit remplir une demande de participation à cet effet et soumettre à l'assureur des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par ce dernier pour tout montant excédant le maximum sans preuve.

Tout employé peut assurer ses enfants à charge, ou son conjoint et ses enfants à charge pour la garantie d'assurance vie des personnes à charge.

CONDITIONS GÉNÉRALES

PARTICIPATION À LA GARANTIE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

La participation à cette garantie suppose la participation à la garantie d'assurance maladie complémentaire à moins d'en être exempté conformément aux dispositions décrites à l'alinéa PARTICIPATION À LA GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE.

La participation à la garantie d'assurance salaire de longue durée est obligatoire pour les enseignants à temps plein, et facultative pour les enseignants à temps partiel.

Toutefois, un enseignant à temps plein peut être exempté de participer s'il en fait la demande à son employeur et établit, à la satisfaction de l'assureur, qu'il remplit au moins une des conditions suivantes :

- Il participe au *Régime de retraite des enseignants (RRE)*;
- Il participe au *Régime de retraite des fonctionnaires (RRF)* ou au *Régime de retraite de certains enseignants (RRCE)*, ou au *Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP)* et est âgé d'au moins 53 ans;
- Il est membre d'une corporation professionnelle et est assuré par une garantie similaire d'assurance collective (une preuve à l'effet que l'assurance dudit participant est en vigueur ainsi qu'une copie de la police devront être jointes à la demande d'exemption de participation);
- Il demande ou a demandé un départ à la retraite sans possibilité de retour, si ledit départ à la retraite doit être fait à l'intérieur d'un délai de 2 ans à compter de la date de demande d'exemption de participation à la présente garantie (une copie de l'entente de départ doit être jointe à la demande d'exemption de participation).

Tout employé admissible qui désire participer à cette garantie doit remplir une demande de participation à cet effet et la faire parvenir à l'assureur par l'intermédiaire de son employeur.

Aucune preuve d'assurabilité n'est exigible dans le cas d'un employé qui devient admissible après la date d'entrée en vigueur du présent contrat et qui a rempli une demande de participation et l'a fait parvenir à l'assureur dans les 60 jours de la date à laquelle il est devenu admissible à la présente garantie.

CONDITIONS GÉNÉRALES

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

- a) L'assurance de l'employé, quel que soit son état d'assurabilité, prend effet à la date d'entrée en vigueur du présent contrat, s'il remplit alors les conditions d'admissibilité, sinon le jour où il remplit ces conditions.

Conformément aux stipulations de la clause PARTICIPATION À LA GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE, l'assurance d'un employé qui avait cessé de participer au régime, en conformité avec les dispositions prévues à ladite clause, prend effet le premier jour du mois au cours duquel la demande parvient à l'assureur.

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

Dans le cas des enseignants à temps partiel, si la demande relative aux personnes à charge est reçue par l'assureur plus de 60 jours suivant la date de leur admissibilité, des preuves d'assurabilité seront exigées.

Les personnes à charge bénéficieront de la couverture de médicaments du présent contrat dès la date de la demande et des garanties additionnelles dès l'acceptation par l'assureur des preuves d'assurabilité.

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

- a) Employées ou employés actuels assurés en vertu de la garantie antérieure d'assurance vie en vigueur immédiatement avant la date d'entrée en vigueur du présent régime :

L'assurance débute à la date de prise d'effet du régime, pourvu que l'employée ou l'employé soit alors effectivement au travail, sinon à la date de son retour au travail.

CONDITIONS GÉNÉRALES

- b) Employés qui deviennent admissibles après la date d'entrée en vigueur du présent contrat :

L'assurance de tel employé prend effet à la date à laquelle il devient admissible, pourvu qu'il remplisse une demande de participation et qu'il la fasse parvenir à l'assureur dans les 60 jours de cette date et pourvu qu'il soit alors effectivement au travail, sinon à la date de son retour au travail.

Si la demande de participation est complétée et reçue par l'assureur après cette période de 60 jours, l'employé doit fournir, à ses frais, des preuves d'assurabilité à la satisfaction de l'assureur. Il est admis à l'assurance le premier jour du mois qui suit la réception par l'employeur de l'acceptation de la demande de participation par l'assureur si lesdites preuves ont été acceptées dans un délai de 30 jours suivant la réception de la dernière preuve à fournir par l'employé, pourvu que ce dernier soit alors effectivement au travail, sinon à la date de son retour au travail.

Si les preuves d'assurabilité ne sont pas acceptées par l'assureur dans ledit délai de 30 jours, la prise d'effet se fait à compter de la date qui correspond au premier jour du mois qui suit un délai de 30 jours suivant la réception de la dernière preuve à fournir par l'employé, pourvu que ce dernier soit alors effectivement au travail, sinon à la date de son retour au travail et à condition que les preuves d'assurabilité soient ultérieurement acceptées par l'assureur.

- c) L'assurance des personnes à charge prend effet à la dernière des dates suivantes :

- i) la date à laquelle l'assurance de l'employé prend effet;
- ii) la date qui correspond au premier jour du mois qui suit la réception par l'employeur de l'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur;
- iii) la date à laquelle elle devient une personne à la charge de l'employé ou du retraité.

CONDITIONS GÉNÉRALES

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE EN VERTU DE LA GARANTIE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

- a) Employées ou employés actuels assurés en vertu de la garantie antérieure d'assurance salaire de longue durée en vigueur immédiatement avant la date d'entrée en vigueur du présent régime :

L'assurance commence à la date de prise d'effet du régime, pourvu que l'employée ou l'employé soit alors effectivement au travail ou l'ait été le dernier jour où elle ou il devait normalement être au travail, sinon la date de son retour au travail.

- b) Employés qui deviennent admissibles après la date d'entrée en vigueur du présent contrat :

L'assurance de tel employé commence à la date à laquelle il devient admissible, pourvu qu'il remplisse une demande de participation et qu'il la fasse parvenir à l'assureur dans les 60 jours de cette date et pourvu qu'il soit alors effectivement au travail, sinon à la date de son retour au travail.

Si la demande de participation est complétée et reçue par l'assureur après cette période de 60 jours, l'employé doit fournir, à ses frais, des preuves d'assurabilité à la satisfaction de l'assureur. Il est admis à l'assurance le premier jour du mois qui suit la réception par l'employeur de l'acceptation de la demande de participation par l'assureur si lesdites preuves ont été acceptées dans un délai de 30 jours suivant la réception de la dernière preuve à fournir par l'employé, pourvu que ce dernier soit alors effectivement au travail, sinon à la date de son retour au travail.

Si les preuves d'assurabilité ne sont pas acceptées par l'assureur dans ledit délai de 30 jours, la prise d'effet se fait à compter de la date qui correspond au premier jour du mois qui suit un délai de 30 jours suivant la réception de la dernière preuve à fournir par l'employé, pourvu que ce dernier soit alors effectivement au travail, sinon à la date de son retour au travail et à condition que les preuves d'assurabilité soient ultérieurement acceptées par l'assureur.

CONDITIONS GÉNÉRALES

FIN DE L'ASSURANCE

Assurance maladie complémentaire

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

- a) La date de résiliation de la garantie ou du présent régime;
- b) La date à laquelle il cesse de remplir les conditions d'admissibilité;
- c) La date à laquelle il cesse de résider à temps plein au Canada;
- d) La date à laquelle il cesse d'être assuré par le régime d'assurance-maladie de sa province de résidence;
- e) La date à laquelle il cesse de participer selon les termes de la clause PARTICIPATION À LA GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE;
- f) La date à laquelle il est incarcéré suite à la commission d'un acte criminel pour lequel il a été reconnu coupable.

Autres garanties

L'assurance de tout participant, en vertu de la garantie concernée, se termine à 0 h 00, à la première des dates suivantes :

- a) La date de terminaison du présent contrat;
- b) La date à laquelle il cesse de résider à temps plein au Canada, à l'exception des retraités;
- c) La date à laquelle il cesse de participer à la garantie d'assurance maladie complémentaire, sauf s'il est exempté en conformité avec la clause ADMISSIBILITÉ;
- d) La date de terminaison de la garantie concernée;
- e) Au décès du participant;
- f) La date à laquelle le participant est incarcéré suite à la commission d'un acte criminel pour lequel il a été reconnu coupable.

CONDITIONS GÉNÉRALES

- Dans le cas de la garantie d'assurance vie, à la première des dates suivantes :
 - a) À l'âge indiqué au Tableau sommaire;
 - b) La date de sa retraite si le participant omet de soumettre une demande de maintien de l'assurance dans les délais prévus.
- Dans le cas de la garantie d'assurance salaire de longue durée, la date à laquelle le participant atteint son 63^e anniversaire de naissance, s'il n'est pas atteint d'invalidité totale.
- L'assurance de toute personne à charge se termine à 0 h 00, à la première des dates suivantes :
 - a) La date de terminaison de la garantie concernée ou du présent contrat;
 - b) La date de terminaison de l'assurance du participant dont elle est à charge;
 - c) La date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge aux termes du présent contrat;
 - d) La date à laquelle elle cesse de résider à temps plein au Canada;
 - e) La date à laquelle elle cesse d'être assuré par le régime d'assurance-maladie de sa province de résidence;
 - f) Le premier jour du mois qui suit la date de réception par l'employeur d'un avis écrit du participant avec personnes à charge qui demande de s'assurer sans personne à charge.

INTERRUPTION DE L'ASSURANCE D'UN PARTICIPANT

- a) Dans le cas d'absence temporaire sans rémunération prévue à l'entente, la participation est suspendue (à l'exception de la garantie d'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE du présent contrat, à condition que les primes soient payées) pour la durée de l'absence et reprend automatiquement dès le retour au travail effectif avec rémunération. Cependant, le participant peut maintenir en vigueur sa

CONDITIONS GÉNÉRALES

participation à toutes les garanties, en payant lui-même, par l'intermédiaire de l'employeur, la prime totale prévue au présent contrat conformément à la situation prévalant avant le début de cette absence temporaire sans rémunération.

- b) Dans le cas d'absence temporaire avec rémunération, la participation est maintenue pour toutes les garanties.
- c) Dans le cas où un participant est congédié et que le congédiement est contesté par voie de grief ou de recours à l'arbitrage au sens du code du travail, le participant peut maintenir en vigueur l'assurance prévue par les garanties auxquelles il participait conformément à la situation prévalant avant le début du congédiement contesté, en payant lui-même, par l'intermédiaire de l'employeur, la prime totale prévue au contrat jusqu'à ce que la décision soit rendue.
- d) Le participant qui ne se prévaut pas des dispositions de la présente clause permettant le maintien de l'assurance dès le début de son absence temporaire sans rémunération ne peut le faire plus tard au cours de cette absence.
- e) Si l'assurance est maintenue, une invalidité débutant pendant une interruption temporaire de travail est considérée comme ayant débuté à la date à laquelle le participant doit normalement être de retour au travail.

DEMANDE DE RÈGLEMENT ET DÉLAI

♦ **Assurance maladie complémentaire :**

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

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

Cependant, si le présent régime prend fin, une demande de règlement doit être soumise à l'assureur dans les 90 jours suivant la date de résiliation du régime.

CONDITIONS GÉNÉRALES

- ♦ **Assurance vie du participant, Assurance vie additionnelle du participant ou Assurance vie des personnes à charge :**

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

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

- ♦ **Assurance maladie grave :**

Toute demande de règlement d'Assurance maladie grave doit être reçue par l'assureur le plus rapidement possible après la date de survenance de la maladie ou de la chirurgie couverte, mais dans tous les cas, à l'intérieur de la période d'un an de la date de survenance de la maladie ou de la chirurgie couverte, à moins d'indication contraire en vertu de la garantie Assurance maladie grave.

- ♦ **Assurance salaire de longue durée :**

Toute demande de règlement doit être reçue par l'assureur dans les 90 jours suivant immédiatement la fin du délai de carence du participant.

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

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

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

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

CONDITIONS GÉNÉRALES

Au moment d'une demande de règlement relative à une prestation basée sur le salaire du participant, le montant du salaire qui sert à déterminer la prestation est le moindre :

- a) du salaire le plus récemment déclaré par la commission scolaire à l'assureur et qui a servi au calcul de la prime à verser; et
- b) du salaire réel du participant au moment de l'événement qui fait l'objet de la demande de règlement, tel qu'établi d'après la définition de salaire indiquée dans la police collective.

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

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

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

DROIT DE L'ASSUREUR DE FAIRE EXAMINER UN DEMANDEUR

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

CONDITIONS GÉNÉRALES

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

BÉNÉFICIAIRE

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

Toutes les prestations, autres que celles prévues par la garantie d'Assurance vie du participant et la garantie d'Assurance vie additionnelle du participant, sont payables seulement au participant, ou à sa succession, si le participant est décédé au moment du paiement des prestations, à moins d'indication contraire.

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

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

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

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

CONDITIONS GÉNÉRALES

PAIEMENT DES PRESTATIONS

L'assureur paiera les sommes assurées, suivant les conditions du contrat, dans les 30 jours qui suivent la date de réception des preuves jugées satisfaisantes par l'assureur. Toutefois, s'il s'agit d'une invalidité, le délai de 30 jours commence à la date d'expiration du délai de carence, si cette date est ultérieure à la date de réception des preuves jugées satisfaisantes par l'assureur. Les versements sont effectués selon les conditions du contrat avec effet rétroactif.

Les prestations d'assurance salaire payables à un participant incapable de gérer ses biens et de donner quittance sont versées à son tuteur ou curateur. Toutefois, après une période de 6 mois suivant la date à laquelle le participant a été déclaré inapte par un médecin, l'assureur continuera de verser les prestations payables à la condition que des procédures relatives à l'ouverture d'un régime de protection soient entreprises.

SUBROGATION

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

Sans limiter la généralité de cette disposition, le terme «dommages-intérêts» comprend toute somme forfaitaire ou tout paiement périodique reçu en contrepartie de :

- a) Toute perte passée, présente ou future de salaire, rémunération ou revenu; et
- b) Toute autre prestation payable ou payée en vertu de la police collective.

Le participant ou la personne à charge devra rembourser à l'assureur toute somme jusqu'à concurrence des prestations payées ou payables dans le futur en vertu de la police collective à même les dommages-intérêts obtenus en première instance ou avant le procès par quelque forme de règlement que ce soit, que le participant ou la personne à charge ait été pleinement indemnisé ou non, pour sa perte.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Si le participant ou la personne à charge touche des dommages-intérêts en une somme forfaitaire, que ce soit sous forme de règlement ou par ordonnance du tribunal, et qu'aucune répartition n'a été prévue dans le règlement quant aux prestations payées ou payables par l'assureur, l'assureur se fera rembourser, à même les dommages-intérêts obtenus, le plein montant de toute prestation qui a été payée au participant ou à la personne à charge. L'assureur a également le droit de se faire rembourser un montant, déterminé par l'assureur, qui reflète raisonnablement la valeur des prestations futures qui seraient payables au participant ou à la personne à charge en vertu de la police collective. Le montant récupéré par l'assureur à cet égard ne doit pas dépasser le montant des dommages-intérêts ou du règlement obtenu par le participant ou la personne à charge. Ce droit de remboursement s'applique quelles que soient les dispositions du règlement ou de l'allocation convenue entre le participant ou la personne à charge et le tiers.

Si le participant ou la personne à charge omet de rembourser l'assureur conformément à la police collective, l'assureur cessera de verser des prestations jusqu'à ce qu'il ait récupéré :

- a) Le montant total des prestations payées au participant ou à la personne à charge; et
- b) Un montant qui reflète raisonnablement, tel que déterminé par l'assureur, le montant total ou la valeur des prestations futures qui seraient payables au participant ou à la personne à charge.

Le montant récupéré par l'assureur à cet égard ne doit pas dépasser le montant des dommages-intérêts ou du règlement brut obtenu par le participant ou la personne à charge.

L'assureur aura également le droit de réclamer directement du participant ou de la personne à charge toute somme payée en trop, faute de remboursement, ou d'exercer tout autre droit ou recours qu'il pourrait avoir en vertu de la police collective ou en vertu de la loi.

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

CONDITIONS GÉNÉRALES

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

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

RESTRICTIONS RELATIVES AUX ACTIONS EN JUSTICE

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

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

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT

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

DROIT DE TRANSFORMATION

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

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

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

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

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

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

- a) du montant choisi par le participant;
- b) du montant pour lequel le participant était assuré immédiatement avant la fin de son assurance;
- c) de la différence entre le montant pour lequel le participant était assuré immédiatement avant la fin de son assurance et le montant auquel il est admissible en vertu d'une nouvelle police d'assurance vie collective;

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT

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

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

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

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

EXONÉRATION DES PRIMES

- a) Un participant qui devient invalide est admissible à l'exonération du paiement des primes en vertu de la présente garantie, s'il est âgé de moins de 65 ans et à condition qu'il soit admissible aux prestations en vertu de la garantie d'Assurance salaire de longue durée de la police collective, si celle-ci y est incluse.

Si le participant n'est pas admissible à recevoir des prestations en vertu de la garantie d'Assurance salaire de longue durée ou si aucune garantie d'Assurance salaire de longue durée n'est incluse dans la police collective, il sera admissible à l'exonération du paiement des primes en vertu de la présente garantie s'il répond à chacune des conditions suivantes :

- i) être âgé de moins de 65 ans à la date du début de son invalidité;
- ii) être devenu invalide avant toute cessation de son emploi, selon la définition d'invalide de la présente garantie, et alors qu'il était assuré en vertu de la présente garantie;
- iii) être invalide de façon continue depuis au moins 6 mois;

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT

- iv) la preuve de son invalidité doit être considérée comme satisfaisante par l'assureur et doit lui être remise dans les 9 mois du début de l'invalidité, et ce, sans aucuns frais de la part de l'assureur.
- b) Le montant d'assurance pour lequel le participant est exonéré du paiement de la prime sera celui qui était en vigueur sur sa tête à la date du début des prestations d'invalidité de longue durée; ce montant sera réduit ou résilié tel qu'il est indiqué au Tableau sommaire, le cas échéant, comme si le participant avait été effectivement au travail.
- c) L'exonération des primes du participant débute le jour suivant une période d'invalidité continue de 6 mois.
- d) Le participant dont les primes sont exonérées en vertu de cet article doit soumettre à l'assureur des preuves de son invalidité aussi souvent que l'assureur peut raisonnablement l'exiger. Ces preuves devront être présentées sans aucuns frais de la part de l'assureur.
- e) L'exonération des primes d'un participant cessera à la première des dates suivantes :
 - i) la date à laquelle le participant cesse d'être invalide;
 - ii) la date à laquelle le participant omet de se faire examiner par le médecin désigné par l'assureur;
 - iii) la date à laquelle le participant prend sa retraite ou atteint l'âge normal de la retraite aux termes du régime de retraite de l'employeur, mais sans jamais dépasser l'âge normal de la retraite indiqué au Tableau sommaire de la police collective;
 - iv) la date à laquelle le participant atteint l'âge de 65 ans;
 - v) la date à laquelle le participant omet de soumettre une preuve d'invalidité demandée par l'assureur;
 - vi) la date à laquelle le participant est incarcéré à la suite de la perpétration d'un acte criminel pour lequel il a été reconnu coupable.
- f) Si, à la date à laquelle l'exonération des primes prend fin pour le participant, ce dernier n'est pas admissible à la garantie d'Assurance vie du participant, il pourra exercer son droit de transformation conformément à la présente garantie.

ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DU PARTICIPANT

Un participant âgé de moins de 65 ans peut obtenir un montant d'assurance vie additionnelle à la condition d'en faire la demande et de fournir les preuves d'assurabilité jugées nécessaires par l'assureur.

Un participant au moment de sa retraite, peut conserver un montant d'assurance vie additionnelle, sans avoir à présenter de preuves d'assurabilité, s'il en fait demande dans les 31 jours de son départ à la retraite.

Le capital assuré en vertu de la présente garantie est indiqué au Tableau sommaire, selon la catégorie à laquelle le participant appartient et selon le volume qu'il aura préalablement choisi.

L'assureur s'engage à verser au bénéficiaire le capital assuré au moment du décès, sous réserve des conditions ci-après énoncées.

EXCLUSION

Si un participant se suicide, sans égard à son état psychologique, et indépendamment de toute maladie ou déficience, moins de 12 mois suivant la date d'entrée en vigueur de sa protection en vertu de la présente garantie, aucune prestation ne sera versée par l'assureur. L'assureur ne remboursera au bénéficiaire que les primes relatives à l'assurance vie additionnelle perçues pour ce participant et ce remboursement le libérera de toutes obligations en vertu de la présente garantie.

Le délai de 12 mois débute à nouveau à la date à laquelle :

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

EXONÉRATION DES PRIMES

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

ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DU PARTICIPANT

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

Toute autre disposition de la garantie ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT fait partie intégrante de la présente garantie.

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

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

EXONÉRATION DES PRIMES

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

De plus, le participant qui n'est pas couvert en vertu de la garantie d'assurance vie est également admissible à l'exonération du paiement des primes relatives à la présente garantie, sous réserve cependant de toutes autres dispositions décrites à l'article Exonération des primes de la garantie d'assurance vie.

DROIT DE TRANSFORMATION

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

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

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

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

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

en une police d'assurance vie individuelle sans avoir à fournir des preuves d'assurabilité.

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

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

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

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

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

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

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

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

Un participant peut obtenir un montant d'assurance maladie grave facultative à la condition d'en faire la demande écrite à l'assureur et de fournir les preuves d'assurabilité jugées nécessaires par l'assureur et que l'assureur donne son acceptation des preuves d'assurabilité.

Le capital assuré du participant correspondra au montant d'assurance demandé tel qu'indiqué au Tableau sommaire.

Si le participant souffre d'une des maladies ou subit l'une des chirurgies décrites à l'article Maladies et chirurgies couvertes de la présente garantie, l'assureur s'engage à verser au participant le capital assuré, sous réserve des modalités et des conditions énoncées dans la présente garantie et dans la police collective.

Si le participant est décédé au moment où doit s'effectuer le paiement de la prestation, la prestation est versée à sa succession.

CONDITIONS

En cas de maladie ou de chirurgie couverte, le versement de la prestation s'effectue :

- a) Si la maladie a été diagnostiquée ou la chirurgie a eu lieu alors que le participant était couvert en vertu de la présente garantie; et
- b) Si la date du diagnostic de la maladie ou de la chirurgie couverte est ultérieure à :
 - i) La date de prise d'effet de la protection du participant en vertu de la présente garantie; ou
 - ii) La date de la dernière remise en vigueur de la protection du participant; et
- c) Si le participant a survécu au moins 30 jours après la date du diagnostic de la maladie ou la date à laquelle la chirurgie a eu lieu, sauf indication contraire énoncée dans la présente garantie.

En cas de récurrence de cancer ou de métastases, aucune prestation ne sera payable pour toute récurrence de cancer ou de métastases si le cancer en question a été initialement diagnostiqué avant la date de prise d'effet de la

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

protection du participant en vertu de la présente garantie, sans égard à la date de récurrence de cancer ou de métastases.

Lorsque le paiement de la prestation pour une maladie ou une chirurgie couverte en vertu de l'une des catégories spécifiées dans la disposition Maladies et chirurgies couvertes de la présente garantie est versé au participant, aucune autre prestation ne sera payable en vertu de cette catégorie de maladies et chirurgies couvertes, sauf indication contraire énoncée dans les restrictions de cette catégorie.

Cependant, si une prestation à l'égard d'une maladie ou d'une chirurgie couverte par suite d'une blessure, d'un accident, d'une maladie ou d'une affection est versée au participant, le participant ne sera pas couvert en vertu d'une catégorie différente de maladies et chirurgies couvertes à l'égard d'une autre demande de règlement qui :

- a) Est causée par ou découle de la même blessure, le même accident, la même maladie ou la même affection, ou y a contribué; ou
- b) Découle d'un traitement médical ou chirurgical à l'égard de la même blessure, du même accident, de la même maladie ou de la même affection.

Si un participant reçoit simultanément plusieurs diagnostics établissant qu'il souffre de plusieurs maladies ou chirurgies couvertes, l'assureur s'engage à verser au participant une prestation à l'égard d'une maladie ou chirurgie couverte seulement. La maladie ou chirurgie couverte pour laquelle la prestation à l'égard de la disposition Maladies ou chirurgies couvertes est versée correspond à la maladie ou chirurgie couverte qui figure dans le regroupement de la catégorie dont le numéro est le plus bas, en commençant par la Catégorie 1 – Maladies et chirurgies couvertes.

DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

Chirurgie signifie une intervention chirurgicale médicalement requise effectuée sur l'avis écrit d'un spécialiste. La chirurgie doit être effectuée par un médecin au Canada ou aux États-Unis.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

Date du diagnostic signifie la date à laquelle un spécialiste pose, à l'égard du participant, un diagnostic de maladies ou chirurgies couvertes.

Diagnostic signifie le diagnostic certifié par un spécialiste, posé au participant souffrant d'une maladie ou chirurgie couverte.

Irréversible signifie un état de santé qui ne peut être amélioré par un traitement médical ou chirurgical au moment du diagnostic. Nonobstant ce qui précède, un état de santé est considéré comme irréversible si, d'après l'avis du médecin du participant, le traitement médical ou chirurgical pour améliorer l'état de santé présenterait un risque pour la santé du participant qui l'emporte sur les avantages escomptés d'un tel traitement.

Maintien des fonctions vitales signifie que le participant est sous les soins réguliers d'un médecin autorisé pour le soutien nutritionnel, le soutien des voies respiratoires et/ou cardiovasculaires lorsque la cessation irréversible de toutes les fonctions du cerveau a eu lieu.

Période de survie signifie une période de 30 jours consécutifs qui suit immédiatement la date du diagnostic d'une maladie ou de la date d'une chirurgie couverte, selon le cas, à moins qu'une période plus longue soit spécifiée dans la définition de la maladie ou chirurgie couverte applicable. Dans le cas d'un diagnostic de greffe d'un organe vital, la période de survie signifie une période de 30 jours consécutifs qui suit immédiatement la procédure de transplantation d'un cœur, d'un poumon, du foie, d'un rein ou de moelle osseuse au participant. La période de survie ne comprend pas le nombre de jours de Maintien des fonctions vitales. Le participant doit être en vie à la fin de la période de survie et ne doit pas avoir subi de cessation irréversible de toutes les fonctions du cerveau. Pour les maladies ou chirurgies couvertes qui ont une période de référence, par exemple une période de 90 jours pour les méningites bactériennes et la paralysie, la période de survie court concurremment avec la période de référence de cette maladie ou chirurgie couverte.

Spécialiste signifie un médecin autorisé à pratiquer la médecine :

- a) Qui a reçu la formation propre au domaine de spécialisation médicale pertinent à la maladie ou chirurgie couverte faisant l'objet d'une demande de règlement; et

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

- b) Dont les compétences ont été certifiées par une commission d'examen appropriée; et
- c) Qui exerce sa profession dans son domaine de spécialisation au Canada ou aux États-Unis.

Spécialiste comprend, sans s'y limiter, tout cardiologue, neurologue, néphrologue, oncologue, ophtalmologiste, spécialiste des brûlures et interniste. Le spécialiste ne peut être ni le participant, ni son conjoint, ni un parent ou un associé du participant.

En l'absence ou en cas de non-disponibilité d'un spécialiste, et sous réserve de l'approbation de l'assureur, une maladie ou chirurgie couverte peut être diagnostiquée par tout médecin autorisé à pratiquer la médecine au Canada ou aux États-Unis.

MALADIES ET CHIRURGIES COUVERTES

Catégorie 1 – Maladies et chirurgies couvertes

Cancer

Cancer s'entend d'un diagnostic formel d'une tumeur maligne, qui doit être caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus sains. Les types de cancer comprennent le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic de cancer a été posé par un spécialiste, et confirmé par un rapport pathologique.

Aux fins de la présente garantie :

- a) Le terme **Cancer de la prostate au stade T1a ou T1b** s'entend d'une tumeur non apparente cliniquement ni palpable par toucher rectal, et qui a été décelée de façon fortuite dans un prélèvement de tissu prostatique.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

- b) Le terme **Tumeurs stromales gastro-intestinales [TSGI] au stade 1 selon la classification de l'AJCC** s'entend :
- i) De TSGI gastriques et/ou de l'épiploon, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 10 cm, et comptant un maximum de 5 mitoses par 5 mm², ou 50 par CFG; ou
 - ii) De TSGI de l'intestin grêle, de l'œsophage, du côlon et du rectum, du mésentère et du péritoine, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 5 cm, et comptant un maximum de 5 mitoses par 5 mm², ou 50 par CFG.
- c) Les termes «Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 1 selon la classification de l'AJCC» s'appliquent suivant la définition indiquée dans le manuel de stadification du cancer (8e édition, 2018) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC).
- d) Le terme «stade 0 selon la classification de Rai» s'applique comme l'indique 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).

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie si, dans les 90 jours suivant la date de prise d'effet de la protection du participant en vertu de la présente garantie ou la date de la dernière remise en vigueur de la protection du participant, si cette date est ultérieure, le participant :

- a) A présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené directement ou indirectement à l'établissement d'un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre de la présente garantie), peu importe la date du diagnostic; ou
- b) A reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre de la présente garantie).

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à l'assureur dans les 6 mois suivant la date du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit,

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

l'assureur peut refuser toute demande de règlement portant sur un cancer, ou sur toute maladie grave causée par un cancer ou son traitement.

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie dans les cas suivants :

- a) Lésions qualifiées de bénignes, non invasives, de précancéreuses, à potentiel malin faible et/ou incertain, de limites («borderline»), carcinome in situ, ou tumeurs au stade Tis ou Ta;
- b) Mélanome malin de la peau d'une épaisseur inférieure ou égale à 1 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance;
- c) Tout cancer de la peau, autre que le mélanome, en l'absence de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance. Cela inclut, sans s'y limiter, le lymphome cutané à cellules T, le carcinome basocellulaire, le carcinome spinocellulaire ou le carcinome à cellules de Merkel;
- d) Cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, en l'absence de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance;
- e) 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, en l'absence de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance;
- f) Leucémie lymphoïde chronique au stade 0 selon la classification de Rai, sans atteinte des ganglions lymphatiques, de la rate ou du foie, et en présence d'un nombre normal de globules rouges et de plaquettes;
- g) Tumeurs stromales gastro-intestinales au stade 1 selon la classification de l'AJCC;
- h) Tumeurs neuroendocrines (carcinoïdes) de grade 1 limitées à l'organe atteint, traitées par chirurgie uniquement et ne nécessitant aucun traitement additionnel, à part la prise de médicaments pour neutraliser les effets d'une hypersécrétion d'hormones par la tumeur; ou
- i) Thymome (stade 1) limité au thymus, en l'absence d'indices d'invasion de la capsule ou de propagation au-delà du thymus.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

Restriction relative aux maladies et chirurgies couvertes de la Catégorie 1

Lorsqu'une prestation est versée à l'égard de l'une des maladies ou chirurgies couvertes de la Catégorie 1, le participant ne sera plus admissible à la protection en vertu de la présente garantie pour toute future maladie ou chirurgie couverte de la Catégorie 1.

Catégorie 2 – Maladies et chirurgies couvertes

Chirurgie de l'aorte

Chirurgie de l'aorte s'entend d'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. Le terme **Aorte** s'entend de l'aorte thoracique et de l'aorte abdominale, mais non des branches de l'aorte.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si l'intervention chirurgicale est jugée médicalement requise par un spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

Crise cardiaque

Crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde) s'entend d'un diagnostic formel de la mort d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de l'apport sanguin, qui entraîne l'augmentation et la chute des biomarqueurs cardiaques au point que leur niveau confirme le diagnostic d'un infarctus aigu du myocarde, accompagnées d'au moins une des manifestations suivantes :

- a) Symptômes de crise cardiaque;
- b) Changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant une crise cardiaque;

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

- c) Apparition de nouvelles ondes Q pathologique sur l'ECG à la suite d'une intervention cardiaque intra-artérielle, y compris, sans toutefois s'y limiter, une coronarographie et une angioplastie coronarienne.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic de crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde) est posé par un spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie dans les cas suivants :

- a) Changements à l'ECG qui témoignent d'un infarctus du myocarde survenu antérieurement; ou
- b) Autre syndromes coronariens aigus, tels que l'angine de poitrine et l'angine instable; ou
- c) Augmentation des biomarqueurs cardiaques et/ou symptômes résultant d'actes médicaux ou de diagnostics autres que celui de crise cardiaque.

Pontage aortocoronarien

Pontage aortocoronarien s'entend d'une intervention chirurgicale cardiaque visant à corriger le rétrécissement ou l'obstruction d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen d'une ou de plusieurs greffes.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si l'intervention chirurgicale est jugée médicalement requise par un spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de cette garantie en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque

Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque s'entend d'une intervention chirurgicale visant à remplacer une valvule cardiaque par une valvule naturelle ou mécanique, ou à en corriger les défauts ou les anomalies.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si l'intervention chirurgicale est jugée médicalement requise par un spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

Restriction relative aux maladies et chirurgies couvertes de la Catégorie 2

Lorsqu'une prestation est versée à l'égard de l'une des maladies ou chirurgies couvertes de la Catégorie 2, le participant ne sera plus admissible à la protection en vertu de la présente garantie pour toute future maladie ou chirurgie couverte de la Catégorie 2.

Nonobstant ce qui indiqué ci-dessus, lorsqu'une prestation est versée à l'égard d'un accident vasculaire cérébral, le participant ne sera plus admissible en vertu de la présente garantie pour toute future maladie ou chirurgie couverte de la Catégorie 2 ou la Catégorie 3.

Catégorie 3 – Maladies et chirurgies couvertes

Accident vasculaire cérébral

Accident vasculaire cérébral (avec déficits neurologiques persistants) s'entend d'un diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral (AVC) aigu causé par une thrombose intracrânienne, une hémorragie, ou une embolie, avec :

- a) Apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques; et
- b) Nouveaux déficits neurologiques objectifs constatés au cours d'un examen clinique,

persistant pendant plus de 30 jours après la date du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être confirmés par des tests d'imagerie diagnostique montrant des changements qui, par leurs caractéristiques, leur localisation et le moment où ils sont survenus, correspondent aux nouveaux déficits neurologiques.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic d'accident vasculaire cérébral est posé par un spécialiste.

Aux fins de la présente garantie, les déficits neurologiques doivent être détectables par un spécialiste et peuvent inclure, sans s'y limiter, une perte de l'ouïe mesurable, une perte de vision mesurable, un déclin mesurable de la fonction neurocognitive, une perte objective de la sensibilité, la paralysie, une faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté de prononciation), la dysphasie (difficulté de langage), la dysphagie (difficulté à avaler), une démarche anormale (difficulté à marcher), un manque d'équilibre, un manque de coordination, ou l'apparition de convulsions qui sont en cours de traitement. Le mal de tête et la fatigue ne seront pas considérés comme des déficits neurologiques.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie dans les cas suivants :

- a) Accident ischémique transitoire; ou
- b) Accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme; ou
- c) Troubles ischémiques du système vestibulaire; ou
- d) Mort tissulaire du nerf optique ou de la rétine sans perte totale de la vue de l'œil en cause; ou
- e) Infarctus lacunaire qui n'est pas conforme à la définition du terme accident vasculaire cérébral ci-dessus.

Coma

Coma s'entend d'un diagnostic formel d'une perte de conscience caractérisée par une 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 4 ou moins pendant cette période.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic de coma est posé par un spécialiste.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie dans les cas suivants :

- a) Le coma a été médicalement provoqué; ou
- b) Le coma résulte directement de la consommation d'alcool ou de drogues; ou
- c) Un diagnostic de mort cérébrale a été posé.

Démence, y compris maladie d'Alzheimer

Démence, y compris maladie d'Alzheimer s'entend d'un diagnostic formel de démence, soit la détérioration progressive de la mémoire et au moins une des perturbations cognitives suivantes :

- a) Aphasie (un trouble de la parole);
- b) Apraxie (difficulté à exécuter des tâches courantes);
- c) Agnosie (difficulté à reconnaître des objets);
- d) Perturbation des fonctions exécutives (p. ex., 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.

Le participant doit présenter :

- a) 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
- b) 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.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic de démence, y compris maladie d'Alzheimer est posé par un spécialiste.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

Aux fins de la présente garantie, la référence pour le mini examen de l'état mental (Mini Mental State Exam) est Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR, J Psychiatr Res. 1975; 12(3) : 189.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie pour des troubles affectifs ou schizophréniques ou le délire.

Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques

Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques s'entend d'un diagnostic formel de a) maladie de Parkinson ou de b) syndrome parkinsonien atypique tels que définis ci-dessous :

- a) Maladie de Parkinson s'entend d'un diagnostic formel de maladie de Parkinson primaire, un trouble neurologique permanent devant avoir pour caractéristiques la bradykinésie (lenteur des mouvements) et au moins un des symptômes suivants : rigidité musculaire ou tremblement de repos. Le participant 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.
- b) Syndrome parkinsonien atypique s'entend du diagnostic formel de paralysie supranucléaire progressive, de dégénérescence cortico-basale ou d'atrophie multisystémique.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic de maladie de Parkinson ou de syndrome parkinsonien atypique est posé par un spécialiste.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie si, dans la première année suivant la date de prise d'effet de la protection du participant en vertu de la présente garantie ou la date de la dernière remise en vigueur de la protection du participant, si cette date est ultérieure, le participant :

- a) A présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumise à des investigations qui ont mené directement ou indirectement à l'établissement d'un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme, peu importe la date du diagnostic; ou
- b) A reçu un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme.

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à l'assureur dans les 6 mois suivant la date du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, l'assureur peut refuser toute demande de règlement portant sur la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique, ou sur toute maladie grave causée par la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique ou son traitement.

Aucune prestation ne sera payable au titre de la présente maladie ou chirurgie couverte pour tout autre type de parkinsonisme.

Maladie du motoneurone

Maladie du motoneurone s'entend d'un diagnostic formel de l'un des troubles suivants exclusivement : sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), sclérose latérale primitive, atrophie musculaire progressive, paralysie bulbaire progressive ou paralysie pseudo-bulbaire.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic de maladie du motoneurone est posé par un spécialiste.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

Méningite bactérienne

Méningite bactérienne s'entend d'un diagnostic formel de méningite, confirmé par un liquide céphalorachidien démontrant la présence de bactéries pathogènes. La présence desdites bactéries doit être confirmée par une culture ou au moyen d'un autre test microbiologique médicalement accepté. La méningite bactérienne doit provoquer des déficits neurologiques objectifs qui persistent pendant au moins 90 jours suivant la date du diagnostic.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic de méningite bactérienne est posé par un spécialiste.

Aux fins de la présente garantie, les déficits neurologiques doivent être détectables par un spécialiste et peuvent inclure, sans s'y limiter, une perte de l'ouïe mesurable, une perte de vision mesurable, un déclin mesurable de la fonction neurocognitive, une perte objective de la sensibilité, la paralysie, une faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté de prononciation), la dysphasie (difficulté de langage), la dysphagie (difficulté à avaler), une démarche anormale (difficulté à marcher), un manque d'équilibre, un manque de coordination, ou l'apparition de convulsions qui sont en cours de traitement. Le mal de tête et la fatigue ne seront pas considérés comme des déficits neurologiques.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie dans le cas d'une méningite virale.

Paralysie

Paralysie s'entend d'un 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, pendant une période d'au moins 90 jours suivant l'évènement déclencheur.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic de paralysie est posé par un spécialiste.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

Perte d'autonomie

Perte d'autonomie s'entend d'un diagnostic formel d'une incapacité totale, découlant d'une maladie ou d'une blessure corporelle, d'effectuer par soi-même, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels, au moins 3 des 6 activités de la vie quotidienne indiquées ci-dessous sur une période continue d'au moins 90 jours sans espoir raisonnable de rétablissement.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic de perte d'autonomie est posé par un médecin et confirmé par une évaluation indépendante des besoins de soins à domicile effectuée par un ergothérapeute ou un spécialiste exerçant une profession équivalente.

Les activités de la vie quotidienne sont :

- a) **Se laver** : la capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette;
- b) **Se vêtir** : la capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris les orthèses, les membres artificiels ou d'autres accessoires chirurgicaux;
- c) **Se servir des toilettes** : la capacité de s'asseoir sur les toilettes et s'en lever, et d'assurer son hygiène personnelle;
- d) **Être continent** : la capacité de gérer ses fonctions urinaires et intestinales avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à assurer son hygiène personnelle;
- e) **Se mouvoir** : la capacité de se lever du lit, de se coucher, de s'asseoir et de se lever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant;
- f) **Se nourrir** : la capacité de consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies.

Aucune période de survie additionnelle ne s'applique si le participant satisfait aux conditions décrites ci-dessus.

Perte de l'usage de la parole

Perte de l'usage de la parole s'entend d'un diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la capacité de parler par suite d'une blessure corporelle ou d'une maladie pendant une période d'au moins 180 jours.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic de perte de l'usage de la parole est posé par un spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie pour toute cause psychiatrique.

Sclérose en plaques

Sclérose en plaques s'entend d'un diagnostic formel, suivant la date de prise d'effet de la protection du participant en vertu de la présente garantie ou la date de la dernière remise en vigueur de la protection du participant, si cette date est ultérieure, d'au moins une des manifestations suivantes :

- a) Au moins 2 poussées cliniques distinctes, confirmées par au moins un test d'imagerie par résonnance magnétique (IRM) du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation; ou
- b) Une seule poussée s'accompagnant de déficits neurologiques objectifs persistant pendant plus de 6 mois, confirmée par IRM du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation; ou
- c) Une seule poussée, confirmée par plusieurs IRM du système nerveux qui démontrent le développement de nouvelles plaques disséminées de démyélinisation apparues à des intervalles d'au moins un mois.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic de sclérose en plaques est posé par un spécialiste.

Aux fins de la présente garantie, les déficits neurologiques doivent être détectables par un spécialiste et peuvent inclure, sans s'y limiter, une perte de l'ouïe mesurable, une perte de vision mesurable, un déclin mesurable de la fonction neurocognitive, une perte objective de la sensibilité, la paralysie, une faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté de prononciation), la dysphasie (difficulté de langage), la dysphagie (difficulté à avaler), une démarche anormale (difficulté à marcher), un manque d'équilibre, un manque de coordination, ou l'apparition de convulsions qui sont en cours de traitement. Le mal de tête et la fatigue ne seront pas considérés comme des déficits neurologiques.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie si, dans l'année suivant la date de prise d'effet de la protection du participant en vertu de la présente garantie ou la date de la dernière remise en vigueur de la protection du participant, si cette date est ultérieure, le participant :

- a) A présenté des signes ou des symptômes ou a subi des examens qui ont mené directement ou indirectement à un diagnostic de sclérose en plaques (couverte ou non en vertu de la présente garantie), sans égard à la date du diagnostic; ou
- b) A reçu un diagnostic de sclérose en plaques (couverte ou non en vertu de la présente garantie).

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à l'assureur dans les 6 mois suivant la date du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans ce délai, l'assureur peut refuser toute demande de règlement portant sur la sclérose en plaques, ou sur toute maladie grave causée par la sclérose en plaques ou son traitement.

Aucune prestation ne sera payable dans les cas suivants :

- a) Sclérose solitaire; ou
- b) Syndrome clinique isolé; ou
- c) Syndrome radiologique isolé; ou
- d) Neuromyéélite optique; ou
- e) Sclérose en plaques soupçonnée ou probable.

Tumeur cérébrale bénigne

Tumeur cérébrale bénigne s'entend d'un diagnostic formel d'une tumeur non maligne située dans la voûte crânienne 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.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

Ces déficits doivent être confirmés par des tests d'imagerie diagnostiques montrant des changements qui, par leurs caractéristiques, leur localisation et le moment où ils sont survenus, correspondent aux déficits neurologiques.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic de tumeur cérébrale bénigne est posé par un spécialiste.

Aux fins de la présente garantie, les déficits neurologiques doivent être détectables par un spécialiste et peuvent inclure, sans s'y limiter, une perte de l'ouïe mesurable, une perte de vision mesurable, un déclin mesurable de la fonction neurocognitive, une perte objective de la sensibilité, la paralysie, une faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté de prononciation), la dysphasie (difficulté de langage), la dysphagie (difficulté à avaler), une démarche anormale (difficulté à marcher), un manque d'équilibre, un manque de coordination, ou l'apparition de convulsions qui sont en cours de traitement. Le mal de tête et la fatigue ne seront pas considérés comme des déficits neurologiques.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie si, dans les 90 jours suivant la date de prise d'effet de la protection du participant en vertu de la présente garantie ou la date de la dernière remise en vigueur de la protection d'un participant, si cette date est ultérieure, le participant :

- a) A présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non en vertu de la présente garantie), peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- b) A reçu un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non en vertu de la présente garantie).

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à l'assureur dans les 6 mois suivant la date du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, l'assureur peut refuser toute demande de règlement portant sur une tumeur cérébrale bénigne, ou sur toute maladie grave causée par une tumeur cérébrale bénigne ou son traitement.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie pour des adénomes hypophysaires d'un diamètre inférieur à 10 mm, des malformations vasculaires, des cholestéatomes ou des tumeurs infectieuses ou inflammatoires.

Restriction relative aux maladies et chirurgies couvertes de la Catégorie 3

Lorsqu'une prestation est versée à l'égard de l'une des maladies ou chirurgies couvertes de la Catégorie 3, le participant ne sera plus admissible à la protection en vertu de la présente garantie pour toute future maladie ou chirurgie couverte de la Catégorie 3.

Nonobstant ce qui indiqué ci-dessus, lorsqu'une prestation est versée à l'égard d'un accident vasculaire cérébral, le participant ne sera plus admissible en vertu de la présente garantie pour toute future maladie ou chirurgie couverte de la Catégorie 2 ou la Catégorie 3.

Catégorie 4 – Maladies et chirurgies couvertes

Anémie aplastique

Anémie aplastique s'entend d'un 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 :

- a) Stimulation de la moelle osseuse; ou
- b) Immunosuppresseurs; ou
- c) Greffe de moelle osseuse.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic d'Anémie aplastique est posé par un spécialiste.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe

Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe s'entend d'un diagnostic formel d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse qui nécessite une greffe du point de vue médical. Pour avoir droit à la prestation exigible au titre de la définition du terme défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe, le participant doit être inscrit à titre de receveur dans un centre de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis qui effectue la forme de greffe requise. Pour les besoins de la période de survie, la date du diagnostic est la date de l'inscription du participant dans un centre de transplantation.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic de défaillance d'un organe vital est posé par un spécialiste.

Greffe d'un organe vital

Greffe d'un organe vital s'entend, à la suite d'un diagnostic formel, d'une intervention chirurgicale rendue médicalement requise en raison d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse. Pour avoir droit à la prestation en vertu de la présente maladie ou chirurgie couverte, le participant doit subir une intervention chirurgicale pour recevoir par greffe un cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse exclusivement.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic de défaillance d'un organe vital est posé par un spécialiste.

Insuffisance rénale

Insuffisance rénale s'entend d'un diagnostic formel d'une insuffisance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite une hémodialyse régulière, une dialyse péritonéale ou une greffe rénale.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic d'Insuffisance rénale est posé par un spécialiste.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

Restriction relative aux maladies et chirurgies couvertes de la Catégorie 4

Lorsqu'une prestation est versée à l'égard de l'une des maladies ou chirurgies couvertes de la Catégorie 4, le participant ne sera plus admissible à la protection en vertu de la présente garantie pour toute future maladie ou chirurgie couverte de la Catégorie 4.

Catégorie 5 – Maladies et chirurgies couvertes

Cécité

Cécité s'entend d'un diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la vue des deux yeux, attestée par :

- a) Une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins pour les deux yeux, ou
- b) Un champ visuel inférieur à 20 degrés pour les deux yeux.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic de cécité est posé par un spécialiste.

Restriction relative aux maladies et chirurgies couvertes de la Catégorie 5

Lorsqu'une prestation est versée à l'égard de l'une des maladies ou chirurgies couvertes de la Catégorie 5, le participant ne sera plus admissible à la protection en vertu de la présente garantie pour toute future maladie ou chirurgie couverte de la Catégorie 5.

Catégorie 6 – Maladies et chirurgies couvertes

Surdité

Surdité s'entend d'un diagnostic formel de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles, le seuil d'audition étant d'au moins 90 décibels dans un registre de 500 à 3 000 hertz.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic de Surdité est posé par un spécialiste.

Restriction relative aux maladies et chirurgies couvertes de la Catégorie 6

Lorsqu'une prestation est versée à l'égard de l'une des maladies ou chirurgies couvertes de la Catégorie 6, le participant ne sera plus admissible à la protection en vertu de la présente garantie pour toute future maladie ou chirurgie couverte de la Catégorie 6.

Catégorie 7 – Maladies et chirurgies couvertes

Brûlures graves

Brûlures graves s'entend d'un diagnostic formel de brûlures du troisième degré affectant au moins 20 % de la surface du corps.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic de brûlures graves est posé par un spécialiste.

Restriction relative aux maladies et chirurgies couvertes de la Catégorie 7

Lorsqu'une prestation est versée à l'égard de l'une des maladies ou chirurgies couvertes de la Catégorie 7, le participant ne sera plus admissible à la protection en vertu de la présente garantie pour toute future maladie ou chirurgie couverte de la Catégorie 7.

Catégorie 8 – Maladies et chirurgies couvertes

Perte de membres

Perte de membres s'entend d'un diagnostic formel de la séparation 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 requise.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic de perte de membres est posé par un spécialiste.

Restriction relative aux maladies et chirurgies couvertes de la Catégorie 8

Lorsqu'une prestation est versée à l'égard de l'une des maladies ou chirurgies couvertes de la Catégorie 8, le participant ne sera plus admissible à la protection en vertu de la présente garantie pour toute future maladie ou chirurgie couverte de la Catégorie 8.

Catégorie 9 – Maladies et chirurgies couvertes

Infection au VIH dans le cadre de l'occupation

Infection au VIH dans le cadre de l'occupation s'entend d'un diagnostic formel d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle qui a exposé le participant à des liquides organiques contaminés par le VIH pendant qu'il exerçait sa profession habituelle.

La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir eue lieu après la date de prise d'effet de la protection du participant ou la date de la dernière remise en vigueur de la protection du participant, si cette date est ultérieure.

La prestation exigible au titre de la présente maladie ou chirurgie couverte ne sera versée que si toutes les conditions suivantes sont satisfaites :

- a) La blessure accidentelle doit être signalée à l'assureur dans les 14 jours suivant cette blessure; et
- b) Une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être négatif; et
- c) Une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 90 à 180 jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être positif; et
- d) Tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire dûment autorisé au Canada ou aux États-Unis; et

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

- e) La blessure accidentelle doit être signalée, faire l'objet d'une enquête et être documentée conformément aux lignes directrices en vigueur au Canada ou aux États- Unis pour le milieu de travail.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic d'Infection au VIH dans le cadre de l'occupation est posé par un spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie dans les cas suivants :

- a) Le participant a décidé de ne se faire administrer aucun des vaccins brevetés existants et qui offrent une protection contre le VIH; ou
- b) Un traitement approuvé contre l'infection au VIH était disponible avant la blessure accidentelle; ou
- c) L'infection au VIH résulte d'une blessure non accidentelle, y compris, sans toutefois s'y limiter, par transmission sexuelle ou par usage de drogues injectables.

Restriction relative aux maladies et chirurgies couvertes de la Catégorie 9

Lorsqu'une prestation est versée à l'égard de l'une des maladies ou chirurgies couvertes de la Catégorie 9, le participant ne sera plus admissible à la protection en vertu de la présente garantie pour toute future maladie ou chirurgie couverte de la Catégorie 9.

Catégorie 10 – Maladies et chirurgies couvertes

Angioplastie coronarienne

Angioplastie coronarienne s'entend d'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.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si l'intervention chirurgicale est jugée médicalement requise par un spécialiste.

La prestation payable pour une angioplastie coronarienne est de 10 % du capital assuré tel que qu'indiqué au Tableau sommaire.

Cancer à un stade précoce

Cancer à un stade précoce s'entend de l'une ou l'autre des affections suivantes :

- a) Cancer de la peau avec mélanome malin qui est d'une épaisseur inférieure ou égale à 1 mm, à moins qu'il ne soit ulcéré ou avec atteinte ganglionnaire ou avec métastases à distance; ou
- b) Cancer de la prostate de stade T1a ou T1b, sans atteinte ganglionnaire ni métastases à distance; ou
- c) Cancer papillaire de la thyroïde ou cancer folliculaire de la thyroïde, ou les deux, dont le diamètre maximal est inférieur ou égal à 2 cm et de stade T1, sans atteinte ganglionnaire ni métastases à distance; ou
- d) Leucémie lymphoïde chronique d'un stade inférieur au stade RAI 0; ou
- e) Tumeurs stromales gastro-intestinales (TSGI) au stade 1 selon la classification de l'AJCC; ou
- f) Carcinome canalaire in situ du sein; ou
- g) Tumeurs neuroendocrines (carcinoïdes) de grade 1 limitées à l'organe atteint, traitées par chirurgie uniquement et ne nécessitant aucun traitement additionnel, à part la prise de médicaments pour neutraliser les effets d'une hypersécrétion d'hormones par la tumeur.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic d'un cancer à un stade précoce est posé par un spécialiste.

La prestation payable pour un cancer à un stade précoce est de 10 % du capital assuré tel que qu'indiqué au Tableau sommaire.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

Restriction relative aux maladies et chirurgies couvertes de la Catégorie 10

Lorsqu'une prestation est versée à l'égard de l'une des maladies ou chirurgies couvertes de la Catégorie 10, le participant ne sera plus admissible à la protection en vertu de la présente garantie pour toute future maladie ou chirurgie couverte de la Catégorie 10.

EXCLUSION RELATIVE À L'ÉTAT DE SANTÉ ANTÉRIEUR

Comme il est stipulé dans la présente disposition, **État de santé antérieur** signifie une maladie ou une chirurgie couverte :

- a) Qui a été contractée par le participant ou dont il a souffert; ou
- b) Dont les signes et symptômes ont amené le participant à subir un traitement donné par un médecin; ou
- c) Dont les signes et symptômes ont été analysés ou examinés par un médecin; ou
- d) Pour laquelle le participant a pris des médicaments, tels que prescrits par un médecin,

au cours de la période de 24 mois précédant la date à laquelle le participant était couvert par la présente garantie.

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour une maladie ou une chirurgie couverte qui :

- a) Découle directement ou indirectement d'un état de santé antérieur ou est liée ou est attribuable, d'une quelconque façon ou à un quelconque degré, à un état de santé antérieur; et
- b) A débuté au cours des 24 premiers mois suivant la prise d'effet de la protection du participant en vertu de la présente garantie.

Nonobstant ce qui précède, s'il s'agit d'un participant dont l'assurance a été remise en vigueur en vertu de la présente garantie, tel que décrit à la disposition Remise en vigueur de l'assurance, si la protection d'assurance offerte audit participant n'a pas été en vigueur suffisamment longtemps pour épuiser la période d'état de santé antérieur de 24 mois à la date de résiliation

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

de l'assurance, la période d'état de santé antérieure du participant va se poursuivre à compter de la date de remise en vigueur.

Exception à l'exclusion relative à l'état de santé antérieur

Cependant, si l'assurance du participant en vertu de la présente garantie remplace la garantie d'assurance maladie grave d'une police d'assurance collective antérieure, la clause d'exclusion relative à l'état de santé antérieur pour une maladie ou une chirurgie, qui était couverte par la garantie d'assurance maladie grave de la police d'assurance collective antérieure, ne s'appliquera pas et une prestation sera payable pour cette maladie ou chirurgie, pourvu que :

- a) Le participant était assuré par la garantie d'assurance maladie grave de la police d'assurance collective antérieure immédiatement avant la date de la cessation de cette assurance; et
- b) Le participant est devenu assuré en vertu de la présente garantie immédiatement après la date de la cessation de la garantie d'assurance maladie grave de la police d'assurance collective antérieure; et
- c) Le participant répondait aux exigences de la période d'exclusion relative à l'état de santé antérieur de la garantie d'assurance maladie grave de la police d'assurance collective antérieure ou il répond aux exigences de la période d'exclusion relative à l'état de santé antérieur de la présente garantie, en prenant en considération la période continue couverte par la présente garantie et la garantie d'assurance de la police d'assurance collective antérieure.

La prestation payable à un participant, pour qui la clause d'exclusion relative à l'état de santé antérieur ne s'applique pas en vertu du paragraphe précédent, sera déterminée selon la garantie d'assurance maladie grave de la police collective, mais en aucun cas elle n'excèdera celle qui aurait été payable en vertu de la police d'assurance collective antérieure.

La clause d'exclusion relative à l'état de santé antérieur s'appliquera à toute maladie ou chirurgie qui n'était pas couverte en vertu de la garantie d'assurance maladie grave de la police d'assurance collective antérieure d'un participant, dont la garantie en vertu de la police collective remplace la garantie d'assurance maladie grave d'une police d'assurance collective antérieure.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

La clause d'exclusion relative à l'état de santé antérieur ne s'appliquera pas à toute couverture pour laquelle des preuves d'assurabilité ont été soumises et approuvées en vertu de la présente garantie.

EXCLUSIONS

Aucune prestation n'est versée en vertu de la présente garantie si la maladie ou la chirurgie résulte directement ou indirectement :

- a) D'un suicide ou d'une tentative de suicide ou de toute blessure que le participant s'inflige, sans égard à son état psychologique, et indépendamment de toute maladie ou déficience.
- b) D'un acte criminel que le participant a commis ou tenté de commettre, ou de la provocation d'une agression.
- c) De toute agitation civile, insurrection ou guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou de la participation à une émeute.
- d) De la consommation de drogues, de substances toxiques ou de stupéfiants, sauf s'ils sont prescrits et administrés par un médecin autorisé, ou conformément à ses directives.
- e) De la consommation excessive d'alcool.
- f) De la conduite d'un véhicule motorisé si le participant avait, au moment de l'accident en cause, un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise par la loi.
- g) D'un vol à bord d'un aéronef, sauf en qualité de passager et non de pilote, d'exploitant ou de membre de l'équipage sur ou à bord de quelque aéronef, à condition i) qu'il s'agisse d'un vol de transporteur aérien régulier à horaire fixe, ii) que l'aéronef soit muni d'un certificat de navigabilité et qu'il soit piloté par une personne qui détient un permis de vol à jour et valide faisant foi de ses compétences et l'autorisant à piloter l'aéronef et iii) que l'aéronef ne soit pas la propriété du Titulaire de la police ou de l'Employeur du participant et ne soit ni exploité, ni nolisé ou loué par ce Titulaire ou Employeur.
- h) De la pratique, amateur ou professionnelle :
 - i) D'activités sous-marines, y compris, sans toutefois s'y limiter, la plongée en scaphandre autonome et la plongée en apnée; ou

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

- ii) De vols en deltaplaneur; ou
- iii) De sauts en parachute; ou
- iv) De courses en véhicule motorisé ou à des concours de vitesse, sur terre comme sur l'eau; ou
- v) De la boxe; ou
- vi) De sauts à l'élastique; ou
- vii) De paralpinisme ou sauts extrêmes; ou
- viii) De sauts de falaise; ou
- ix) D'alpinisme.

RESTRICTIONS

a) Cancer

Un participant n'a pas droit à la prestation en vertu de la protection maladies ou chirurgies couvertes dans le cas d'un cancer si, dans les 90 jours qui suivent la date de prise d'effet de sa protection en vertu de la présente garantie, on lui a diagnostiqué un cancer ou s'il manifeste tout signe ou symptôme ou subit un examen menant à un diagnostic de cancer, peu importe la date du diagnostic.

Si le participant a reçu un diagnostic de cancer :

- i) Aucune prestation en vertu de la maladie ou chirurgie couverte ne sera payable; et
- ii) Le cancer sera exclu des maladies ou chirurgies couvertes dudit participant.

b) Tumeur cérébrale bénigne

Un participant n'a pas droit à la prestation en vertu de la protection maladies ou chirurgies couvertes dans le cas d'une tumeur cérébrale bénigne si, dans les 90 jours qui suivent la date de prise d'effet de sa protection en vertu de la présente garantie, on lui a diagnostiqué une tumeur cérébrale bénigne ou s'il manifeste tout signe ou symptôme ou

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

subit un examen menant à un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne, peu importe la date du diagnostic.

Si le participant a reçu un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne :

- i) Aucune prestation en vertu de la maladie ou chirurgie couverte ne sera payable; et
- ii) Les tumeurs cérébrales bénignes ainsi que toutes les autres maladies ou chirurgies couvertes comprises dans la Catégorie 3 seront exclues des maladies ou chirurgies couvertes dudit participant.

c) **Cancer à un stade précoce**

Un participant n'a pas droit à la prestation en vertu de la protection maladies ou chirurgies couvertes dans le cas d'un cancer à un stade précoce si, dans les 90 jours qui suivent la date de prise d'effet de sa protection en vertu de la présente garantie, on lui a diagnostiqué un cancer à un stade précoce ou s'il manifeste tout signe ou symptôme ou subit un examen menant à un diagnostic de cancer à un stade précoce, peu importe la date du diagnostic.

Si le participant a reçu un diagnostic de cancer à un stade précoce, aucune prestation en vertu de la maladie ou chirurgie couverte ne sera payable. Nonobstant ce qui précède, la présente garantie est maintenue en vigueur, pourvu que les primes continuent d'être payées et que les dispositions de la présente garantie et de la police collective soient respectées. Cependant, le cancer à un stade précoce sera exclu des maladies et chirurgies couvertes dudit participant.

EFFET DE LA CESSATION D'ASSURANCE SUR LES RÈGLEMENTS

La résiliation de la présente garantie, ou de l'assurance du participant ne compromettra aucune demande de règlement se rapportant à une maladie ou chirurgie couverte, à condition que :

- a) La date de diagnostic survient avant la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance du participant, selon le premier des deux événements.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

- b) L'existence de la maladie ou chirurgie couverte soit rapportée à l'assureur dans les 30 jours suivant la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance du participant, selon le premier des deux évènements.
- c) Dans le cas d'une méningite bactérienne, la période documentée de 90 jours de déficit neurologique soit commencée, mais pas nécessairement écoulée, avant la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance du participant, selon le premier des deux évènements.
- d) Dans le cas d'un coma, la période continue d'au moins 96 heures d'inconscience soit commencée, mais pas nécessairement écoulée, avant la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance du participant, selon le premier des deux évènements.
- e) Dans le cas d'une perte d'autonomie, la période continue de 90 jours d'incapacité soit commencée, mais pas nécessairement écoulée, avant la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance du participant, selon le premier des deux évènements.
- f) Dans le cas d'une perte de la parole, la période de 180 jours de perte totale et irréversible soit commencée, mais pas nécessairement écoulée, avant la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance du participant, selon le premier des deux évènements.
- g) Dans le cas d'une défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe, la date à laquelle le participant est inscrit comme receveur dans un programme de transplantation reconnu soit antérieure à la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance du participant, selon le premier des deux évènements.
- h) Dans le cas d'une sclérose en plaques, la période de 6 mois durant laquelle les épisodes d'anomalies neurologiques bien définies doivent persister soit commencée, mais pas nécessairement écoulée, avant la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance du participant, selon le premier des deux évènements.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

- i) Dans le cas d'une Infection à VIH contractée au travail, la période de 14 jours durant laquelle doit être effectuée une sérologie du VIH soit commencée, mais pas nécessairement écoulée, avant la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance du participant, selon le premier des deux événements.
- j) Dans le cas d'une paralysie, la période de 90 jours de perte totale et permanente des fonctions musculaires soit commencée, mais pas nécessairement écoulée, avant la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance du participant, selon le premier des deux événements.
- k) Dans le cas d'un accident vasculaire cérébral, la période de 30 jours de paralysie ou autre déficit neurologique objectif soit commencée, mais pas nécessairement écoulée, avant la date de résiliation de la présente garantie ou de cessation de l'assurance du participant, selon le premier des deux événements.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU CONJOINT

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

Le capital assuré du conjoint correspondra au montant d'assurance demandé tel qu'indiqué au Tableau sommaire.

Si le conjoint souffre d'une des maladies ou subit l'une des chirurgies décrites à l'article Maladies et chirurgies couvertes de la garantie Assurance maladie grave facultative du participant, l'assureur s'engage à verser le capital assuré, sous réserve des modalités et des conditions énoncées dans la présente garantie et dans la police collective.

La prestation est versée au participant.

DISPOSITIONS SUPPLÉMENTAIRES

Toute autre disposition de la garantie Assurance maladie grave facultative du participant qui n'est pas incompatible avec les dispositions de la présente garantie en fait partie intégrante.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS

Un participant peut obtenir, pour ses enfants, un montant d'assurance maladie grave facultative à la condition d'en faire la demande écrite à l'assureur et de fournir les preuves d'assurabilité jugées nécessaires par l'assureur, comme indiqué au Tableau sommaire.

Le capital assuré pour les enfants correspondra au montant d'assurance demandé tel qu'indiqué au Tableau sommaire.

Si un enfant souffre d'une des maladies ou subit l'une des chirurgies décrites à l'article Maladies et chirurgies couvertes de la présente garantie, l'assureur s'engage à verser le capital assuré, sous réserve des modalités et des conditions énoncées dans la présente garantie et dans la police collective.

La prestation est versée au participant.

CONDITIONS

En cas de maladie ou de chirurgie couverte, le versement de la prestation s'effectue :

Si la maladie a été diagnostiquée ou la chirurgie a eu lieu alors que l'enfant était couvert en vertu de la présente garantie; et

- a) Si la date du diagnostic de la maladie ou de la chirurgie couverte est ultérieure à :
 - i) La date de prise d'effet de la protection de l'enfant en vertu de la présente garantie; ou
 - ii) La date de la dernière remise en vigueur de la protection de l'enfant; et
- b) Si l'enfant a survécu au moins 30 jours après la date du diagnostic de la maladie ou la date à laquelle la chirurgie a eu lieu, sauf indication contraire énoncée dans la présente garantie.

En cas de récurrence de cancer ou de métastases, aucune prestation ne sera payable pour toute récurrence de cancer ou de métastases si le cancer en question a été initialement diagnostiqué avant la date de prise d'effet de la protection de l'enfant en vertu de la présente garantie, sans égard à la date de récurrence de cancer ou de métastases.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS

En plus de ce qui est cité précédemment, si un enfant naturel du participant né à la date de prise d'effet de la police collective ou après :

- a) Est diagnostiqué par un spécialiste, alors qu'il est encore dans le ventre de sa mère, comme étant atteint d'une maladie ou chirurgie couverte, à l'exception d'un cancer et d'une tumeur cérébrale bénigne et que ledit enfant survit pendant 30 jours après la date de prise d'effet de la présente garantie pour cet enfant, l'assureur versera la prestation au participant; ou
- b) Est diagnostiqué par un spécialiste, alors qu'il est encore dans le ventre de sa mère, comme étant atteint d'un cancer ou d'une tumeur cérébrale bénigne, les dispositions décrites aux paragraphes a) et b) de la clause Restrictions de la présente garantie s'appliqueront.

La protection d'un enfant en vertu de la présente garantie prend fin dès que le participant reçoit le paiement de la prestation payable pour son enfant, pour une maladie ou une chirurgie couverte.

DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

Chirurgie signifie une intervention chirurgicale médicalement requise effectuée sur l'avis écrit d'un spécialiste. La chirurgie doit être effectuée par un médecin au Canada ou aux États-Unis.

Date du diagnostic signifie la date à laquelle un spécialiste pose, à l'égard de l'enfant, un diagnostic de maladies ou chirurgies couvertes.

Diagnostic signifie le diagnostic certifié par un spécialiste, posé à l'enfant souffrant d'une maladie ou chirurgie couverte.

Irréversible signifie un état de santé qui ne peut être amélioré par un traitement médical ou chirurgical au moment du diagnostic. Nonobstant ce qui précède, un état de santé est considéré comme irréversible si, d'après l'avis du médecin de l'enfant, le traitement médical ou chirurgical pour améliorer l'état de santé présenterait un risque pour la santé de l'enfant qui l'emporte sur les avantages escomptés d'un tel traitement.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS

Maintien des fonctions vitales signifie que l'enfant est sous les soins réguliers d'un médecin autorisé pour le soutien nutritionnel, le soutien des voies respiratoires et/ou cardiovasculaires lorsque la cessation irréversible de toutes les fonctions du cerveau a eu lieu.

Période de survie signifie une période de 30 jours consécutifs qui suit immédiatement la date du diagnostic d'une maladie ou de la date d'une chirurgie couverte, selon le cas, à moins qu'une période plus longue soit spécifiée dans la définition de la maladie ou chirurgie couverte applicable. Dans le cas d'un diagnostic de greffe d'un organe vital, la période de survie signifie une période de 30 jours consécutifs qui suit immédiatement la procédure de transplantation d'un cœur, d'un poumon, du foie, d'un rein ou de moelle osseuse à l'enfant. La période de survie ne comprend pas le nombre de jours de maintien des fonctions vitales. L'enfant doit être en vie à la fin de la période de survie et ne doit pas avoir subi de cessation irréversible de toutes les fonctions du cerveau. Pour les maladies ou chirurgies couvertes qui ont une période de référence, par exemple une période de 90 jours pour les méningites bactériennes et la paralysie, la période de survie court concurremment avec la période de référence de cette maladie ou chirurgie couverte.

Spécialiste signifie un médecin autorisé à pratiquer la médecine :

- a) Qui a reçu la formation propre au domaine de spécialisation médicale pertinent à la maladie ou chirurgie couverte faisant l'objet d'une demande de règlement; et
- b) Dont les compétences ont été certifiées par une commission d'examen appropriée; et
- c) Qui exerce sa profession dans son domaine de spécialisation au Canada ou aux États-Unis.

Spécialiste comprend, sans s'y limiter, tout cardiologue, neurologue, néphrologue, oncologue, ophtalmologiste, spécialiste des brûlures et interniste. Le spécialiste ne peut être ni le participant, ni un parent ou un associé de celui-ci.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS

En l'absence ou en cas de non-disponibilité d'un spécialiste, et sous réserve de l'approbation de l'assureur, une maladie ou chirurgie couverte peut être diagnostiquée par tout médecin autorisé à pratiquer la médecine au Canada ou aux États-Unis.

MALADIES ET CHIRURGIES COUVERTES

Accident vasculaire cérébral

Accident vasculaire cérébral (avec déficits neurologiques persistants) s'entend d'un diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral (AVC) aigu causé par une thrombose intracrânienne, une hémorragie, ou une embolie, avec :

- a) Apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques; et
- b) Nouveaux déficits neurologiques objectifs constatés au cours d'un examen clinique,

persistant pendant plus de 30 jours après la date du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être confirmés par des tests d'imagerie diagnostique montrant des changements qui, par leurs caractéristiques, leur localisation et le moment où ils sont survenus, correspondent aux nouveaux déficits neurologiques.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic d'accident vasculaire cérébral est posé par un spécialiste.

Aux fins de la présente garantie, les déficits neurologiques doivent être détectables par un spécialiste et peuvent inclure, sans s'y limiter, une perte de l'ouïe mesurable, une perte de vision mesurable, un déclin mesurable de la fonction neurocognitive, une perte objective de la sensibilité, la paralysie, une faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté de prononciation), la dysphasie (difficulté de langage), la dysphagie (difficulté à avaler), une démarche anormale (difficulté à marcher), un manque d'équilibre, un manque de coordination, ou l'apparition de convulsions qui sont en cours de traitement. Le mal de tête et la fatigue ne seront pas considérés comme des déficits neurologiques.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie dans les cas suivants :

- a) Accident ischémique transitoire; ou
- b) Accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme; ou
- c) Troubles ischémiques du système vestibulaire; ou
- d) Mort tissulaire du nerf optique ou de la rétine sans perte totale de la vue de l'œil en cause; ou
- e) Infarctus lacunaire qui n'est pas conforme à la définition du terme accident vasculaire cérébral ci-dessus.

Anémie aplastique

Anémie aplastique s'entend d'un 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 :

- a) Stimulation de la moelle osseuse; ou
- b) Immunosuppresseurs; ou
- c) Greffe de moelle osseuse.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic d'anémie aplastique est posé par un spécialiste.

Brûlures graves

Brûlures graves s'entend d'un diagnostic formel de brûlures du troisième degré affectant au moins 20 % de la surface du corps.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic de brûlures graves est posé par un spécialiste.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS

Cancer

Cancer s'entend d'un diagnostic formel d'une tumeur maligne, qui doit être caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus sains. Les types de cancer comprennent le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic de cancer a été posé par un spécialiste, et confirmé par un rapport pathologique.

Aux fins de la présente garantie :

- a) Le terme **Cancer de la prostate au stade T1a ou T1b** s'entend d'une tumeur non apparente cliniquement ni palpable par toucher rectal, et qui a été décelée de façon fortuite dans un prélèvement de tissu prostatique.
- b) Le terme **Tumeurs stromales gastro-intestinales [TSGI] au stade 1 selon la classification de l'AJCC** s'entend :
 - i) De TSGI gastriques et/ou de l'épiploon, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 10 cm, et comptant un maximum de 5 mitoses par 5 mm², ou 50 par CFG; ou
 - ii) De TSGI de l'intestin grêle, de l'œsophage, du côlon et du rectum, du mésentère et du péritoine, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 5 cm, et comptant un maximum de 5 mitoses par 5 mm², ou 50 par CFG.
- c) Les termes «Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 1 selon la classification de l'AJCC» s'appliquent suivant la définition indiquée dans le manuel de stadification du cancer (8e édition, 2018) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC).
- d) Le terme «stade 0 selon la classification de Rai» s'applique comme l'indique 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).

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie si, dans les 90 jours suivant la date de prise d'effet de la protection de l'enfant en vertu de la présente garantie ou la date de la dernière remise en vigueur de la protection de l'enfant, si cette date est ultérieure, l'enfant :

- a) A présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené directement ou indirectement à l'établissement d'un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre de la présente garantie), peu importe la date du diagnostic; ou
- b) A reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre de la présente garantie).

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à l'assureur dans les 6 mois suivant la date du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, l'assureur peut refuser toute demande de règlement portant sur un cancer, ou sur toute maladie grave causée par un cancer ou son traitement.

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie dans les cas suivants :

- a) Lésions qualifiées de bénignes, non invasives, de précancéreuses, à potentiel malin faible et/ou incertain, de limites («borderline»), carcinome in situ, ou tumeurs au stade Tis ou Ta;
- b) Mélanome malin de la peau d'une épaisseur inférieure ou égale à 1 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance;
- c) Tout cancer de la peau, autre que le mélanome, en l'absence de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance. Cela inclut, sans s'y limiter, le lymphome cutané à cellules T, le carcinome basocellulaire, le carcinome spinocellulaire ou le carcinome à cellules de Merkel;
- d) Cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, en l'absence de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance;

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS

- e) 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, en l'absence de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance;
- f) Leucémie lymphoïde chronique au stade 0 selon la classification de Rai, sans atteinte des ganglions lymphatiques, de la rate ou du foie, et en présence d'un nombre normal de globules rouges et de plaquettes;
- g) Tumeurs stromales gastro-intestinales au stade 1 selon la classification de l'AJCC;
- h) Tumeurs neuroendocrines (carcinoïdes) de grade 1 limitées à l'organe atteint, traitées par chirurgie uniquement et ne nécessitant aucun traitement additionnel, à part la prise de médicaments pour neutraliser les effets d'une hypersécrétion d'hormones par la tumeur; ou
- i) Thymome (stade 1) limité au thymus, en l'absence d'indices d'invasion de la capsule ou de propagation au-delà du thymus.

Cécité

Cécité s'entend d'un diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la vue des deux yeux, attestée par :

- a) Une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins pour les deux yeux, ou
- b) Un champ visuel inférieur à 20 degrés pour les deux yeux.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic de cécité est posé par un spécialiste.

Chirurgie de l'aorte

Chirurgie de l'aorte s'entend d'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. Le terme **Aorte** s'entend de l'aorte thoracique et de l'aorte abdominale, mais non des branches de l'aorte.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si l'intervention chirurgicale est jugée médicalement requise par un spécialiste.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

Coma

Coma s'entend d'un diagnostic formel d'une perte de conscience caractérisée par une 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 4 ou moins pendant cette période.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic de coma est posé par un spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie dans les cas suivants :

- a) Le coma a été médicalement provoqué; ou
- b) Le coma résulte directement de la consommation d'alcool ou de drogues; ou
- c) Un diagnostic de mort cérébrale a été posé.

Crise cardiaque

Crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde) s'entend d'un diagnostic formel de la mort d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de l'apport sanguin, qui entraîne l'augmentation et la chute des biomarqueurs cardiaques au point que leur niveau confirme le diagnostic d'un infarctus aigu du myocarde, accompagnées d'au moins une des manifestations suivantes :

- a) Symptômes de crise cardiaque;
- b) Changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant une crise cardiaque;

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS

- c) Apparition de nouvelles ondes Q pathologique sur l'ECG à la suite d'une intervention cardiaque intra-artérielle, y compris, sans toutefois s'y limiter, une coronarographie et une Angioplastie coronarienne.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic de crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde) est posé par un spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie dans les cas suivants :

- a) Changements à l'ECG qui témoignent d'un infarctus du myocarde survenu antérieurement; ou
- b) Autre syndromes coronariens aigus, tels que l'angine de poitrine et l'angine instable; ou
- c) Augmentation des biomarqueurs cardiaques et/ou symptômes résultant d'actes médicaux ou de diagnostics autres que celui de crise cardiaque.

Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe

Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe s'entend d'un diagnostic formel d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse qui nécessite une greffe du point de vue médical. Pour avoir droit à la prestation exigible au titre de la définition du terme défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe, l'enfant doit être inscrit à titre de receveur dans un centre de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis qui effectue la forme de greffe requise. Pour les besoins de la période de survie, la date du diagnostic est la date de l'inscription de l'enfant dans un centre de transplantation.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic de défaillance d'un organe vital est posé par un spécialiste.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS

Démence, y compris maladie d'Alzheimer

Démence, y compris maladie d'Alzheimer s'entend d'un diagnostic formel de Démence, soit la détérioration progressive de la mémoire et au moins une des perturbations cognitives suivantes :

- a) Aphasie (un trouble de la parole);
- b) Apraxie (difficulté à exécuter des tâches courantes);
- c) Agnosie (difficulté à reconnaître des objets);
- d) Perturbation des fonctions exécutives (p. ex., 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'enfant doit présenter :

- a) 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
- b) 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.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic de démence, y compris maladie d'Alzheimer est posé par un spécialiste.

Aux fins de la présente garantie, la référence pour le mini examen de l'état mental (Mini Mental State Exam) est Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR, J Psychiatry Res. 1975; 12(3) : 189

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie pour des troubles affectifs ou schizophréniques ou le délire.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS

Diabète sucré de type 1

Diabète sucré de type 1 s'entend d'un diagnostic du diabète sucré de type 1, caractérisé par une déficience absolue de sécrétion d'insuline et une dépendance continue à l'insuline exogène pour la survie.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic est posé par un pédiatre qualifié ou un endocrinologue licencié pratiquant au Canada ou aux États-Unis. De plus, la preuve doit être faite qu'il y a dépendance à l'insuline depuis une période minimale de 3 mois.

Dystrophie musculaire

Dystrophie musculaire s'entend d'un diagnostic formel de dystrophie musculaire, caractérisé par des anomalies neurologiques bien définies, confirmées par une électromyographie et une biopsie musculaire.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic de dystrophie musculaire est posé par un spécialiste.

Fibrose kystique

Fibrose kystique s'entend d'un diagnostic formel de fibrose kystique, mis en évidence par une maladie pulmonaire chronique et une insuffisance pancréatique.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic de fibrose kystique est posé par un spécialiste.

Grefe d'un organe vital

Grefe d'un organe vital s'entend, à la suite d'un diagnostic formel, d'une intervention chirurgicale rendue médicalement requise en raison d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse. Pour avoir droit à la prestation en vertu de la présente maladie ou chirurgie couverte, l'enfant doit subir une intervention chirurgicale pour recevoir par greffe un cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse exclusivement.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic de défaillance d'un organe vital est posé par un spécialiste.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS

Infection au VIH dans le cadre de l'occupation

Infection au VIH dans le cadre de l'occupation s'entend d'un diagnostic formel d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle qui a exposé l'enfant à des liquides organiques contaminés par le VIH pendant qu'il exerçait sa profession habituelle.

La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir eue lieu après la date de prise d'effet de la protection de l'enfant ou la date de la dernière remise en vigueur de la protection de l'enfant, si cette date est ultérieure.

La prestation exigible au titre de la présente maladie ou chirurgie couverte ne sera versée que si toutes les conditions suivantes sont satisfaites :

- a) La blessure accidentelle doit être signalée à l'assureur dans les 14 jours suivant cette blessure; et
- b) Une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être négatif; et
- c) Une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 90 à 180 jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être positif; et
- d) Tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire dûment autorisé au Canada ou aux États-Unis; et
- e) La blessure accidentelle doit être signalée, faire l'objet d'une enquête et être documentée conformément aux lignes directrices en vigueur au Canada ou aux États-Unis pour le milieu de travail.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic d'infection au VIH dans le cadre de l'occupation est posé par un spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie dans les cas suivants :

- a) L'enfant a décidé de ne se faire administrer aucun des vaccins brevetés existants et qui offrent une protection contre le VIH; ou
- b) Un traitement approuvé contre l'infection au VIH était disponible avant la blessure accidentelle; ou

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS

- c) L'infection au VIH résulte d'une blessure non accidentelle, y compris, sans toutefois s'y limiter, par transmission sexuelle ou par usage de drogues injectables.

Insuffisance rénale

Insuffisance rénale s'entend d'un diagnostic formel d'une insuffisance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite une hémodialyse régulière, une dialyse péritonéale ou une greffe rénale.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic d'insuffisance rénale est posé par un spécialiste.

Maladie congénitale du cœur

Maladie congénitale du cœur s'entend d'un diagnostic d'une des affections du cœur suivantes après une période de survie de 30 jours suivant le diagnostic ou la naissance, selon le dernier des deux événements :

- a) Atrésie d'une valve cardiaque;
- b) Coarctation de l'aorte;
- c) Hypoplasie ventricule droit;
- d) Hypoplasie cœur gauche;
- e) Maladie d'Ebstein;
- f) Retour veineux anormal;
- g) Syndrome d'Eisenmenger;
- h) Transposition des gros vaisseaux
- i) Tétralogie de Fallot;
- j) Tronc artériel commun;
- k) Ventricule à double voie d'entrée;
- l) Ventricule gauche à double issue;
- m) Ventricule unique.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic de maladie congénitale du cœur est posé par un cardiologue pédiatrique qualifié et corroboré par l'imagerie cardiaque appropriée.

Maladie congénitale du cœur s'entend également d'une chirurgie à cœur ouvert effectuée pour corriger l'une des conditions suivantes après une période de survie de 30 jours suivant la chirurgie :

- a) Communication interventriculaire;
- b) Communication interauriculaire;
- c) Discret rétrécissement aortique sous-orificiel;
- d) Sténose aortique;
- e) Sténose pulmonaire.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si la chirurgie est recommandée par un cardiologue pédiatrique qualifié et effectuée par un chirurgien cardiaque au Canada ou aux États-Unis.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie pour les techniques telles que la valvuloplastie et la fermeture de communication interauriculaire percutanée ou toute autre affection cardiaque congénitale non spécifiée dans la présente garantie.

Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques

Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques s'entend d'un diagnostic formel de a) maladie de Parkinson ou de b) syndrome parkinsonien atypique tels que définis ci-dessous :

- a) Maladie de Parkinson s'entend d'un diagnostic formel de maladie de Parkinson primaire, un trouble neurologique permanent devant avoir pour caractéristiques la bradykinésie (lenteur des mouvements) et au moins un des symptômes suivants : rigidité musculaire ou tremblement de repos. L'enfant doit manifester des signes objectifs de détérioration progressive des fonctions depuis au moins un an, et son neurologue traitant doit lui

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS

avoir prescrit un médicament dopaminergique ou un traitement médical équivalent généralement reconnu contre la maladie de Parkinson.

- b) Syndrome parkinsonien atypique s'entend du diagnostic formel de paralysie supranucléaire progressive, de dégénérescence cortico-basale ou d'atrophie multisystémique.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic de maladie de Parkinson ou de syndrome parkinsonien atypique est posé par un spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie si, dans la première année suivant la date de prise d'effet de la protection de l'enfant en vertu de la présente garantie ou la date de la dernière remise en vigueur de la protection de l'enfant, si cette date est ultérieure, l'enfant :

- a) A présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumise à des investigations qui ont mené directement ou indirectement à l'établissement d'un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme, peu importe la date du diagnostic; ou
- b) A reçu un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme.

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à l'assureur dans les 6 mois suivant la date du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, l'assureur peut refuser toute demande de règlement portant sur la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique, ou sur toute maladie grave causée par la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique ou son traitement.

Aucune prestation ne sera payable au titre de la présente maladie ou chirurgie couverte pour tout autre type de parkinsonisme.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS

Maladie du motoneurone

Maladie du motoneurone s'entend d'un diagnostic formel de l'un des troubles suivants exclusivement : sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), sclérose latérale primitive, atrophie musculaire progressive, paralysie bulbaire progressive ou paralysie pseudo-bulbaire.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic de maladie du motoneurone est posé par un spécialiste.

Méningite bactérienne

Méningite bactérienne s'entend d'un diagnostic formel de méningite, confirmé par un liquide céphalorachidien démontrant la présence de bactéries pathogènes. La présence desdites bactéries doit être confirmée par une culture ou au moyen d'un autre test microbiologique médicalement accepté. La méningite bactérienne doit provoquer des déficits neurologiques objectifs qui persistent pendant au moins 90 jours suivant la date du diagnostic.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic de méningite bactérienne est posé par un spécialiste.

Aux fins de la présente garantie, les déficits neurologiques doivent être détectables par un spécialiste et peuvent inclure, sans s'y limiter, une perte de l'ouïe mesurable, une perte de vision mesurable, un déclin mesurable de la fonction neurocognitive, une perte objective de la sensibilité, la paralysie, une faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté de prononciation), la dysphasie (difficulté de langage), la dysphagie (difficulté à avaler), une démarche anormale (difficulté à marcher), un manque d'équilibre, un manque de coordination, ou l'apparition de convulsions qui sont en cours de traitement. Le mal de tête et la fatigue ne seront pas considérés comme des déficits neurologiques.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie dans le cas d'une méningite virale.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS

Paralysie

Paralysie s'entend d'un 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, pendant une période d'au moins 90 jours suivant l'évènement déclencheur.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic de paralysie est posé par un spécialiste.

Paralysie cérébrale

Paralysie cérébrale s'entend d'un diagnostic formel de paralysie cérébrale, révélé par des troubles neurologiques non évolutifs caractérisés par des spasmes et une incoordination des mouvements.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic de paralysie cérébrale est posé par un spécialiste.

Perte d'autonomie

Perte d'autonomie s'entend d'un diagnostic formel d'une incapacité totale, découlant d'une maladie ou d'une blessure corporelle, d'effectuer par soi-même, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels, au moins 3 des 6 activités de la vie quotidienne indiquées ci-dessous sur une période continue d'au moins 90 jours sans espoir raisonnable de rétablissement.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic de perte d'autonomie est posé par un médecin et confirmé par une évaluation indépendante des besoins de soins à domicile effectuée par un ergothérapeute ou un spécialiste exerçant une profession équivalente.

Les activités de la vie quotidienne sont :

- a) **Se laver** : la capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette;
- b) **Se vêtir** : la capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris les orthèses, les membres artificiels ou d'autres accessoires chirurgicaux;

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS

- c) **Se servir des toilettes** : la capacité de s'asseoir sur les toilettes et s'en lever, et d'assurer son hygiène personnelle;
- d) **Être continant** : la capacité de gérer ses fonctions urinaires et intestinales avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à assurer son hygiène personnelle;
- e) **Se mouvoir** : la capacité de se lever du lit, de se coucher, de s'asseoir et de se lever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant;
- f) **Se nourrir** : la capacité de consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies.

Aucune période de survie additionnelle ne s'applique si l'enfant satisfait aux conditions décrites ci-dessus.

Perte de l'usage de la parole

Perte de l'usage de la parole s'entend d'un diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la capacité de parler par suite d'une blessure corporelle ou d'une maladie pendant une période d'au moins 180 jours.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic de perte de l'usage de la parole est posé par un spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie pour toute cause psychiatrique.

Perte de membres

Perte de membres s'entend d'un diagnostic formel de la séparation 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 requise.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic de perte de membres est posé par un spécialiste.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS

Pontage aortocoronarien

Pontage aortocoronarien s'entend d'une intervention chirurgicale cardiaque visant à corriger le rétrécissement ou l'obstruction d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen d'une ou de plusieurs greffes.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si l'intervention chirurgicale est jugée médicalement requise par un spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de cette garantie en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque

Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque s'entend d'une intervention chirurgicale visant à remplacer une valvule cardiaque par une valvule naturelle ou mécanique, ou à en corriger les défauts ou les anomalies.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si l'intervention chirurgicale est jugée médicalement requise par un spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

Sclérose en plaques

Sclérose en plaques s'entend d'un diagnostic formel, suivant la date de prise d'effet de la protection de l'enfant en vertu de la présente garantie ou la date de la dernière remise en vigueur de la protection de l'enfant, si cette date est ultérieure, d'au moins une des manifestations suivantes :

- a) Au moins 2 poussées cliniques distinctes, confirmées par au moins un test d'imagerie par résonnance magnétique (IRM) du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation; ou

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS

- b) Une seule poussée s'accompagnant de déficits neurologiques objectifs persistant pendant plus de 6 mois, confirmée par IRM du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation; ou
- c) Une seule poussée, confirmée par plusieurs IRM du système nerveux qui démontrent le développement de nouvelles plaques disséminées de démyélinisation apparues à des intervalles d'au moins un mois.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic de sclérose en plaques est posé par un spécialiste.

Aux fins de la présente garantie, les déficits neurologiques doivent être détectables par un spécialiste et peuvent inclure, sans s'y limiter, une perte de l'ouïe mesurable, une perte de vision mesurable, un déclin mesurable de la fonction neurocognitive, une perte objective de la sensibilité, la paralysie, une faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté de prononciation), la dysphasie (difficulté de langage), la dysphagie (difficulté à avaler), une démarche anormale (difficulté à marcher), un manque d'équilibre, un manque de coordination, ou l'apparition de convulsions qui sont en cours de traitement. Le mal de tête et la fatigue ne seront pas considérés comme des déficits neurologiques.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie si, dans l'année suivant la date de prise d'effet de la protection de l'enfant en vertu de la présente garantie ou la date de la dernière remise en vigueur de la protection de l'enfant, si cette date est ultérieure, l'enfant :

- a) A présenté des signes ou des symptômes ou a subi des examens qui ont mené directement ou indirectement à un diagnostic de sclérose en plaques (couverte ou non en vertu de la présente garantie), sans égard à la date du diagnostic; ou
- b) A reçu un diagnostic de sclérose en plaques (couverte ou non en vertu de la présente garantie).

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à l'assureur dans les 6 mois suivant la date du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans ce délai, l'assureur peut refuser toute demande de règlement portant sur la sclérose en plaques,

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS

ou sur toute maladie grave causée par la sclérose en plaques ou son traitement.

Aucune prestation ne sera payable dans les cas suivants :

- a) Sclérose solitaire; ou
- b) Syndrome clinique isolé; ou
- c) Syndrome radiologique isolé; ou
- d) Neuromyéélite optique; ou
- e) Sclérose en plaques soupçonnée ou probable.

Surdité

Surdité s'entend d'un diagnostic formel de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles, le seuil d'audition étant d'au moins 90 décibels dans un registre de 500 à 3 000 hertz.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic de surdité est posé par un spécialiste.

Syndrome de Down

Syndrome de Down s'entend du diagnostic formel du syndrome de Down corroboré par une preuve chromosomique de la trisomie 21.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic de syndrome de Down est posé par un spécialiste.

Tumeur cérébrale bénigne

Tumeur cérébrale bénigne s'entend d'un diagnostic formel d'une tumeur non maligne située dans la voûte crânienne 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.

Ces déficits doivent être confirmés par des tests d'imagerie diagnostiques montrant des changements qui, par leurs caractéristiques, leur localisation et le moment où ils sont survenus, correspondent aux déficits neurologiques.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic de tumeur cérébrale bénigne est posé par un spécialiste.

Aux fins de la présente garantie, les déficits neurologiques doivent être détectables par un spécialiste et peuvent inclure, sans s'y limiter, une perte de l'ouïe mesurable, une perte de vision mesurable, un déclin mesurable de la fonction neurocognitive, une perte objective de la sensibilité, la paralysie, une faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté de prononciation), la dysphasie (difficulté de langage), la dysphagie (difficulté à avaler), une démarche anormale (difficulté à marcher), un manque d'équilibre, un manque de coordination, ou l'apparition de convulsions qui sont en cours de traitement. Le mal de tête et la fatigue ne seront pas considérés comme des déficits neurologiques.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie si, dans les 90 jours suivant la date de prise d'effet de la protection de l'enfant en vertu de la présente garantie ou la date de la dernière remise en vigueur de la protection d'un enfant, si cette date est ultérieure, l'enfant :

- a) A présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non en vertu de la présente garantie), peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- b) A reçu un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non en vertu de la présente garantie).

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à l'assureur dans les 6 mois suivant la date du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, l'assureur peut refuser toute demande de règlement portant sur une tumeur cérébrale bénigne, ou sur toute maladie grave causée par une tumeur cérébrale bénigne ou son traitement.

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie pour des adénomes hypophysaires d'un diamètre inférieur à 10 mm, des malformations vasculaires, des cholestéatomes ou des tumeurs infectieuses ou inflammatoires.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS

EXCLUSION RELATIVE À L'ÉTAT DE SANTÉ ANTÉRIEUR

Comme il est stipulé dans la présente disposition, **État de santé antérieur** signifie une maladie ou une chirurgie couverte :

- a) Qui a été contractée par l'enfant ou dont il a souffert; ou
- b) Dont les signes et symptômes ont amené l'enfant à subir un traitement donné par un médecin; ou
- c) Dont les signes et symptômes ont été analysés ou examinés par un médecin; ou
- d) Pour laquelle l'enfant a pris des médicaments, tels que prescrits par un médecin,

au cours de la période de 24 mois précédant la date à laquelle l'enfant était couvert par la présente garantie.

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour une maladie ou une chirurgie couverte qui :

- a) Découle directement ou indirectement d'un état de santé antérieur ou est liée ou est attribuable, d'une quelconque façon ou à un quelconque degré, à un état de santé antérieur; et
- b) A débuté au cours des 24 premiers mois suivant la prise d'effet de la protection de l'enfant en vertu de la présente garantie.

Nonobstant ce qui précède, s'il s'agit d'un enfant dont l'assurance a été remise en vigueur en vertu de la présente garantie, tel que décrit à la disposition Remise en vigueur de l'assurance, si la protection d'assurance offerte audit enfant n'a pas été en vigueur suffisamment longtemps pour épuiser la période d'état de santé antérieur de 24 mois à la date de résiliation de l'assurance, la période d'état de santé antérieure de l'enfant va se poursuivre à compter de la date de remise en vigueur.

Cette exclusion ne s'applique pas à un enfant né à la date de prise d'effet de la présente garantie ou après.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS

Exception à l'exclusion relative à l'état de santé antérieur

Cependant, si l'assurance de l'enfant en vertu de la présente garantie remplace la garantie d'assurance maladie grave d'une police d'assurance collective antérieure, la clause d'exclusion relative à l'état de santé antérieur pour une maladie ou une chirurgie, qui était couverte par la garantie d'assurance maladie grave de la police d'assurance collective antérieure, ne s'appliquera pas et une prestation sera payable pour cette maladie ou chirurgie, pourvu que :

- a) L'enfant était assuré par la garantie d'assurance maladie grave de la police d'assurance collective antérieure immédiatement avant la date de la cessation de cette assurance; et
- b) L'enfant est devenu assuré en vertu de la présente garantie immédiatement après la date de la cessation de la garantie d'assurance maladie grave de la police d'assurance collective antérieure; et
- c) L'enfant répondait aux exigences de la période d'exclusion relative à l'état de santé antérieur de la garantie d'assurance maladie grave de la police d'assurance collective antérieure ou il répond aux exigences de la période d'exclusion relative à l'état de santé antérieur de la présente garantie, en prenant en considération la période continue couverte par la présente garantie et la garantie d'assurance de la police d'assurance collective antérieure.

La prestation payable à un participant pour un enfant dont la clause d'exclusion relative à l'état de santé antérieur ne s'applique pas en vertu du paragraphe précédent, sera déterminée selon la garantie d'assurance maladie grave de la police collective, mais en aucun cas elle n'excèdera celle qui aurait été payable en vertu de la police d'assurance collective antérieure.

La clause d'exclusion relative à l'état de santé antérieur s'appliquera à toute maladie ou chirurgie qui n'était pas couverte en vertu de la garantie d'assurance maladie grave de la police d'assurance collective antérieure d'un enfant, dont la garantie en vertu de la police collective remplace la garantie d'assurance maladie grave d'une police d'assurance collective antérieure.

La clause d'exclusion relative à l'état de santé antérieur ne s'appliquera pas à toute couverture pour laquelle des preuves d'assurabilité ont été soumises et approuvées en vertu de la présente garantie.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS

EXCLUSIONS

Aucune prestation n'est versée en vertu de la présente garantie si la maladie ou la chirurgie résulte directement ou indirectement :

- a) D'un suicide ou d'une tentative de suicide ou de toute blessure que l'enfant s'inflige, sans égard à son état psychologique, et indépendamment de toute maladie ou déficience.
- b) D'un acte criminel que l'enfant a commis ou tenté de commettre, ou de la provocation d'une agression.
- c) De toute agitation civile, insurrection ou guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou de la participation à une émeute.
- d) De la consommation de drogues, de substances toxiques ou de stupéfiants, sauf s'ils sont prescrits et administrés par un médecin autorisé, ou conformément à ses directives.
- e) De la consommation excessive d'alcool.
- f) De la conduite d'un véhicule motorisé si l'enfant avait, au moment de l'accident en cause, un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise par la loi.
- g) D'un vol à bord d'un aéronef, sauf en qualité de passager et non de pilote, d'exploitant ou de membre de l'équipage sur ou à bord de quelque aéronef, à condition i) qu'il s'agisse d'un vol de transporteur aérien régulier à horaire fixe, ii) que l'aéronef soit muni d'un certificat de navigabilité et qu'il soit piloté par une personne qui détient un permis de vol à jour et valide faisant foi de ses compétences et l'autorisant à piloter l'aéronef et iii) que l'aéronef ne soit pas la propriété du Titulaire de la police ou de l'Employeur du participant et ne soit ni exploité, ni nolisé ou loué par ce Titulaire ou Employeur.
- h) De la pratique, amateur ou professionnelle :
 - i) D'activités sous-marines, y compris, sans toutefois s'y limiter, la plongée en scaphandre autonome et la plongée en apnée; ou
 - ii) De vols en deltaplaneur; ou
 - iii) De sauts en parachute; ou

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS

- iv) De courses en véhicule motorisé ou à des concours de vitesse, sur terre comme sur l'eau; ou
- v) De la boxe; ou
- vi) De sauts à l'élastique; ou
- vii) De paralpinisme ou sauts extrêmes; ou
- viii) De sauts de falaise; ou
- ix) D'alpinisme.

RESTRICTIONS

a) Cancer

Un enfant n'a pas droit à la prestation en vertu de la protection Maladies ou chirurgies couvertes dans le cas d'un cancer si, dans les 90 jours qui suivent la date de prise d'effet de sa protection en vertu de la présente garantie, on lui a diagnostiqué un cancer ou s'il manifeste tout signe ou symptôme ou subit un examen menant à un diagnostic de cancer, peu importe la date du diagnostic.

De plus, un enfant qui est l'enfant naturel d'un participant dont la date de naissance coïncide avec ou suit la date de prise d'effet de la présente garantie n'a pas droit à la prestation en vertu de la protection Maladies ou chirurgies couvertes dans le cas d'un cancer et l'assurance de l'enfant en vertu de la présente garantie sera nulle si le cancer a été diagnostiqué alors qu'il était encore dans le ventre de sa mère.

Dans l'éventualité où l'enfant est le seul enfant assuré du participant, toutes les primes payées en vertu de présente garantie seront remboursées.

b) Tumeur cérébrale bénigne

Un enfant n'a pas droit à la prestation en vertu de la protection Maladies ou chirurgies couvertes dans le cas d'une tumeur cérébrale bénigne si, dans les 90 jours qui suivent la date de prise d'effet de sa protection en vertu de la présente garantie, on lui a diagnostiqué une tumeur cérébrale bénigne ou s'il manifeste tout signe ou symptôme ou subit un

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS

examen menant à un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne, peu importe la date du diagnostic.

De plus, un enfant qui est l'enfant naturel d'un participant dont la date de naissance coïncide avec ou suit la date de prise d'effet de la présente garantie n'a pas droit à la prestation en vertu de la protection Maladies ou chirurgies couvertes dans le cas d'une tumeur cérébrale bénigne et l'assurance de l'enfant en vertu de la présente garantie sera nulle si la tumeur cérébrale bénigne a été diagnostiquée alors qu'il était encore dans le ventre de sa mère.

Dans l'éventualité où ledit enfant est le seul enfant assuré du participant, toutes les primes payées en vertu de la présente garantie seront remboursées.

- c) Toutes maladies ou chirurgies couvertes à l'exception d'un cancer et d'une tumeur cérébrale bénigne

Un enfant qui est l'enfant naturel d'un participant et qui est né dans les 10 mois qui suivent immédiatement la date de prise d'effet de sa protection en vertu de la présente garantie n'a pas droit à la prestation en vertu de la protection Maladies ou chirurgies couvertes si, dans les 30 jours qui suivent la date de prise d'effet de la présente garantie, l'enfant répond à l'une des conditions suivantes :

- i) Un diagnostic d'une maladie ou chirurgie couverte; ou
- ii) Les parents ou le médecin traitant de l'enfant s'aperçoivent de quelque signe, symptôme, état ou problème médical que ce soit qui mène à un diagnostic d'une maladie ou chirurgie couverte à n'importe quel moment dans le futur.

Dans l'éventualité où l'enfant reçoit un diagnostic d'une maladie ou chirurgie couverte autre qu'un cancer ou une tumeur cérébrale bénigne, la présente garantie restera en vigueur mais le diagnostic applicable pour la maladie ou chirurgie couverte ne sera plus considéré comme une maladie ou chirurgie couverte pour cet enfant.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS

EFFET DE LA CESSATION D'ASSURANCE SUR LES RÈGLEMENTS

La résiliation de la présente garantie, ou de l'assurance de l'enfant ne compromettra aucune demande de règlement se rapportant à une maladie ou chirurgie couverte, à condition que :

- a) La date de diagnostic survient avant la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance de l'enfant, selon le premier des deux événements.
- b) L'existence de la maladie ou chirurgie couverte soit rapportée à l'assureur dans les 30 jours suivant la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance de l'enfant, selon le premier des deux événements.
- c) Dans le cas d'une méningite bactérienne, la période documentée de 90 jours de déficit neurologique soit commencée, mais pas nécessairement écoulée, avant la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance de l'enfant, selon le premier des deux événements.
- d) Dans le cas d'un coma, la période continue d'au moins 96 heures d'inconscience soit commencée, mais pas nécessairement écoulée, avant la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance de l'enfant, selon le premier des deux événements.
- e) Dans le cas d'une maladie congénitale du cœur, la période de survie de 30 jours soit commencée, mais pas nécessairement écoulée, avant la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance de l'enfant, selon le premier des deux événements.
- f) Dans le cas d'une perte d'autonomie, la période continue de 90 jours d'incapacité soit commencée, mais pas nécessairement écoulée, avant la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance de l'enfant, selon le premier des deux événements.
- g) Dans le cas d'une perte de la parole, la période de 180 jours de perte totale et irréversible soit commencée, mais pas nécessairement écoulée, avant la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance de l'enfant, selon le premier des deux événements.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS

- h) Dans le cas d'une défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe, la date à laquelle l'enfant est inscrit comme receveur dans un programme de transplantation reconnu soit antérieure à la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance de l'enfant, selon le premier des deux évènements;
- i) Dans le cas d'une sclérose en plaques, la période de 6 mois durant laquelle les épisodes d'anomalies neurologiques bien définies doivent persister soit commencée, mais pas nécessairement écoulée, avant la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance de l'enfant, selon le premier des deux évènements.
- j) Dans le cas d'une infection à VIH contractée au travail, la période de 14 jours durant laquelle doit être effectuée une sérologie du VIH soit commencée, mais pas nécessairement écoulée, avant la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance de l'enfant, selon le premier des deux évènements.
- k) Dans le cas d'une paralysie, la période de 90 jours de perte totale et permanente des fonctions musculaires soit commencée, mais pas nécessairement écoulée, avant la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance de l'enfant, selon le premier des deux évènements.
- l) Dans le cas d'un accident vasculaire cérébral, la période de 30 jours de paralysie ou autre déficit neurologique objectif soit commencée, mais pas nécessairement écoulée, avant la date de résiliation de la présente garantie ou de cessation de l'assurance de l'enfant, selon le premier des deux évènements.
- m) Dans le cas d'un diabète sucré de type 1, la période minimale de 3 mois de dépendance à l'insuline soit commencée, mais pas nécessairement écoulée, avant la date de résiliation de la présente garantie ou de cessation de l'assurance de l'enfant, selon le premier des deux évènements.

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

L'assureur s'engage à verser au participant qui devient invalide alors qu'il était couvert par la présente garantie et qu'il était effectivement au travail le montant de la prestation mensuelle prévue dans la présente garantie, pour chaque mois ou partie de mois durant lequel ou laquelle persiste ladite invalidité, sous réserve des conditions et des modalités énoncées dans la présente garantie et dans la police collective.

MODALITÉS DE LA PRESTATION

Début des versements de la prestation

Le paiement de la prestation mensuelle commence après l'expiration du délai de carence indiqué au Tableau sommaire.

Montant des versements de la prestation

Le montant de la prestation mensuelle payable en vertu de la présente garantie est calculé selon la formule établie au Tableau sommaire et sera limité au maximum mensuel indiqué à ce même tableau.

Réduction des versements de la prestation

La prestation mensuelle payable en vertu de la présente garantie sera réduite, après l'application du maximum mensuel indiqué au Tableau sommaire :

- a) de toute rémunération reçue de l'employeur;
- b) du montant mensuel net initial de toute prestation d'invalidité payable en relation avec l'invalidité concernée par le régime de retraite de l'employeur;
- c) du montant payable ou qui serait payable si une demande satisfaisante avait été faite en vertu du régime de rentes du Québec* ou du Régime de pensions du Canada, à l'exclusion des prestations pour les enfants à charge.

De plus, lorsque les prestations mentionnées précédemment ainsi que le montant mensuel brut initial de toute prestation d'invalidité payable ou qui serait payable au participant en relation avec l'invalidité concernée si une demande satisfaisante avait été faite en vertu :

- a) d'une loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles;

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

- b) d'une loi provinciale sur l'assurance automobile;
- c) d'une loi provinciale d'indemnisation des victimes d'actes criminels;
- d) de toute autre loi provinciale à caractère social de la province de résidence du participant
- e) du régime de rentes du Québec avant le 1^{er} juillet 2023**

excèdent le MAXIMUM DE TOUTES SOURCES tel qu'il est défini au Tableau sommaire, le montant de la prestation d'invalidité payable par l'assureur est alors réajusté de façon à ne pas dépasser ledit maximum.

* Pour le participant à qui des prestations d'invalidité du Régime de rentes du Québec sont payables ou seraient payables, pour toute période débutant avant le 1^{er} janvier 2024, l'assureur réduira ou continuera de réduire de la prestation mensuelle payable, et ce pour toute la durée de l'invalidité :

- i) le même montant de prestation d'invalidité que celui initialement approuvé par le Régime de rentes du Québec pour la période débutant avant le 1^{er} janvier 2024, ou
- ii) le même montant de prestation d'invalidité qui aurait été payable au participant pour la période débutant avant le 1^{er} janvier 2024 si une demande satisfaisante avait été faite en vertu du Régime de rentes du Québec.

** Pour le participant à qui des prestations d'invalidité du Régime de rentes du Québec sont payables ou seraient payables, pour toute période débutant avant le 1^{er} juillet 2023, l'assureur continuera à prendre en considération le même montant tel qu'indiqué en i) et ii) dans le calcul de l'excédent du MAXIMUM DE TOUTES SOURCES tel qu'il est défini au Tableau sommaire, et ce, pour toute la durée de l'invalidité.

L'indexation future des montants versés par un des organismes mentionnés ci-dessus n'entraînera aucune autre réduction.

Cessation des versements de la prestation

Les versements de la prestation mensuelle cessent à la première des dates suivantes :

- a) La date à laquelle se termine la période maximale de prestations spécifiée au Tableau sommaire;

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

- b) La date à laquelle le participant cesse d'être invalide. Toutefois, si la date de fin de l'invalidité correspond à la période se situant entre la fin de l'année scolaire et le début de l'année scolaire suivante, les versements de la prestation seront maintenus jusqu'au début de la nouvelle année scolaire;
- c) La date à laquelle le participant atteint l'âge de 65 ans;
- d) La date à laquelle le participant prend sa retraite ou atteint l'âge normal de la retraite aux termes du régime de retraite de l'employeur, mais sans jamais dépasser l'âge normal de la retraite indiqué au Tableau sommaire de la présente police;
- e) La date du décès du participant;
- f) La date à laquelle le participant omet de se faire examiner par le médecin désigné par l'assureur dans les 31 jours de la demande écrite faite par ce dernier;
- g) La date à laquelle le participant omet de soumettre les preuves d'invalidité demandées par l'assureur dans les 31 jours de la demande écrite faite par ce dernier;
- h) La date à laquelle le participant refuse de participer de bonne foi à un programme de réadaptation ou d'exercer un emploi de réadaptation que l'assureur et ses médecins consultants jugent raisonnablement approprié;
- i) La date à laquelle le participant est incarcéré à la suite de la perpétration d'un acte criminel pour lequel il a été reconnu coupable.

PÉRIODES SUCCESSIVES D'INVALIDITÉ

Si le participant qui a effectivement repris le travail redevient invalide durant l'effet de cette garantie, avant qu'une période équivalente à une période d'invalidité telle que décrite aux CONDITIONS GÉNÉRALES se soit écoulée, et que l'invalidité soit attribuable à la même cause que celle de l'invalidité antérieure ou à des causes connexes, l'invalidité est considérée comme la continuation de l'invalidité antérieure.

Cependant, si le participant qui a effectivement repris le travail redevient invalide, durant l'effet de cette garantie, par suite d'une maladie ou d'une blessure accidentelle n'ayant aucun rapport avec la cause de l'invalidité

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

antérieure, l'invalidité est considérée comme une nouvelle invalidité, et un nouveau délai de carence est imposé.

EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS

- a) L'assurance prévue par les présentes ne couvre aucune invalidité
 - i) pendant laquelle le participant n'est pas sous les soins réguliers et continus d'un médecin ou d'un spécialiste, sauf dans le cas d'un état stationnaire reconnu par un médecin ou un spécialiste, à la satisfaction de l'assureur;
 - ii) qui résulte de la perpétration ou d'une tentative de perpétration par le participant d'un acte criminel, de la participation active du participant à une émeute ou à une insurrection, de blessures que le participant s'est infligées intentionnellement, qu'il ait été ou non conscient de ses actes;
 - iii) qui résulte de traitements esthétiques;
 - iv) qui résulte d'alcoolisme ou de toxicomanie, sauf si le participant reçoit des traitements ou soins médicaux en vue de sa réadaptation, à la satisfaction de l'assureur;
 - v) qui résulte directement ou indirectement d'une guerre (que la guerre soit déclarée ou non) ou d'une guerre civile;
 - vi) pendant laquelle le participant a droit à des indemnités ou des prestations, reliées ou non à son invalidité, en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi;
 - vii) pendant laquelle le participant exerce une occupation rémunératrice, sauf s'il s'agit d'un emploi à l'essai ou à temps partiel ou de participer à un programme de travail modifié ou de réadaptation, tel que recommandé par l'assureur;
 - viii) qui résulte d'un vol ou d'une tentative de vol à bord d'un avion ou autre aéronef, si le participant est membre de l'équipage ou s'il exerce une fonction quelconque se rapportant au vol ou s'il y participe à titre de parachutiste.

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

- b) Un participant qui s'absente du Canada et des États-Unis pour une période de plus de 90 jours consécutifs perd son droit aux prestations prévues par la présente garantie, et ce droit n'est rétabli qu'à son retour, sous réserve de toute autre disposition de la présente garantie.
- c) L'assurance prévue par les présentes ne couvre aucune invalidité qui résulte d'une maladie ou d'une blessure accidentelle qui survient pendant une grève, un lock-out ou une mise à pied temporaire, si la garantie du participant n'a pas été maintenue en vigueur pendant la grève, le lock-out ou la mise à pied temporaire.

Toutefois, si la garantie du participant est maintenue en vigueur, le délai de carence de l'assurance salaire débutera à la date prévue du retour au travail du participant.

EXONÉRATION DES PRIMES

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

De plus, le participant qui n'est pas couvert en vertu de la garantie d'assurance vie est également admissible à l'exonération du paiement des primes relatives à la présente garantie, sous réserve cependant de toutes autres dispositions décrites à l'article *Exonération des primes* de la garantie d'assurance vie.

RETOUR AU TRAVAIL

Si un participant invalide :

- a) occupe un emploi à l'essai, un emploi à temps partiel ou participe à un programme de travail modifié approuvé par l'assureur; ou
- b) participe à un programme de réadaptation approuvé par l'assureur;

avec l'intention de retourner au travail afin d'occuper son propre emploi ou tout autre emploi et qu'à ce moment, il est incapable de gagner au moins 80 % de son salaire indexé brut mensuel payable au début des prestations en raison de

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

la maladie ou de la blessure dont résulte son invalidité, il sera toujours considéré par l'assureur comme invalide.

L'assureur se réserve le droit de demander à un participant invalide de participer à un programme de réadaptation, de travail modifié ou d'occuper un emploi à l'essai ou à temps partiel recommandé par l'assureur afin de l'aider à retrouver un emploi rémunérateur, si l'assureur établit que le programme est pertinent pour le participant compte tenu de son invalidité et de son niveau de scolarité, de sa formation et de son expérience. Si le participant ne collabore pas ou ne participe pas au programme, il ne sera plus admissible à recevoir une prestation mensuelle.

Si le participant invalide reçoit un revenu pour sa participation à un programme de travail modifié, de réadaptation ou pour un emploi à l'essai ou à temps partiel, le montant de la prestation mensuelle qui lui sera versé en vertu des dispositions de la présente garantie ne sera pas réduit à moins que la prestation mensuelle totale reçue conformément à la présente garantie, le revenu reçu pour sa participation au programme ainsi que les sources de revenu énumérées dans la disposition Réduction des versements de la prestation ne dépassent :

- a) 100 % de son salaire brut mensuel payable au début des prestations, s'il est imposé pour la prestation mensuelle; ou
- b) 100 % de son salaire net mensuel payable au début des prestations, s'il n'est pas imposé pour la prestation mensuelle. (Aux fins de ce calcul, le revenu perçu par l'entremise de ce programme devra être net.)

Si le total du revenu mensuel reçu par le participant dépasse 100 % du salaire, le montant de prestation mensuelle versé au participant selon les dispositions de la présente garantie sera réduit de manière à ce que le revenu mensuel total ne dépasse pas 100 % de ce salaire.

L'assureur paiera les frais engagés par le participant, autres que les frais habituels liés à son emploi, qui sont reliés à l'emploi à l'essai recommandé, à l'emploi à temps partiel ou au programme de travail modifié ou de réadaptation, pourvu que les frais soient approuvés par écrit par l'assureur avant d'être engagés.

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

INDEXATION

Le montant initial de la prestation prévue par les présentes est réajusté le premier jour de janvier de chaque année au taux d'indexation établi le 31 octobre de l'année précédente, selon les modalités d'indexation utilisées par le Régime de rentes du Québec, sans toutefois excéder le TAUX ANNUEL MAXIMAL D'INDEXATION indiqué au Tableau sommaire. Le premier réajustement est effectué le premier jour de janvier suivant le début du versement des prestations.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

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

DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

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

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

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

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

Hôpital : Une institution :

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

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

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

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

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

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

Médicament prescrit sous convention : Un médicament qui, selon la loi, peut être acheté sans ordonnance, mais pour lequel un pharmacien exigerait une ordonnance du point de vue éthique.

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

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

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

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

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

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

ASSURANCE-MÉDICAMENTS

(applicable aux résidents du Québec seulement)

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

Cette protection de la présente garantie est obligatoire pour tout participant ou tout retraité et ses personnes à charge couvertes par la présente police, sous réserve des dispositions de la Loi sur l'assurance-médicaments.

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

Toute modification à la Loi sur l'assurance-médicaments touchant le Régime général d'assurance-médicaments du Québec modifiera également les dispositions pertinentes de la présente garantie et de la police collective.

Dispositions particulières pour les personnes de 65 ans et plus

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

Dans la présente police, les personnes assurées de 65 ans et plus seront présumées être couvertes par la Régie en vertu du Régime général d'assurance médicaments. De plus, les personnes à charge d'un participant de 65 ans ou plus seront présumées être couvertes par la Régie en vertu du Régime général d'assurance médicaments, quel que soit leur âge. Toutefois, les personnes à charge de 65 ans et plus d'un participant de moins de 65 ans demeurent couvertes par l'assureur en vertu de la présente garantie.

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

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

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Frais couverts

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

- a) Les services d'exécution ou de renouvellement d'une ordonnance fournis par un pharmacien pour un médicament inclus dans la liste de la Régie ou déterminé par les règlements gouvernementaux;
- b) Les médicaments inclus dans la liste de la Régie et qui sont fournis par un pharmacien sur ordonnance d'un fournisseur de soins de santé qui est légalement autorisé à prescrire des médicaments;
- c) Tout médicament déterminé par les règlements gouvernementaux, lorsque prescrit en raison des états et des indications thérapeutiques indiqués dans les règlements.

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

Restrictions des quantités quant à l'exécution des ordonnances

La quantité de médicaments pouvant être distribuée pour toute ordonnance sera limitée à la quantité suffisante pour une période pouvant aller jusqu'à 34 jours, sauf dans le cas de médicaments requis pour une thérapie à long terme (médicaments d'entretien) pour lesquels une quantité pouvant durer jusqu'à 100 jours est permise.

HOSPITALISATION DANS LA PROVINCE DE RÉSIDENCE

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

- a) La personne assurée soit confinée à l'hôpital à titre de patient hospitalisé;
- b) Le type d'hébergement ait été demandé de manière spécifique par la personne assurée; et

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- c) La personne assurée ait été hospitalisée pour des soins ponctuels et non pour des soins chroniques ou pour des soins liés à une convalescence.

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

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

- a) L'urgence médicale survienne au cours des premiers 90 jours de l'absence de la personne assurée de sa province de résidence, ou si l'absence est due au fait que la personne assurée fréquente à temps plein une institution d'enseignement agréée, l'urgence de nature médicale survienne durant l'année scolaire au cours de laquelle la personne assurée était inscrite à une institution d'enseignement;
- b) La personne assurée se soit absentée pour des raisons professionnelles, pour des vacances ou pour fréquenter à temps plein une institution d'enseignement agréée; et
- c) Les services et l'équipement aient dû être fournis avant le retour de la personne assurée dans sa province de résidence afin de ne pas nuire à sa santé.

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

- a) Les soins reçus d'un médecin;
- b) L'hébergement dans un hôpital tel que prévu à l'article Hospitalisation dans la province de résidence;
- c) Les services de nature médicale, les équipements et les appareils fournis lors d'une hospitalisation;
- d) Le diagnostic, les services d'imagerie médicale et de laboratoire;
- e) Les services paramédicaux fournis lors d'une hospitalisation;
- f) Les fournitures et les services fournis en clinique externe;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- g) Les médicaments;
- h) Les fournitures et les appareils médicaux fournis hors de l'hôpital;
- i) Le transport professionnel en ambulance de la personne assurée vers l'hôpital le plus proche qui possède l'équipement nécessaire afin de fournir le traitement médical requis.

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

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

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

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

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

- a) L'état de santé de la personne assurée n'était pas stable avant que l'absence de sa province de résidence débute; et
- b) L'urgence médicale résulte directement ou indirectement de cet état de santé.

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

- a) L'état de santé;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

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

dans une période de 90 jours précédant cette absence.

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

- a) Les frais couverts sont les suivants, à condition de n'avoir été engagés qu'après la date de prise d'effet de l'assurance :
 - i) Les services fournis au domicile de la personne assurée par un infirmier autorisé ou par un infirmier auxiliaire, à condition que :
 - Les services rendus soient prescrits par un médecin et approuvés au préalable par l'assureur;
 - Les services soient nécessaires du point de vue médical;
 - Les services soient de l'ordre de ceux fournis par un infirmier autorisé ou par un infirmier auxiliaire; et
 - L'infirmier autorisé ou l'infirmier auxiliaire ne possèdent aucun lien de parenté avec la personne assurée et ne demeurent pas avec elle normalement.
 - ii) Service ambulancier professionnel pour le transport en cas d'urgence médicale jusqu'à l'hôpital le plus proche équipé pour fournir les traitements nécessaires ou pour le transport depuis l'hôpital, lorsque l'état de la personne assurée empêche l'utilisation d'un autre moyen de transport. Le service ambulancier professionnel est limité au transport le plus adéquat et le moins dispendieux;
 - iii) Oxygène et location d'appareils en vue de son administration;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

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

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

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

Les vaccins de nature préventive.

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

Restrictions quant à l'exécution des ordonnances

La quantité de médicaments pouvant être distribuée pour toute ordonnance sera limitée à la quantité suffisante pour une période pouvant aller jusqu'à 34 jours, sauf dans le cas de médicaments requis pour une thérapie à long terme (médicaments d'entretien) pour lesquels une quantité pouvant durer jusqu'à 100 jours est permise.

Certains médicaments devront être préautorisés par l'assureur avant leur utilisation. Pour ces médicaments, la personne assurée devra demander à son médecin traitant de fournir à l'assureur de l'information sur son état de santé, les traitements

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

précédents et les raisons médicales qui justifient la prise du médicament.

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

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

Génériques forcés

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

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

- i) Un médicament de relais pour le médicament d'origine considéré comme interchangeable par la loi; ou
 - ii) Un produit biologique ultérieur.
- vi) Achat de membres artificiels et de prothèses externes ou oculaires pour perte subie en cours d'assurance;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- vii) Location ou achat d'un fauteuil roulant manuel ou d'un fauteuil roulant électrique, lorsque la personne assurée n'est pas en mesure de conduire un fauteuil roulant manuel en raison d'un état médical;
- viii) Location ou achat d'un lit d'hôpital à commande manuelle ou d'un lit d'hôpital à commande électrique, lorsque la personne assurée n'est pas en mesure d'utiliser un lit d'hôpital à commande manuelle en raison d'un état médical, y compris les côtés et les trapèzes pour lit;
- ix) Location ou achat d'appareils d'assistance respiratoire;
- x) Achat ou location d'appareils d'administration liés au diabète, d'appareils thérapeutiques et les frais d'entretien, d'ajustement et de remplacement de ces appareils, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire;

Les appareils de contrôle tels un dextromètre, un stéthoscope, un sphymomanomètre ou autres appareils de même nature sont exclus, sauf s'ils sont spécifiés dans la présente garantie;
- xi) Achat de prothèses mammaires, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire;
- xii) Achat de bas de contention à compression moyenne ou forte (plus de 20 mm/hg) par suite d'insuffisance du système veineux ou lymphatique, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire;
- xiii) Séjour dans un établissement de soins de santé autorisé à fournir des soins de réadaptation ou de convalescence pourvu que :
 - i) la personne assurée soit sous la supervision régulière d'un médecin ou d'un infirmier autorisé;
 - ii) le séjour ait été recommandé par un médecin;
 - iii) le séjour ait pour but la réadaptation ou la convalescence.Toutefois, les frais de séjour pour des soins de réadaptation ou de convalescence en raison d'abus de drogue ou d'alcool ou de dépendance à ces substances ne sont pas remboursés;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- xiv) Frais de chaussures orthopédiques et de chaussures profondes dont la nécessité a été déterminée médicalement par un professionnel de la santé qui exerce dans les limites définies par l'organisme de réglementation provincial approprié et qui ont été fabriquées sur mesure, personnalisées ou moulées sur commande pour la personne assurée par un spécialiste diplômé dans le domaine de la fabrication de chaussures orthopédiques;
- xv) Frais pour des orthèses podiatriques dont la nécessité a été déterminée médicalement par un professionnel de la santé qui exerce dans les limites définies par l'organisme de réglementation provincial approprié et qui ont été conçues et fabriquées spécifiquement pour la personne assurée par un spécialiste diplômé dans le domaine de la fabrication d'orthèses podiatriques. Les orthèses podiatriques vendues dans les commerces qui n'ont pas été conçues et fabriquées pour la personne assurée ne sont pas couvertes;
- xvi) Frais d'analyses de laboratoire, d'électrocardiogrammes, d'électroencéphalogrammes, d'échographies de clarté nucale, de tests de dépistage prénataux, de traitements par radiation, de programmes de diagnostic gastro-intestinal et de radiographies faits dans un établissement commercial ou une clinique privée, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire;
- xvii) Achat ou location d'appareils orthopédiques avec soutien rigide; soutiens dorsaux; harnais d'épaule; licous et collets cervicaux;
- xviii) Achat ou location de béquilles, à condition que ces frais soient préalablement approuvés par l'assureur, et achat de bandes herniaires, corsets orthopédiques, attelles et plâtres;
- xix) Lunettes, lentilles cornéennes ou lentilles intra-oculaires à la suite d'une intervention chirurgicale pour des cataractes, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire;
- xx) Achat de prothèses capillaires suite à une chimiothérapie, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire;
- xxi) Les frais pour les injections sclérosantes médicalement nécessaires, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- xxii) Achat d'appareils de contrôle liés au diabète, sauf l'équipement lié à l'injection d'insuline tels les aiguilles, les seringues, les lancettes et le matériel pour des tests de diagnostic;
 - xxiii) Coût quotidien pour chambre et pension dans une clinique reconnue, située au Canada ou aux États-Unis, spécialisée en réhabilitation pour alcooliques et autres toxicomanes où le patient reçoit effectivement un traitement curatif, jusqu'à concurrence des maximums indiqués au Tableau sommaire. La clinique doit être sous le contrôle d'un médecin et sous la surveillance constante d'un(e) infirmier(ère) licencié(e). La présente garantie ne s'applique qu'au participant;
 - xxiv) Achat de sang et de plasma sanguin.
- b) Les soins dentaires donnés hors de l'hôpital par un dentiste et rendus nécessaires par suite d'une blessure accidentelle aux dents naturelles, saines et entières, à condition que :
- i) la blessure accidentelle soit survenue alors que la personne assurée était couverte par la présente garantie;
 - ii) les soins soient les moins dispendieux qui puissent être fournis pour un traitement professionnel adéquat;
 - iii) les frais ne dépassent pas le montant indiqué pour le traitement dans le barème d'honoraires provincial en vigueur pour les omnipraticiens dans la province de résidence du participant; et
 - iv) les soins soient reçus au cours des 6 mois qui suivent la date de la blessure accidentelle.
- Les autres frais dentaires non liés à la blessure accidentelle sont exclus;
- c) Les honoraires pour des soins paramédicaux donnés par l'un des praticiens énumérés au Tableau sommaire, fournis par un praticien dûment autorisé par un organisme provincial ou fédéral responsable à pratiquer sa profession dans les limites définies par les règles de cette profession.
- Si les services du praticien sont couverts par le régime de soins de santé provincial, aucune protection ne sera fournie en vertu de cette garantie pour tous les montants payables pour ces services en vertu du régime provincial;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

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

- d) Les frais de prothèses auditives ou autres dispositifs connexes (y compris les réparations et les remplacements, mais pas les piles) et les services professionnels d'un audioprothésiste, par suite de l'achat de la prothèse ou d'un dispositif connexe, s'ils sont prescrits par un médecin ou un audiologiste.

S'il est prévu que le coût total des frais à encourir dépasse 1 000 \$, une autorisation de l'assureur doit être obtenue avant d'engager les frais.

- e) Cannabis à des fins médicales, pourvu que le cannabis soit
 - i) Prescrit par un médecin; et
 - ii) Médicalement requis; et
 - iii) Obtenu conformément à toutes les exigences du Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales; et
 - iv) Acheté après avoir été pré-autorisé par l'assureur. Pour demander la préautorisation, la personne assurée devra demander à son médecin traitant de fournir à l'assureur de l'information sur son état de santé, les traitements précédents et les raisons médicales qui le justifient.
- f) Les examens de la vue sont couverts, s'il en est fait mention au Tableau sommaire, et s'ils sont encourus sur la prescription écrite d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste.
- g) Les frais oculaires suivants sont couverts, s'il en est fait mention au Tableau sommaire, et s'ils sont encourus sur la prescription écrite d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste :
 - Lunettes (verres correcteurs et monture), excluant les lunettes de soleil ou lunettes de sécurité, ou lentilles cornéennes, au choix de la personne assurée, jusqu'à concurrence des maximums indiqués au Tableau sommaire;
 - Lentilles cornéennes, si médicalement nécessaires, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire, le cas échéant :

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- i) Pourvu que ces lentilles cornéennes soient prescrites dans le cas d'un kératocône (cornée conique) ou à la suite d'une intervention chirurgicale,
- ii) Lorsqu'une correction satisfaisante de la vision ne peut être obtenue par l'usage de lunettes;
- iii) Lorsque ces lentilles cornéennes sont achetées dans les 12 mois qui suivent l'intervention chirurgicale.

EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS

- a) La présente garantie ne couvre pas les éléments suivants :
 - i) Tous les frais payables ou remboursables en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou qui habituellement l'auraient été si une demande de règlement avait été soumise;
 - ii) Tous les frais résultant d'une blessure ou d'une maladie ou tous frais résultant, directement ou indirectement, de toute blessure que la personne assurée s'inflige, sauf si les preuves médicales démontrent que la blessure est directement liée à un problème de santé mentale;
 - iii) Tous les frais résultant de toute blessure ou maladie qui résulte d'une agitation civile, d'une insurrection ou d'une guerre, que la guerre soit déclarée ou non, de la participation à une émeute ou du service actif dans les forces armées de tout pays;
 - iv) Tous les frais résultant de toute blessure ou maladie qui résulte de la perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel ou de la provocation d'une agression;
 - v) L'intervention chirurgicale ou le traitement qui n'est pas médicalement nécessaire, qui est donné dans un but esthétique ou dans un but autre que curatif;
 - vi) Tous les soins ou traitements inscrits dans le cadre d'un programme de recherche et de développement de produit dont l'usage n'est pas recommandé par le fabricant ou n'est pas conforme aux normes gouvernementales;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- vii) Tous les soins ou traitements pour une blessure ou une maladie qui ne sont pas reconnus d'usage courant, usuel et coutumier pour une telle blessure ou maladie;
- viii) Toute la partie des frais en excédent des frais raisonnables et courants normalement engagés dans la région où les soins sont donnés, pour une blessure ou une maladie de même nature et de gravité équivalente;
- ix) Les soins ou services donnés gratuitement ou qui le seraient à défaut d'assurance ou ceux qui ne sont pas à la charge de la personne assurée;
- x) Les frais d'achat de services ou de fournitures ayant pour seul objet de faciliter la participation de la personne assurée dans des sports ou des activités de loisirs, et non pour des activités quotidiennes;
- xi) L'examen des yeux, sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;
- xii) Les frais d'achat ou de location de tout appareil de confort, de massage et d'accessoires domestiques d'usage non exclusivement médical tels les bains tourbillon, purificateurs d'air, humidificateurs, climatiseurs et autres appareils de même nature;
- xiii) Les frais d'achat de suppléments alimentaires ou nutritifs;
- xiv) Les produits ou médicaments suivants ne sont pas couverts :
 - produits pour soins esthétiques, cosmétiques;
 - produits dits naturels;
 - produits servant à l'insémination artificielle;
- xv) Tous les vaccins de nature préventive et l'administration de sérums, de vaccins et de médicaments injectables, sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;
- xvi) Tous les contraceptifs (autres qu'oraux), sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- xvii) Tous les produits suivants, à moins qu'ils ne puissent être obtenus que sur l'ordonnance d'un fournisseur de soins de santé qui est légalement autorisé à prescrire ces médicaments et qu'ils doivent être délivrés par un pharmacien :
- produits pour l'entretien des lentilles cornéennes;
 - protéines ou suppléments diététiques, acides aminés;
 - aliments pour bébés;
 - rince-bouches, pansements et pastilles;
 - shampoings, huiles, crèmes;
 - produits de toilette, y compris les savons et les émoullients;
 - substances adoucissantes et protectrices pour la peau;
 - vitamines, suppléments vitaminiques ou multivitamines;
 - minéraux;
 - produits homéopathiques;
 - stéroïdes anabolisants;
- xviii) Toute contribution au paiement du coût des services pharmaceutiques et des médicaments que doit assumer la personne assurée en vertu du Régime général d'assurance-médicaments du Québec:
- xix) Les services, fournitures, examens ou soins qui sont exigés par un tiers ou reçus collectivement;
- xx) Les médicaments visant à améliorer la qualité de vie, tels que les médicaments liés aux problèmes de dysfonction érectile, sans toutefois s'y limiter;
- xxi) Les soins ou traitements reliés à la fertilité ou l'infertilité;
- xxii) Tous les médicaments dont la couverture est exclue par l'assureur en vertu de la disposition Restrictions quant à l'exécution des ordonnances de la présente garantie;
- xxiii) Tous les médicaments sur ordonnance dispensés par une clinique ou une pharmacie non accréditée d'un hôpital ou pour les traitements ambulatoires, y compris les médicaments dits d'urgence ou de recherche;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- xxiv) Tous les soins ou traitements reçus hors de la province de résidence en raison d'une situation d'urgence médicale liée (i) à une grossesse, si l'urgence médicale survient après la 32^e semaine de grossesse ou (ii) au déclenchement volontaire d'un avortement;
- xxv) Tout soin ou traitement qui a été prodigué par un fournisseur de soins de santé ou un fournisseur de services qui :
 - i) a été accusé d'avoir commis une faute professionnelle ou d'avoir eu recours à des pratiques déloyales; ou
 - ii) fait l'objet d'une enquête menée par un organisme officiel relativement à une loi ou à un règlement; ou
 - iii) fait l'objet d'une enquête menée par l'assureur relativement à sa conduite professionnelle ou à sa pratique; ou
 - iv) exerce une profession qui n'est pas réglementée par un organisme de réglementation fédéral ou provincial reconnu de façon officielle et compétent dans le territoire où les services ont été fournis; ou
 - v) selon l'avis raisonnable de l'assureur, ne satisfait pas aux standards de l'assureur relatifs à sa conduite professionnelle ou à sa pratique; ou
 - vi) est un employé, un entrepreneur, un dirigeant ou un membre de
 - toute entreprise, tout groupe ou toute association dont il est fait mention dans les sous-paragraphe i) à v); ou
 - toute entité qui est affiliée ou liée à telle entreprise, tel groupe ou telle association.
- b) Le montant de la prestation est diminué de toute prestation payable ou remboursable (i) en vertu d'un régime gouvernemental, collectif ou individuel, ou qui habituellement l'aurait été si une demande de règlement avait été soumise en vertu d'un tel régime ou (ii) par une tierce partie en raison d'une poursuite ou d'un règlement.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

CALCUL DU REMBOURSEMENT

Franchise

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

Report de la franchise

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

Remboursement

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

Maximum par personne assurée

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

Coordination des prestations

La présente disposition s'applique à tout régime couvrant des frais pour soins, services ou fournitures qui ont été engagés pour des soins ou des traitements médicaux ou découlant de ceux-ci et qui comprennent :

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

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

PRESTATION DE SURVIVANT

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

- a) 24 mois après le décès du participant;
- b) La date à laquelle l'assurance des personnes à charge aurait pris fin si le participant avait été vivant;
- c) La date de résiliation de la garantie.

PROLONGATION DES PRESTATIONS

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

- a) Les frais soient engagés dans les 90 jours suivant la date à laquelle la protection a été interrompue; et
- b) Cette garantie soit en vigueur lorsque les frais sont engagés.

Tel que stipulé dans le présent article, «invalide» et «invalidité» signifient :

- a) En ce qui concerne un participant, son incapacité totale, en raison d'une maladie ou d'une blessure, d'effectuer tout travail pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de sa scolarité, de sa formation ou de son expérience; et
- b) En ce qui concerne une personne à charge, que cette personne à charge est hospitalisée ou reçoit un traitement donné par un médecin en raison d'un handicap physique ou mental pouvant être déterminé du point de vue médical.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

DROIT DE TRANSFORMATION

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

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

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

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

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

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

EXONÉRATION DES PRIMES

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

De plus, le participant qui n'est pas couvert en vertu de la garantie d'assurance vie est également admissible à l'exonération du paiement des primes relatives à la présente garantie, sous réserve cependant de toutes autres dispositions décrites à l'article *Exonération des primes* de la garantie d'assurance vie.

L'exonération des primes de la présente garantie se termine d'office à la date de résiliation de la présente garantie.

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

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

- a) La personne assurée soit couverte par la garantie Assurance maladie complémentaire au moment où survient la situation d'urgence;
- b) L'urgence médicale ou l'urgence personnelle survienne au cours des premiers 90 jours de l'absence de la personne assurée de sa province de résidence, ou si l'absence est due au fait que la personne assurée fréquente à temps plein une institution d'enseignement agréée, l'urgence survienne durant l'année scolaire au cours de laquelle la personne assurée était inscrite à une institution d'enseignement; et
- c) La personne assurée se soit absentée pour des raisons professionnelles, pour des vacances ou pour fréquenter à temps plein une institution d'enseignement agréée; et
- d) En cas d'urgence médicale, l'urgence soit couverte en vertu de l'article Frais médicaux d'urgence engagés hors de la province de résidence de la garantie Assurance maladie complémentaire.

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

DÉFINITION

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

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

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

SERVICES D'ASSISTANCE MÉDICALE

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

a) Accès à un service téléphonique jour et nuit

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

b) Soins médicaux

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

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

c) Transport médical

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

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

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

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

d) Paiement des dépenses médicales et avance de fonds

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

e) Rapatriement de la dépouille mortelle

- À la suite du décès de la personne assurée, le fournisseur de services d'assistance médicale s'occupe des formalités à accomplir et du paiement de tous les frais liés au transport du corps jusqu'au lieu d'inhumation dans sa province de résidence, jusqu'à concurrence de 3 000 \$. Les frais d'obsèques ne sont pas payés.

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

- f) Retour des enfants à charge
- Le fournisseur de services d'assistance médicale organise le rapatriement des enfants de la personne assurée qui ont moins de 16 ans et sont privés de surveillance en raison de l'hospitalisation de la personne assurée. De plus, le fournisseur de services d'assistance médicale prend les dispositions nécessaires pour organiser et régler le transport en classe touriste des enfants accompagnés, au besoin, à leur lieu de résidence habituel. Si les billets de voyage de retour ne sont pas périmés, seul le supplément du billet de retour est pris en charge, déduction faite de la valeur des billets.
- g) Retour d'une personne assurée ou d'un membre de la famille immédiate de la personne assurée
- Le fournisseur de services d'assistance médicale organise le rapatriement de la personne assurée ou de tout membre de la famille immédiate de la personne assurée ayant perdu l'usage de son billet d'avion en raison de l'hospitalisation ou du décès de la personne assurée. Le fournisseur de services d'assistance médicale prend les dispositions nécessaires pour organiser et régler le transport en classe touriste de la personne assurée ou d'un membre de la famille immédiate à son lieu de résidence habituel. Si les billets de voyage de retour ne sont pas périmés, seul le supplément du billet de retour est pris en charge, déduction faite de la valeur des billets.
- h) Visite d'un membre de la famille immédiate
- Le fournisseur de services d'assistance médicale organise et règle le transport aller-retour en classe touriste d'un membre de la famille immédiate à des fins de visite si la personne assurée est hospitalisée pour une durée minimum de 7 jours consécutifs et si ladite visite est bénéfique à la personne assurée, d'après l'avis du médecin traitant.

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

i) Frais de subsistance pour le logement et les repas

- Si le retour est reporté à la suite de l'hospitalisation d'une personne assurée pour une durée de plus de 24 heures, ou en raison de son décès, les frais de subsistance engagés, en raison de ce délai, par elle, par un membre de la famille immédiate l'accompagnant ou par un membre de la famille immédiate lors d'une visite, dans les circonstances définies au paragraphe ci-dessus (*Visite d'un membre de la famille immédiate*), sont remboursables, jusqu'à concurrence d'un maximum quotidien de 150 \$ par personne et d'un remboursement global de 1 500 \$.

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

j) Retour du véhicule

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

k) Médicaments en cas d'urgence

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

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

SERVICES D'ASSISTANCE VOYAGE EN CAS D'URGENCE PERSONNELLE

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

- a) Service téléphonique de traduction
 - En cas d'urgence, le fournisseur de services d'assistance médicale met à la disposition de la personne assurée des services d'interprète pour les appels téléphoniques dans la plupart des langues étrangères.
- b) Service de transmission et de garde de messages
 - En cas d'urgence, le fournisseur de services d'assistance médicale transmet, sur demande, un message de la personne assurée à son domicile, à son bureau ou ailleurs, ou conserve pendant 15 jours les messages qui sont destinés à la personne assurée ou aux membres de sa famille immédiate.
- c) Assistance juridique
 - En cas d'urgence de cet ordre, le fournisseur de services d'assistance médicale assiste la personne assurée afin d'obtenir de l'aide juridique locale au besoin et l'aide également à obtenir une avance de fonds en espèces sur ses cartes de crédit ou par l'entremise de sa famille et de ses amis afin d'acquitter les frais de contentieux et de cautionnement.
- d) Information-voyage
 - Le fournisseur de services d'assistance médicale transmet avant, pendant et après le voyage de la personne assurée, de l'information relative au transport, aux vaccinations et aux précautions à prendre.
- e) Perte de bagages ou de documents
 - Si la personne assurée égare ou se fait voler ses bagages ou documents de voyage, le fournisseur de services d'assistance médicale aide la personne assurée à contacter les autorités compétentes.

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

EXCLUSIONS

Les services d'urgence prévus en vertu de la présente garantie sont offerts sous réserve des exclusions qui s'appliquent à la section Frais médicaux d'urgence engagés hors de la province de résidence de la garantie Assurance maladie complémentaire.

RESPONSABILITÉ

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

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

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

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

REMBOURSEMENT

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

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

COPIE DU CONTRAT ET DES DOCUMENTS D'ADHÉSION

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

PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Police n° 100004461 établie par iA Marchés spéciaux, une division de
l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.**

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

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

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

Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles

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

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

Majoration d'assurance pour enfants à charge

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

Décès simultanés ou rapprochés (700 000 \$)

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

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

Rapatriement d'un défunt (15 000 \$)

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

Formation de reclassement du conjoint (15 000 \$)

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

Prestations d'études supérieures (10 000 \$)

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

Services de garderie (5 000 \$)

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

Majoration pour port de ceinture de sécurité

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

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

Hospitalisation (2 500 \$)

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

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

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

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

Réadaptation (15 000 \$)

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

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

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

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

Exonération des primes

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

Droit de transformation

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

Assurance aérienne limitée

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

- (a) tout aéronef muni d'un certificat de navigabilité valide et exploité par une personne ayant une licence de pilote en règle l'autorisant à piloter un tel aéronef, ou

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

- (b) tout type d'aéronef de transport employé par les Forces canadiennes ou par les services de transport analogues de toute autre autorité gouvernementale dûment constituée d'un état partout dans le monde, à condition que cet aéronef ne soit pas à l'essai ou ne serve pas alors à des fins expérimentales.

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

Cessation de l'assurance d'une personne assurée

L'assurance de toute personne assurée prend immédiatement fin :

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

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

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

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

Bénéficiaire

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

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

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

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

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

NOTES