



RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

pour les employés de

**STEEN (Syndicat des Travailleurs et Travailleuses
Énergie Électrique Nord)**

N° de police : 94027

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

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

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

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

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

Ce livret peut également être consulté sur notre site sécurisé Espace client, accessible via ia.ca, si offert dans le cadre de votre régime.

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

TABLE DES MATIÈRES

	Page
TABLEAU SOMMAIRE	1
CONDITIONS GÉNÉRALES	8
GARANTIES	
Assurance vie du participant	18
Assurance vie des personnes à charge	20
Assurance-médicaments	21
Assurance maladie complémentaire.....	24
Assistance médicale hors du Canada	35
Assurance annulation de voyage.....	42
COPIE DU CONTRAT ET DES DOCUMENTS D'ADHÉSION.....	47
COMMENT NOUS TRANSMETTRE VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT	48
PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	50

TABLEAU SOMMAIRE

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

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

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

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

Les participants sont assurés selon la catégorie ci-dessous :

Catégorie

100. Tous les participants

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

CONDITIONS GÉNÉRALES

DATE D'ADMISSIBILITÉ

Un employé devient admissible dès le premier jour de travail auprès de l'employeur, sous réserve de toute autre disposition de la police collective.

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

5 000 \$

Réduction :

Cette garantie est réduite de 50 % au 65^e anniversaire de naissance du participant.

Cessation :

Cette garantie se termine au 70^e anniversaire de naissance du participant.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

Capital assuré

Conjoint :	4 000 \$
Chaque enfant âgé de	
• moins de 24 heures :	Sans objet
• 24 heures et plus :	2 000 \$

Cessation :

Cette garantie se termine au 70^e anniversaire de naissance du participant.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MÉDICAMENTS QUÉBEC

applicable aux résidents du Québec seulement

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

Contribution maximale d'un Participant et de son Conjoint au cours d'une Année civile :

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

La Contribution maximale du Participant comprendra également toutes les sommes que celui-ci paie à titre de Franchise ou de Coassurance pour ses Enfants à charge, le cas échéant.

Franchise :

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

Remboursement par l'assureur :

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

Si la Contribution maximale est atteinte par le Participant ou par son Conjoint durant une Année civile, le pourcentage du Remboursement sera de 100 % pour le reste de l'Année civile pour cette personne et, pour ses Enfants à charge, le cas échéant.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MÉDICAMENTS QUÉBEC (suite)

applicable aux résidents du Québec seulement

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

Réductions, Exclusions et Restrictions :

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

Cessation :

L'assurance en vertu de cette garantie se termine à la retraite du participant, sous réserve des DISPOSITIONS PARTICULIÈRES POUR LES PERSONNES DE 65 ANS ET PLUS prévues dans la présente garantie

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

HOSPITALISATION AU CANADA

Franchise :	Remboursement :	Maximum quotidien :
aucune	100 %	tarif d'une chambre semi-privée

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

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

ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

Franchise :	Remboursement :	Maximum par personne assurée :
aucune	100 %	5 000 \$ par voyage

TOUS LES AUTRES FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS AU CANADA

Franchise	
– protection individuelle :	50 \$
– protection familiale :	50 \$

Remboursement	
– médicaments génériques :	80 %
– médicaments d'origine :	70 %
– autres frais :	70 %

Maximum : Illimité

Cessation :

Cette garantie se termine au 70^e anniversaire de naissance du participant.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Tableau des frais médicaux ayant un maximum défini

<u>Frais admissibles</u>	<u>Maximum des frais admissibles</u>
Honoraires d'infirmiers(ères)	5 000 \$ par année civile.
Prothèses mammaires	150 \$ par période de 24 mois consécutifs.
Bas élastiques médicaux	100 \$ par année civile.
Séjour dans une maison de réadaptation, une maison de convalescence ou une maison de soins pour malades chroniques	20 \$ par jour; 90 jours par année civile.
Chaussures orthopédiques (y compris les orthèses et les modifications)	300 \$ par année civile. Ces frais sont remboursés à 70 %.
Stérilets	25 \$ par appareil; 2 stérilets par année civile.
Lunettes ou lentilles cornéennes à la suite d'une opération de la cataracte	200 \$ à vie.
Frais de laboratoire et de radiographies à des fins de diagnostic	400 \$ par année civile.
Prothèses capillaires	150 \$ par année civile.
Honoraires paramédicaux d'un psychologue et d'un travailleur social	40 \$ par visite. Maximum combiné de 400 \$ par année civile. Un traitement par jour. Ces frais sont remboursés à 100 %.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Tableau des frais médicaux ayant un maximum défini (suite)

<u>Frais admissibles</u>	<u>Maximum des frais admissibles</u>
Honoraires paramédicaux d'un physiothérapeute et d'un thérapeute en réadaptation physique	40 \$ par visite. Maximum combiné de 400 \$ par année civile. Un traitement par jour. Ces frais sont remboursés à 100 %.
Honoraires paramédicaux d'un chiropraticien, d'un ostéopathe, d'un naturopathe, d'un massothérapeute, d'un orthothérapeute, d'un acupuncteur, d'un ergothérapeute, d'un diététiste, d'un kinésithérapeute et d'un homéopathe	40 \$ par visite. Maximum combiné de 400 \$ par année civile. Un traitement par jour. Ces frais sont remboursés à 100 %.
Honoraires paramédicaux d'un podiatre, d'un orthophoniste et d'un audiologiste	40 \$ par visite. Maximum de 400 \$ par année civile pour chacun de ces professionnels. Un traitement par jour. Ces frais sont remboursés à 100 %.
Radiographies par un chiropraticien	50 \$ par année civile.
Prothèses auditives	500 \$ par période de 3 ans.
Examens de la vue	70 \$ par période de 24 mois consécutifs. Un examen par période.

CONDITIONS GÉNÉRALES

DÉFINITIONS

Acceptation des preuves d'assurabilité

La date d'acceptation de toute preuve d'assurabilité signifie la date de réception du dernier document validant l'acceptation du risque par l'assureur.

Blessure accidentelle

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

Effectivement au travail

L'état d'un participant qui accomplit ses tâches et fonctions habituelles sur une base permanente et à plein temps selon un horaire d'au moins vingt (20) heures de travail par semaine. 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.

Maladie

Détérioration de la santé ou désordre de l'organisme qui nécessite des soins médicaux réguliers, continus et curatifs à défaut de détérioration de l'état de la personne, considérés comme satisfaisants par l'assureur et effectivement donnés par un médecin.

Médecin

Une personne légalement licenciée et autorisée à pratiquer la médecine.

Participant

Tout salarié qui est assuré en vertu du contrat.

Période d'admissibilité

La période continue pendant laquelle le salarié doit être effectivement au travail avant d'être admissible à l'assurance.

Personne assurée

Le participant et les personnes à sa charge assurés en vertu du contrat.

Personnes à charge

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

a) Conjoint

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

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

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

b) Enfant

Tout enfant non marié du participant ou de son conjoint, qui s'en remet entièrement au participant pour sa subsistance et son entretien et remplit au moins une des conditions suivantes :

- i) Être âgé de moins de 21 ans; ou
- ii) Être âgé de moins de 26 ans et fréquenter à temps plein une institution d'enseignement reconnue; ou

- iii) Avoir un handicap mental ou physique et être incapable de gagner sa vie en raison de ce handicap, pourvu que le handicap en question se soit déclaré lorsqu'il était enfant tel que défini en vertu de i) ou ii)

Salarié

Toute personne qui est effectivement au travail sur une base permanente pour le titulaire et qui touche régulièrement un salaire pour ses services.

Spécialiste

Une personne spécialisée dans une branche de la médecine et légalement licenciée par l'organisme provincial responsable.

DEMANDE D'ASSURANCE

Pour faire votre demande d'assurance, vous devez remplir, pour vous-même et, s'il y a lieu, pour les personnes à votre charge, une demande de participation disponible chez votre employeur.

Si l'assureur reçoit votre demande d'assurance après le 31^e jour qui suit la date de votre admissibilité, vous devez lui fournir des preuves d'assurabilité, et ce, sans aucuns frais de la part de l'assureur.

Des preuves d'assurabilité devront être fournies pour tout montant d'assurance excédant les maximums sans preuve d'assurabilité définis au Tableau sommaire, le cas échéant.

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

Votre assurance prend effet à l'une des dates suivantes :

- a) la date d'admissibilité, si la demande de participation est reçue par l'assureur à ou avant cette date;
- b) la date d'admissibilité, si la demande de participation est reçue par l'assureur dans les 31 jours qui suivent cette date;

- c) la date à laquelle l'assureur accepte les preuves d'assurabilité exigibles dans tous les autres cas. Le participant doit fournir ces preuves sans aucuns frais de la part de l'assureur.

Si vous n'êtes pas effectivement au travail à la date à laquelle votre assurance aurait dû prendre effet, l'assurance ne prend effet qu'à la date à laquelle vous retournez effectivement au travail.

FIN DE L'ASSURANCE

Votre assurance ou celle des personnes à votre charge prend fin à la première des dates suivantes :

- a) la date à laquelle vous cessez d'être un salarié admissible;
- b) la date de résiliation de la garantie ou du contrat;
- c) le dernier jour de la période pour laquelle votre prime a été payée.

MODIFICATION AUX RÉGIMES GOUVERNEMENTAUX

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

Nonobstant ce que prévoit le paragraphe précédent, 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 une certaine catégorie ou un certain niveau de protection ou les moyens de fournir une certaine catégorie 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 l'assureur exige des preuves d'assurabilité pour accepter

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

les déclarations faites par le participant ou la personne à charge comme preuves d'assurabilité seront acceptées comme vraies et ne seront pas contestées par l'assureur après la dernière des dates énumérées ci-dessous, pourvu que le participant ou la personne à charge soit vivant à cette date :

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

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

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

BÉNÉFICIAIRE

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

Toutes les prestations, autres que celles prévues par la garantie d'Assurance vie du participant, la garantie d'Assurance décès et mutilation accidentels du participant, la garantie d'Assurance vie facultative du participant et la garantie d'Assurance facultative de décès et mutilation accidentels du participant, sont payables seulement au participant, ou à sa succession, si le participant est décédé au moment du paiement des prestations.

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

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

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

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

CHANGEMENT D'ÉTAT MATRIMONIAL

Un participant qui se marie ou qui cohabite avec une personne depuis un an peut obtenir certaines garanties d'assurance pour ses personnes à charge s'il en soumet la demande à son employeur. Des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur sont exigées si la demande est soumise plus de 31 jours suivant la date à laquelle il devient admissible à ces garanties.

DEMANDES DE RÈGLEMENT

- **Assurance maladie complémentaire :**

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

Cependant, si la police collective prend fin, une demande de règlement d'Assurance maladie complémentaire doit être soumise à l'assureur dans les 90 jours suivant la date de résiliation de la police collective.

- **Assurance vie :**

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

Il vous incombe d'acquitter les frais, s'il y a lieu, de tout formulaire complété par un médecin, un chirurgien ou un responsable de l'hôpital.

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

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

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

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

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

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

l'assureur se réserve le 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.

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

SUBROGATION

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

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

Sans limiter la généralité de cette disposition, le terme «dommages-intérêts» comprend toute somme forfaitaire ou tout paiement périodique reçu en contrepartie de : i) toute perte de revenus passée, présente ou future; et ii) de toutes autres prestations payables par ailleurs en vertu de la police collective. Le participant ou la personne à charge devra rembourser à l'assureur la somme équivalant aux prestations payées ou payables par ailleurs à l'avenir en vertu de la police collective à même les dommages-intérêts obtenus en première instance ou avant le procès par quelque forme de règlement que ce soit, que le participant ou la personne à charge ait été pleinement indemnisé ou non pour sa perte.

Si le participant ou la personne à charge touche des dommages-intérêts en une somme forfaitaire, que ce soit sous forme de règlement ou par

ordonnance du tribunal, et que rien n'a été prévu dans le règlement quant aux prestations payées ou payables par l'assureur, l'assureur se fera rembourser, à même les dommages-intérêts obtenus, le montant de toute prestation qui a été payée au participant ou à la personne à charge. De plus, l'assureur a le droit de se faire rembourser un montant, déterminé par l'assureur, qui reflète raisonnablement la valeur des prestations qui seraient payables au participant ou à la personne à charge en vertu de la police collective. Le montant récupéré par l'assureur à cet égard ne doit pas dépasser le montant des dommages-intérêts ou du règlement obtenu par le participant ou la personne à charge. Ce droit de remboursement s'applique quelles que soient les dispositions du règlement ou de l'allocation convenue entre le participant ou la personne à charge et le tiers ou autrement attribuée.

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

Le participant doit aviser l'assureur aussitôt qu'une action comportant une réclamation en dommages-intérêts contre un tiers est intentée par lui ou par une personne à sa charge. Le participant ou la personne à charge doit informer l'assureur de tout jugement ou règlement à l'issue d'une réclamation en dommages-intérêts contre un tiers et lui fournir des copies de tous les documents pertinents, de toute procédure écrite et de tout sommaire. Le participant ou la personne à charge doit veiller à ce que le droit de subrogation de l'assureur soit mentionné dans tout recours contre un tiers et doit donner à son avocat l'instruction de collaborer entièrement avec l'assureur. L'assureur ne peut être tenu responsable des frais juridiques ou des frais en ce qui concerne l'avancement de son recours subrogatoire à moins qu'il ait expressément accepté ces frais et dépenses par écrit à l'avance. L'assureur se réserve le droit de retenir les services d'un avocat et d'exercer son droit de subrogation contre le tiers et, à cet égard, le participant ou la personne à charge et son avocat doivent accorder leur entière collaboration à l'assureur dans le cadre de son recours.

Les demandes de subrogation de l'assureur ne doivent pas être réglées ni compromises de quelque manière que ce soit sans son consentement écrit préalable. Aucun règlement à l'égard d'une réclamation contre un tiers ne lie

l'assureur s'il n'a pas donné son consentement préalable et, le cas échéant, l'assureur se réserve le droit de présenter une réclamation directement au participant ou à la personne à charge, conformément aux droits qui lui sont conférés en vertu de la police collective.

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 présente police.

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

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT

CAPITAL ASSURÉ

À votre décès, le capital assuré indiqué au Tableau sommaire est versé à votre bénéficiaire.

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;
- d) 200 000 \$.

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.

PROLONGATION D'ASSURANCE VIE SANS PAIEMENT DE PRIME

Si vous quittez votre emploi et êtes âgé de moins de 65 ans, votre assurance vie est prolongée, sans paiement de prime, jusqu'au 31^e jour qui suit la date de cessation d'emploi.

EXONÉRATION DES PRIMES

Si vous devenez totalement invalide avant d'avoir atteint l'âge de 65 ans, vous êtes admissible à l'exonération des primes de la présente garantie si vous recevez des prestations en vertu de la garantie d'assurance salaire de longue durée du présent régime. Sinon, vous êtes admissible si vous répondez à chacune des conditions suivantes :

- a) être âgé de moins de 65 ans à la date du début de votre invalidité;
- b) être devenu invalide avant la cessation de votre emploi alors que vous étiez assuré en vertu de la présente garantie;
- c) être invalide depuis au moins 6 mois au moment de fournir la preuve de votre invalidité. Cette preuve doit être considérée comme satisfaisante par l'assureur et doit lui être remise dans les 9 mois qui suivent la date du début de votre invalidité et ce, sans aucuns frais de la part de l'assureur.

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

CAPITAL ASSURÉ

Le capital assuré qui vous est versé au décès d'une personne à charge assurée est indiqué au Tableau sommaire.

EXONÉRATION DES PRIMES

Aussi longtemps que vous demeurez admissible à l'exonération des primes en vertu de votre garantie d'assurance vie, vous êtes admissible à l'exonération des primes de la présente garantie.

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

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 police collective, 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.

DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

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

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

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

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

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES POUR LES PERSONNES 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 police collective, les personnes assurées de 65 ans et plus, ainsi que leurs personnes à charge, seront présumées être couvertes par l'assureur.

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

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

FRAIS COUVERTS

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

- a) Les services d'exécution ou de renouvellement d'une ordonnance fournis par un pharmacien pour un médicament inclus dans la liste de la Régie ou déterminé par les règlements gouvernementaux;
- b) Les médicaments inclus dans la liste de la Régie et qui sont fournis par un pharmacien sur ordonnance d'un fournisseur de soins de santé qui est également 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.

EXCLUSION

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

COORDINATION DES PRESTATIONS

Telle que prévue à l'article Coordination des prestations de la garantie Assurance maladie complémentaire.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

OBJET DE LA GARANTIE

Si, par suite d'une blessure accidentelle, d'une maladie ou d'une grossesse, vous ou l'une des personnes à votre charge assurées engagez des frais pour les soins et services énumérés aux présentes, l'assureur rembourse ces frais, sous réserve des conditions ci-après énoncées.

DÉFINITION PARTICULIÈRE

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

HOSPITALISATION AU CANADA

Si vous ou l'une des personnes à votre charge êtes hospitalisé au Canada, l'assureur rembourse la partie des frais d'hospitalisation qui excède le montant remboursé par les régimes gouvernementaux, jusqu'à concurrence du maximum quotidien indiqué au Tableau sommaire et sans limite quant au nombre de jours d'hospitalisation.

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

- a) L'urgence de nature médicale survienne au cours des premiers 180 jours de l'absence de la personne assurée de sa province de résidence, ou si l'absence est due au fait que la personne assurée fréquente à temps plein une institution d'enseignement agréée, l'urgence de nature médicale survienne durant l'année scolaire au cours de laquelle la personne assurée était inscrite à une institution d'enseignement;

- a) 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
- b) 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;
- g) Les médicaments;
- h) Les fournitures et les appareils médicaux fournis hors de l'hôpital;
- i) Le transport professionnel en ambulance de la personne assurée vers l'hôpital le plus proche qui possède l'équipement nécessaire afin de fournir le traitement médical requis.
- j) Soins médicaux et chirurgicaux au Canada mais hors de la province de résidence en cas d'urgence

Les frais médicaux et chirurgicaux engagés hors de la province de résidence de la personne assurée, en excédent du montant payable en vertu du régime gouvernemental d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée, sont remboursés par l'assureur, lorsque le régime gouvernemental le permet.

- k) Hospitalisation et soins médicaux et chirurgicaux hors du Canada en cas d'urgence
 - i) Les frais d'hospitalisation, pour la partie des frais qui excède le montant payé par le régime provincial de l'assurance hospitalisation;
 - ii) Les honoraires médicaux et chirurgicaux, pour la partie des honoraires qui excède le montant payé par le régime provincial de l'assurance maladie.

Si ces frais sont rendus nécessaires en raison d'une maladie subite et inattendue ou d'un accident survenu au cours des premiers 180 jours, pourvu qu'il ne soit pas possible à la personne assurée de revenir au Canada en raison de son état de santé.

Le montant maximal que rembourse l'assureur, par personne assurée et par année civile, pour les soins engagés hors du Canada est indiqué au Tableau sommaire.

Les frais ci-dessus ne comportent aucune franchise et sont remboursés à 100 %.

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 à l'extérieur du Canada en raison d'une urgence médicale, la personne assurée est tenue de communiquer avec le service d'assistance médicale désigné par l'assureur aussitôt que la personne assurée est raisonnablement en mesure de le faire après le début de son hospitalisation. Le manquement à remplir cette condition peut mener au refus de l'assureur de prendre en charge la demande de règlement de la personne assurée ou à la limitation de la demande de règlement résultant de l'urgence médicale.

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

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

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

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

- a) L'état de santé;

- b) Un traitement médical, un examen, une consultation ou une hospitalisation;
 - c) L'augmentation ou la détérioration de tout symptôme ou de tout problème de santé;
 - d) Un changement de médication ou de traitement médical;
 - e) Un traitement médical ou un examen médical prévu, ou pour lequel des résultats sont en attente, pour tout symptôme ou tout problème de santé;
- dans une période de 90 jours précédant cette absence.

FRAIS MÉDICAUX

Les frais admissibles sont les suivants, à condition d'avoir été engagés au Canada.

Les services, soins et traitements prescrits au préalable par un médecin :

- a) Services rendus au domicile de la personne assurée par un(e) infirmier(ère) autorisé(e) ou un(e) infirmier(ère) auxiliaire qui n'a aucun lien de parenté avec la personne assurée et qui ne demeure habituellement pas avec elle, sous réserve du maximum indiqué au Tableau sommaire.
- b) Service ambulancier professionnel pour le transport d'urgence jusqu'à l'hôpital le plus proche équipé pour fournir les traitements nécessaires ou pour le transport depuis l'hôpital, lorsque l'état de la personne assurée empêche l'utilisation d'un autre moyen de transport.
- c) Oxygène et location d'appareils en vue de son administration.
- d) Les médicaments qui sont délivrés par un pharmacien et qui ne peuvent être obtenus que sur l'ordonnance d'un fournisseur de soins de santé qui est légalement autorisé à prescrire des médicaments, à l'exception des produits exclus à l'article Exclusions et réductions de la présente garantie.

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

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

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

Restrictions quant à l'exécution des ordonnances

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

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

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

Si le médicament est un produit de marque déposée pour lequel il existe un produit générique équivalent, le montant payable sera basé sur le prix du produit similaire le moins dispendieux. Toutefois, si le fournisseur de soins de santé qui a prescrit le médicament a inscrit la mention «Ne pas sélectionner le produit», «Aucun substitut» ou «Aucun produit de substitution», le montant payable sera basé sur le coût du médicament admissible prescrit.

- e) Achat de membres artificiels et de prothèses oculaires pour perte subie en cours d'assurance et les frais d'achat de bandes herniaires.
- f) Location ou achat, approuvés préalablement par l'assureur, d'un fauteuil roulant (excluant un fauteuil électrique sauf pour un quadriplégique), de béquilles, d'un lit d'hôpital (excluant un lit électrique) et de tout autre équipement thérapeutique (excluant les piles).
- g) Achat de prothèses mammaires, sous réserve du maximum des frais admissibles indiqué au Tableau sommaire.
- h) Achat de bas élastiques médicaux prescrits pour le traitement de varices, par suite de brûlures importantes ou par suite d'une intervention chirurgicale, sous réserve du maximum des frais admissibles indiqué au Tableau sommaire.

- i) Séjour dans une maison de réadaptation, une maison de convalescence ou une maison de soins pour malades chroniques dûment autorisées par un organisme gouvernemental approprié, si la personne assurée est sous les soins d'un médecin ou d'une infirmière autorisée, jusqu'à concurrence des maximums indiqués au Tableau sommaire, à condition que ce séjour commence moins de 14 jours après une hospitalisation.
- j) Frais de chaussures orthopédiques décrits ci-après, sous réserve du maximum des frais admissibles indiqué au Tableau sommaire :
- le coût d'une modification à une chaussure conventionnelle ou le coût d'achat, réparation, modification, ajustement d'une orthèse ou d'éléments correctifs ajoutés à une chaussure conventionnelle;
 - le coût d'achat d'une chaussure orthopédique.
- k) Frais de stérilets, sous réserve du maximum des frais admissibles indiqué au Tableau sommaire.
- l) Achat de lunettes ou de lentilles cornéennes par suite d'une opération de la cataracte, sous réserve du maximum des frais admissibles indiqué au Tableau sommaire et pourvu que ces frais soient engagés avant l'âge de 65 ans.
- m) Frais de laboratoire et de radiographies à des fins de diagnostic faits dans un établissement commercial, sous réserve du maximum des frais admissibles indiqué au Tableau sommaire.
- n) Achat ou location d'appareils orthopédiques autres que souliers orthopédiques et orthèses podiatriques qui sont obtenus dans un établissement ou dans un laboratoire reconnu et qui sont requis à la suite d'une lésion corporelle ou d'une maladie. L'achat doit être effectué pendant que la présente garantie est en vigueur.
- o) Achat de prothèses capillaires suite à une chimiothérapie, sous réserve du maximum des frais admissibles indiqué au Tableau sommaire.
- p) 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, survenue en cours d'assurance, selon le tarif normal suggéré pour un généraliste.
- Seuls les soins reçus au cours des 12 mois qui suivent l'accident sont admissibles. Les autres frais dentaires sont exclus.
- q) Les soins paramédicaux donnés par l'un des professionnels indiqués au Tableau sommaire, jusqu'à concurrence des maximums indiqués au Tableau sommaire.

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

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;

Les frais de radiographies d'un chiropraticien, jusqu'à concurrence du maximum des frais admissibles indiqué au Tableau sommaire.

r) Prothèses auditives

Les frais engagés pour l'achat initial ou le remplacement d'une prothèse auditive ou d'accessoires connexes (à l'exception des piles) et les services professionnels d'un audioprothésiste, par suite de l'achat de cette prothèse, sont remboursables lorsque prescrits par un médecin, un audiologiste ou un orthophoniste.

Les frais admissibles, par personne assurée et par période de 3 années consécutives, sont cependant limités au maximum des frais admissibles indiqué au Tableau sommaire.

La première période de 3 années débute

- i) à la date d'achat de la première prothèse auditive, si la personne assurée n'en possédait pas à la prise d'effet de son assurance, sinon
- ii) à la date d'achat de la prothèse auditive dont se sert la personne assurée à la date de prise d'effet de son assurance.

Si, au cours d'une période de 3 ans, le maximum des frais admissibles indiqué au Tableau sommaire a déjà été remboursé, l'excédent des frais engagés au cours de la dernière année de cette période peut être remboursé au cours de la période suivante. Le montant maximal qui peut être ainsi reporté à la période suivante est celui indiqué au Tableau sommaire et diminue d'autant le maximum de la période suivante.

Cependant, il est entendu que les frais engagés avant la date de prise d'effet de l'assurance ne sont en aucun cas remboursés par l'assureur.

- s) Les frais pour les examens de la vue faits par un ophtalmologiste ou un optométriste pour une personne assurée âgée de 18 à 64 ans inclusivement, sous réserve du maximum des frais admissibles indiqué au Tableau sommaire.

EXCLUSIONS

La présente garantie ne couvre pas les éléments suivants :

- a) Tous les frais payables ou remboursables en vertu d'un régime d'assurance gouvernemental ou privé ou qui habituellement l'auraient été si une réclamation avait été soumise;
- b) Tous les frais engagés à la suite de toute tentative de suicide ou de toute blessure que la personne assurée s'inflige volontairement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
- c) Tous les frais engagés à la suite de toute blessure ou maladie qui résulte d'une agitation civile, d'une insurrection ou d'une guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou de la participation à une émeute;
- d) Tout traitement ou appareil, directement ou indirectement relié à la restauration complète de la bouche, dans le but de corriger la dimension verticale ou toute dysfonction du joint temporo-mandibulaire;
- e) L'intervention chirurgicale ou le traitement qui n'est pas médicalement nécessaire, qui est donné dans un but esthétique ou dans un but autre que curatif, ou qui excède les soins ordinaires normalement donnés en conformité avec les usages courants de la thérapeutique, de même que les soins qui sont donnés en rapport avec une intervention chirurgicale ou un traitement de nature expérimentale;
- f) La partie des frais en excédent des frais raisonnables et courants engagés dans la région où les soins sont donnés pour une maladie de même nature et de gravité équivalente;
- g) 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;
- h) Tout voyage de santé ou cure de repos;
- i) L'examen des yeux, à moins qu'il ne soit spécifiquement couvert en vertu de la présente garantie;
- j) La prescription, l'achat initial, l'ajustement ou le remplacement de lunettes ou de lentilles cornéennes. Cette exclusion ne s'applique pas si la personne est assurée pour les frais oculaires;
- k) Tous les soins ou traitements reliés à la fertilité ou l'infertilité;
- l) Tous les frais d'achat ou de location d'appareils de confort, de massage et d'accessoires domestiques d'usage non exclusivement médical tels que les bains tourbillons, purificateurs d'air, humidificateurs, climatiseurs, etc.;

- m) 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 tous les autres frais engagés pour des soins ou traitements non reconnus d'usage courant, usuel et coutumier;
- n) Les frais d'achat de suppléments alimentaires ou nutritifs et les frais engagés pour des traitements contre l'obésité, qu'ils soient ou non prescrits pour une raison d'ordre médical;
- o) Les frais engagés pour l'administration de sérums, de vaccins et de médicaments injectables;
- p) Les traitements aux hormones de croissance;
- q) Les contraceptifs (autres qu'oraux), sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;
- r) 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;
- s) Les frais engagés pour des problèmes de dysfonction érectile;
- t) 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;
- u) Les frais liés à tout soin ou traitement qui a été prodigué par un fournisseur de soins de santé ou un fournisseur de services qui :
 - 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 principal 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.

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.

CALCUL DU REMBOURSEMENT

Franchise

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

Report de la franchise

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

Remboursement

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

Maximum par personne assurée

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

Coordination des prestations

Si la personne assurée est admissible à recevoir des prestations en vertu de la présente garantie et de toute autre garantie couvrant des frais pour soins, services

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

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

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 présente police. 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.

ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA

Cette garantie offre à la personne assurée, qui participe déjà à un régime gouvernemental d'assurance maladie, pour toute blessure accidentelle ou maladie survenue hors du Canada, un service d'assistance médicale en cas d'urgence au cours des premiers 180 jours d'un voyage privé ou professionnel, 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 est inscrite à une institution d'enseignement, sous réserve des conditions ci-après énoncées.

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

DÉFINITIONS PARTICULIÈRES

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

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 empêche la continuation normale du voyage.

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

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

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

- a) légalement reconnue comme telle dans le pays où est située l'institution;
- b) destinée aux soins des patients alités;
- c) pourvue d'un laboratoire et d'une salle d'opération;

- d) qui assure vingt-quatre (24) heures par jour les services de médecins diplômés et d'infirmières autorisées.

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

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

ASSISTANCE MÉDICALE

- a) Les services médicaux suivants sont disponibles en cas d'urgence suite à une maladie ou à une blessure accidentelle :
- i) Accès jour et nuit
 - Accès à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit au service téléphonique polyglotte permettant de mettre en contact la personne assurée avec un réseau de spécialistes, pour toutes les urgences associées à son voyage.
 - ii) Accès médical
 - Organiser des consultations avec des médecins généralistes ou des spécialistes afin d'obtenir les meilleurs soins médicaux disponibles dans la région, à la demande de la personne assurée.
 - Aider à l'admission dans l'établissement hospitalier le plus proche du lieu de la maladie ou de la blessure accidentelle.
 - Vérifier la couverture d'assurance à la demande des médecins et des hôpitaux.
 - iii) Transport médical
 - Organiser et contrôler le transport ou le transfert par tout moyen approprié recommandé par le médecin traitant, en accord avec le service d'assistance médicale, vers un centre hospitalier proche du lieu de la blessure accidentelle ou de la maladie, si l'urgence médicale le nécessite.
 - Organiser le rapatriement de la personne assurée à son domicile ou jusqu'à un centre hospitalier près de son domicile après le traitement initial, par tout moyen de transport adéquat et à la condition que son état de santé le nécessite et le

permette. Le service d'assistance médicale organise et contrôle le rapatriement par le mode de transport le plus approprié : avion-ambulance, hélicoptère, avion de ligne commerciale, train ou ambulance.

- Les frais engagés pour le transport et le transfert de la personne assurée et décrits aux deux paragraphes précédents seront pris en charge par l'assureur.

iv) Paiement des dépenses médicales et avance de fonds

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

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

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

v) Rapatriement de la dépouille mortelle

- Suite au décès de la personne assurée causé par une maladie ou une blessure accidentelle, le service d'assistance médicale s'occupe des formalités à accomplir sur place et du paiement des frais de traitement «post mortem», de cercueil et du transport du corps jusqu'au lieu d'inhumation au Canada, jusqu'à concurrence de trois mille dollars (3 000 \$) par personne assurée. Les frais d'obsèques ne sont pas à la charge du service d'assistance médicale ou de l'assureur.

vi) Retour des enfants à charge

- Organiser le rapatriement des enfants de la personne assurée qui ont moins de seize (16) ans et sont privés de surveillance. Le service d'assistance médicale prend les dispositions

nécessaires pour organiser et régler le transport en classe touriste des enfants accompagnés, au besoin, à leur lieu de résidence habituel au Canada. Si les billets de voyage de retour ne sont pas périmés, seul le supplément du billet de retour est pris en charge, déduction faite de la valeur des billets.

vii) Retour d'un membre de la famille immédiate

- Organiser le rapatriement de tout autre membre de la famille immédiate ayant perdu l'usage de son billet d'avion en raison de l'hospitalisation ou du décès de la personne assurée. Le service d'assistance médicale prend les dispositions nécessaires pour organiser et régler le transport en classe touriste d'un membre de la famille immédiate à son lieu de résidence habituel au Canada. Si les billets de voyage de retour ne sont pas périmés, seul le supplément du billet de retour est pris en charge, déduction faite de la valeur des billets.

viii) Visite d'un membre de la famille immédiate

- Organiser 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 sept (7) jours consécutifs et si ladite visite est bénéfique à la personne assurée, d'après l'avis du médecin traitant.

ix) Allocation pour nourriture et logement

- Aux fins des paragraphes vi), vii) et viii), les frais engagés pour le logement et les repas sont remboursés par le service d'assistance médicale jusqu'à concurrence de cent cinquante dollars (150 \$) par jour pour une durée maximum de sept (7) jours. Le service d'assistance médicale rembourse les frais reliés au logement et aux repas sur réception de reçus explicatifs.

x) Retour du véhicule

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

xi) Avance de fonds

- En cas de nécessité, pour obtenir les services décrits aux paragraphes iii), vi), vii), viii), ix) et x), le service d'assistance

médicale avance des fonds ou donne des garanties de paiement d'un maximum de mille dollars (1 000 \$) en monnaie légale du Canada. Toute avance de fonds est redevable par le participant à l'assureur, selon le taux de change en vigueur à la date à laquelle les fonds ont été avancés. Ces fonds seront retenus par l'assureur à même les prestations payables, le cas échéant.

- b) Autres services d'assistance voyage disponibles lorsque la personne assurée voyage à l'étranger :
- i) Service téléphonique de traduction
 - En cas d'urgence, le service d'assistance médicale met à la disposition de la personne assurée des services d'interprète pour les appels téléphoniques dans la plupart des langues étrangères.
 - ii) Service de transmission et de garde de message
 - En cas d'urgence, le service d'assistance médicale transmet, sur demande, un message de la personne assurée à son domicile, à son bureau ou ailleurs, ou conserve pendant quinze (15) jours les messages qui sont destinés à la personne assurée ou aux membres de sa famille immédiate.
 - iii) Assistance juridique
 - En cas d'urgence de cet ordre, le service d'assistance médicale assiste la personne assurée afin d'obtenir de l'aide juridique locale lors d'un accident ou d'une autre cause de défense civile et l'aide également à obtenir une avance de fonds en espèces sur ses cartes de crédit ou par l'entremise de sa famille et de ses amis afin d'acquitter les frais de contentieux et de cautionnement.
 - iv) Information-voyage
 - Le service d'assistance médicale transmet avant, pendant et après le voyage des informations relatives au transport, aux vaccinations et aux précautions à prendre.
 - v) Envoi de médicament
 - Lorsque la personne assurée ne peut trouver sur place un médicament indispensable à la poursuite d'un traitement en cours, le service d'assistance médicale effectue les démarches nécessaires à la recherche et à l'envoi de ces médicaments. Le coût du médicament est remboursé par la

personne assurée à moins qu'il ne soit couvert en vertu de la garantie ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE faisant partie du présent régime.

- vi) Perte de bagages ou de documents
 - Si la personne assurée égare ou se fait voler ses bagages ou documents de voyage, le service d'assistance médicale aide la personne assurée à contacter les autorités compétentes.

EXCLUSIONS

La présente garantie ne couvre pas les éléments suivants :

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

DISPOSITIONS

Déclaration du sinistre

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

Prescription

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

Restitution du billet de retour

Lorsque le transport est pris en charge par le service d'assistance médicale, la personne assurée est tenue de lui remettre soit le billet de retour initialement prévu, soit son remboursement, à défaut de quoi l'assureur retiendra le prix du billet à même les sommes payables à la personne assurée, le cas échéant.

RESPONSABILITÉ DU SERVICE D'ASSISTANCE MÉDICALE

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

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

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

ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

L'assureur s'engage à rembourser les frais admissibles décrits ci-après, engagés alors que la personne assurée était couverte par la présente garantie et découlant de l'annulation ou de l'interruption d'un voyage couvert, jusqu'à concurrence d'un maximum de 5 000 \$ par personne assurée, par voyage couvert, sous réserve des conditions et des modalités énoncées dans la présente garantie et la police collective.

Les frais sont couverts uniquement si la personne assurée, au moment de finaliser les arrangements du voyage couvert, ne connaissait aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation ou l'interruption du voyage couvert.

DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

Réunion d'affaires privée : Une réunion privée préalablement organisée dans le cadre du travail à temps plein de la personne assurée, et qui constitue la seule raison du voyage. En aucun cas, une réunion d'affaires ne pourra inclure une convention, un congrès, une assemblée, une foire, une exposition, un séminaire ou une réunion du conseil d'administration.

Hôte à destination : Une personne qui héberge la personne assurée à sa résidence.

Membre de la famille : Le conjoint, l'enfant, le père, la mère, le frère, la sœur, le beau-père, la belle-mère, le grand-père, la grand-mère, le petit-enfant, le demi-frère, la demi-sœur, le beau-frère, la belle-sœur, l'oncle, la tante, le neveu et la nièce de la personne assurée.

Compagnon de voyage : Une personne qui partage des arrangements financiers de voyage avec la personne assurée, jusqu'à un maximum de 4 personnes, incluant la personne assurée.

Destination : La ville ou le pays où se rend la personne assurée.

Transporteur : Un avion, un autobus ou un train public.

Voyage couvert : Un voyage

- a) qui amènera la personne assurée à s'absenter de son domicile pendant au moins 2 nuits consécutives, et
- b) dont la destination est à au moins 400 kilomètres du domicile de la personne assurée.

RISQUES ASSURÉS

L'annulation ou l'interruption du voyage couvert doit résulter de l'une des causes suivantes :

- a) La maladie, la blessure ou le décès de la personne assurée, d'un membre de sa famille, d'un compagnon de voyage ou d'un membre de la famille du compagnon de voyage;
- b) La maladie, la blessure ou le décès d'un associé d'affaires ou de l'hôte à destination de la personne assurée;
- c) La maladie, la blessure ou le décès d'une personne dont la personne assurée est le tuteur légal;
- d) Le décès d'une personne dont la personne assurée est l'exécuteur testamentaire;
- e) La convocation de la personne assurée à titre de membre d'un jury ou de témoin dans un procès dont l'audition est prévue pendant la période du voyage couvert, sauf si la personne assurée est un officier responsable de l'application de la loi;
- f) La mise en quarantaine de la personne assurée;
- g) Le détournement d'un transporteur à bord duquel la personne assurée voyage;
- h) Un sinistre qui rend inhabitable la résidence principale de la personne assurée;
- i) L'annulation d'une réunion d'affaires à la suite d'une maladie, d'une blessure ou du décès de la personne avec qui les arrangements pour la réunion d'affaires avaient été pris au préalable (une preuve écrite des arrangements est requise);
- j) Une recommandation du gouvernement du Canada incitant ses citoyens à ne pas voyager vers cette destination, si cette recommandation a été émise après que la personne assurée ait pris les engagements relatifs au voyage couvert;

- k) La mutation de la personne assurée exigée par son employeur, qui nécessite le déménagement de la personne assurée à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel, dans les 30 jours précédant la date du départ.
- l) L'absence de la correspondance prévue ou un départ retardé en raison (i) d'un délai du transporteur responsable de s'assurer de la correspondance à condition que le retard soit causé par des conditions atmosphériques ou une défaillance mécanique ou (ii) d'un accident de la circulation mettant en cause l'automobile privée ou louée de la personne assurée ou le taxi dans lequel elle circulait.

FRAIS COUVERTS

Les frais suivants sont couverts :

- a) En cas d'annulation avant le départ :
 - i) La portion non remboursable des frais de voyage payés à l'avance;
 - ii) Les frais supplémentaires engagés pour des tarifs d'occupation plus élevés en milieu hôtelier par la personne assurée qui décide de poursuivre un voyage couvert lorsqu'un compagnon de voyage doit annuler en raison de l'un des risques assurés. Les frais supplémentaires seront remboursés jusqu'à concurrence d'une somme ne dépassant pas la pénalité d'annulation de l'hôtel applicable au moment où la personne accompagnatrice doit annuler son voyage couvert.
- b) Si le retour est anticipé ou retardé :
 - i) Le coût supplémentaire d'un billet de retour simple le plus économique jusqu'au point de départ;
 - ii) La portion non utilisée et non remboursable des frais des autres arrangements de voyage payés à l'avance;
 - iii) Les frais de subsistance pour le logement et les repas dans un établissement commercial lorsqu'une personne assurée doit reporter son retour pour cause de maladie ou de blessure qu'elle subit elle-même ou que subit un membre de sa famille qui l'accompagne ou un compagnon de voyage, sous réserve d'un remboursement quotidien maximal de 150 \$ par personne assurée et d'un remboursement global maximal de 1 500 \$ pour le participant et ses personnes à charge.

Si la personne assurée possède une couverture identique sous une autre garantie de la police collective, la somme maximale payable en

vertu de la police collective ne peut en aucun cas excéder la somme maximale indiquée dans la présente garantie.

- c) Départ retardé ou correspondance manquée :
- i) Le coût supplémentaire d'un billet simple le plus économique exigé par un transporteur jusqu'à la destination prévue, lorsqu'une correspondance ou un départ sont manqués en raison d'un des risques assurés.

Pour que la garantie s'applique, la personne assurée doit avoir prévu arriver au point de départ au moins 2 heures avant l'heure prévue du départ.
 - ii) La portion non utilisée et non remboursable des frais de voyage payés à l'avance, si les conditions atmosphériques empêchent la personne assurée d'effectuer une correspondance prévue avec un autre transporteur pendant une période représentant une interruption d'au moins 30 % de la durée prévue du voyage couvert, et que la personne assurée décide de ne pas poursuivre ledit voyage couvert.

EXCLUSIONS

Aucune somme n'est payable en vertu de la présente garantie, si l'annulation ou l'interruption d'un voyage couvert résulte de l'une des causes suivantes :

- a) L'abus de médicaments ou d'alcool, ou la consommation de drogue;
- b) Le suicide ou la tentative de suicide ou toute blessure que la personne assurée s'inflige volontairement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
- c) La perpétration ou la tentative de perpétration d'un acte criminel ou la provocation d'une agression;
- d) Une agitation civile, une insurrection ou une guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou la participation à une émeute;
- e) Une grossesse, une fausse-couche, un accouchement ou des complications en résultant et se produisant dans les 2 mois précédant la date prévue de l'accouchement;
- f) Une blessure ou une maladie survenue lors de la participation à un événement sportif professionnel ou à tout genre de compétition de véhicules motorisés ou d'épreuves de vitesse, ou à des activités dangereuses tels le vol plané ou à voile, l'alpinisme, le parachutisme, le saut à l'élastique, ou toute autre activité dangereuse;
- g) Une blessure ou une maladie résultant du service dans les forces armées.

Aucune somme n'est payable en vertu de la présente garantie si :

- a) Le voyage couvert a été entrepris dans le but de recevoir des soins médicaux, paramédicaux ou des services hospitaliers;
- b) Le voyage couvert a été entrepris dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou ayant subi une blessure, et que la condition médicale ou le décès subséquent de cette personne constitue la cause de la modification de la date prévue du retour de la personne assurée;
- c) Le voyage couvert a été entrepris dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou ayant subi une blessure, et que la condition médicale ou le décès subséquent de cette personne constitue la cause de l'annulation dudit voyage couvert de la personne assurée.

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

- a) Lorsqu'un événement mentionné à l'article Risques assurés survient avant la date du départ, la personne assurée doit contacter l'agence de voyage ou le transporteur, selon le cas, dans les 48 heures qui suivent l'événement afin d'annuler le voyage couvert et en aviser l'assureur dans le même délai.
- b) Pour appuyer une demande de prestations, la personne assurée doit fournir l'une ou plusieurs des pièces justificatives suivantes, selon le cas :
 - i) Les originaux des billets de transport non utilisés;
 - ii) Les reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires;
 - iii) Les reçus pour les frais d'arrangements terrestres et autres déboursés. Les reçus doivent inclure les contrats établis officiellement par l'intermédiaire de voyage ou d'une compagnie accréditée et faire mention des montants non remboursables en cas d'annulation;
 - iv) Un document officiel attestant qu'un risque assuré fut en fait la cause de l'annulation. Si l'annulation est due à des raisons médicales, la personne assurée doit fournir un certificat médical délivré par le médecin traitant dûment qualifié et exerçant dans la localité où la maladie ou la blessure est survenue et la surveillance médicale doit avoir commencé avant la date prévue du départ ou du retour de la personne assurée, ou le jour même. Le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet qui confirme la nécessité d'annuler, de retarder ou d'interrompre le voyage couvert;
 - v) Un rapport de police en cas d'accident de la route.

COPIE DU CONTRAT ET DES DOCUMENTS D'ADHÉSION

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

COMMENT NOUS TRANSMETTRE VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT

Demandes de règlement pour la garantie d'Assurance maladie complémentaire

Le participant doit remplir le formulaire correspondant, y joindre l'original des reçus, le cas échéant, et transmettre le tout à l'adresse suivante :

Pour les participants résidant au Québec

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

Pour les participants résidant à l'extérieur du Québec

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.
Assurance collective - Service des règlements maladie/dentaire
C.P. 4643, succursale A
Toronto (Ontario) M5W 5E3

Il est important que le participant conserve une copie de ses reçus. De plus, le participant devrait conserver une copie du calcul détaillé des prestations qui sera joint à ses chèques de remboursement. Le participant peut avoir besoin de ces documents pour établir la coordination de ses prestations avec un autre assureur ou pour sa déclaration de revenus.

COMMENT NOUS TRANSMETTRE VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT

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

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

Appel du Canada ou des États-Unis	1-800-203-9024 (sans frais)
Appel d'un autre pays	514-499-3747 (appel à frais virés)

PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

