

Titulaire de la police : **ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES DIRECTEURS ET DIRECTRICES D'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT RETRAITÉS**

N° de la police : **28000**

AVENANT DE POLICE N° 12

Il est entendu et convenu qu'à compter du **premier jour de janvier 2018**, la police ci-jointe remplace la police précédente et tout avenant s'y rattachant.

Les modifications de l'avenant sont identifiées dans ce document.

TABLEAU SOMMAIRE - DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

- Modification du nom de la catégorie 110 - Tous les participants âgés de moins de 65 ans sans conjoint ou dont le conjoint est âgé de moins de 65 ans

TABLEAU SOMMAIRE - DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

- Ajout des catégories suivantes :
 - 115 - Tous les participants âgés de moins de 65 ans dont le conjoint, âgé de 65 ans et plus, est assuré par la RAMQ pour les médicaments
 - 215 - Tous les participants âgés de moins de 65 ans dont le conjoint, âgé de 65 ans et plus, n'est pas assuré par la RAMQ pour les médicaments

TABLEAU SOMMAIRE - ASSURANCE MÉDICAMENTS QUÉBEC

ASSURANCE MÉDICAMENTS QUÉBEC

- Ajout de la garantie

Toutes les modifications indiquées ci-dessus se rattachent et font partie de cette police et toutes les autres conditions de ladite police qui ne sont pas incompatibles avec cet avenant demeurent pleinement en vigueur.

Signé à Québec, Canada, le neuvième jour de janvier 2018.



Président et
chef de la direction



Secrétaire de la société

Le titulaire de la police	ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES DIRECTEURS ET DIRECTRICES D'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT RETRAITÉS
N° de police	28000
Prise d'effet	Le 1^{er} janvier 2008
Date de renouvellement	Le 1^{er} janvier 2009 et, par la suite, le 1^{er} janvier de chaque année

INDUSTRIELLE ALLIANCE, ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC.
(l'assureur)

s'engage envers le titulaire de la police
(nommé ci-dessus)

à verser les prestations prévues aux présentes conformément aux conditions contenues ci-après.

La présente police est établie conformément à la proposition soumise à l'assureur, dont copie est annexée aux présentes pour en faire partie et moyennant le paiement par le titulaire des primes prévues aux présentes.

Signé à Québec, Canada, le cinquième jour de mai 2008.



Président et
chef de la direction



Secrétaire de la compagnie

Frédéric Mageren
Signataire autorisé

TABLE DES MATIÈRES

	<u>Page</u>
TABLEAU SOMMAIRE	TS-1
CONDITIONS GÉNÉRALES	1-1
DÉFINITIONS	1-1
DISPOSITIONS DE LA POLICE	1-2
ASSURANCE	1-7
PRIMES	1-9
DEMANDES DE RÉGLEMENT	1-11
ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU PARTICIPANT	2-1
ASSURANCE VIE FACULTATIVE DES PERSONNES À CHARGE	3-1
ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DU CONJOINT	4-1
ASSURANCE MEDICAMENTS QUÉBEC	5-1
ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE	6-1
ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – SOINS À DOMICILE	7-1
ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE	8-1
ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE	9-1

TABLEAU SOMMAIRE

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

Dans la présente police, 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 comptes et les catégories ci-dessous :

Comptes

- 001 – Association Québécoise des Directeurs et directrices d'Établissement d'enseignement Retraités
- 002 – Association Québécoise des Directeurs et directrices d'Établissement d'enseignement Retraités – Retraités sans CARRA

Catégories

- 100 – Tous les participants âgés de 65 ans et plus assurés par la RAMQ pour les médicaments
- 110 – Tous les participants âgés de moins de 65 ans sans conjoint ou dont le conjoint est âgé de moins de 65 ans
- 115 – Tous les participants âgés de moins de 65 ans dont le conjoint, âgé de 65 ans et plus, est assuré par la RAMQ pour les médicaments
- 200 – Participants âgés de 65 ans et plus qui ne sont pas assurés par la RAMQ pour les médicaments
- 215 – Tous les participants âgés de moins de 65 ans dont le conjoint, âgé de 65 ans et plus, n'est pas assuré par la RAMQ pour les médicaments

TABLEAU SOMMAIRE

CONDITIONS GÉNÉRALES

DATE D'ADMISSIBILITÉ

Un directeur retraité devient admissible le jour où il répond à la définition de *Directeur retraité* précisée aux Conditions générales.

PARTICIPATION MINIMALE

En tout temps, le nombre de participants ne doit pas être inférieur à 100 % des directeurs retraités admissibles et à 26 participants.

TABLEAU SOMMAIRE

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

Catégories

Capital assuré

100, 110, 115, 200, 215

Tranches de 5 000 \$

Maximum* :

– participant de moins de 75 ans : 160 000 \$
– participant de 75 ans et plus : 80 000 \$

Un nouveau retraité peut obtenir de l'Assurance vie facultative, selon le montant qu'il détenait en vertu de son assurance collective de son ancien assureur, sans preuves d'assurabilité, si la demande en est faite dans les 30 jours de son admissibilité.

Toutefois, des preuves d'assurabilité sont requises pour tous les montants d'assurance supérieurs au montant que le participant détenait au préalable ou si la demande est faite 30 jours après la date d'admissibilité du participant.

* *Pour tout participant qui atteint son 75^e anniversaire de naissance, tout capital assuré supérieur à 80 000 \$ sera réduit à 80 000 \$.*

Terminaison :

Cette garantie se termine au décès du participant.

TABLEAU SOMMAIRE

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DES PERSONNES À CHARGE

Catégories

Capital assuré

100, 110, 115, 200, 215

Conjoint :

– conjoint de moins de 75 ans : 2 500 \$
– conjoint de 75 ans et plus : 2 000 \$

Chaque enfant dès la naissance vivante : 2 500 \$

Un nouveau retraité peut obtenir pour ses personnes à charge de l'Assurance vie facultative, selon le montant qu'il détenait en vertu de son assurance collective de son ancien assureur, sans preuves d'assurabilité, si la demande en est faite dans les 30 jours de son admissibilité.

Des preuves d'assurabilité sont requises pour tous les montants d'assurance vie facultative si la demande est faite 30 jours après la date d'admissibilité du participant.

Terminaison :

Cette garantie se termine au décès de la personne assurée.

TABLEAU SOMMAIRE

ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DU CONJOINT ⁽¹⁾

Catégories

Capital assuré

100, 110, 115, 200, 215

Tranches de 5 000 \$

Maximum ⁽²⁾ :

- | | |
|---------------------------------|-----------|
| – conjoint de moins de 75 ans : | 80 000 \$ |
| – conjoint de 75 ans et plus : | 40 000 \$ |

Un nouveau retraité peut obtenir de l'Assurance vie additionnelle pour son conjoint, selon le montant détenu pour le conjoint en vertu de son assurance collective de son ancien assureur, sans preuves d'assurabilité, si la demande en est faite dans les 30 jours de son admissibilité.

Toutefois, des preuves d'assurabilité sont requises pour tous les montants d'assurance supérieurs au montant que le participant détenait au préalable ou si la demande est faite 30 jours après la date d'admissibilité du participant.

- (1) *Pour être admissible à la présente garantie, le conjoint doit être couvert par la garantie Assurance vie facultative des personnes à charge.*
- (2) *Pour tout conjoint assuré qui atteint son 75^e anniversaire de naissance, tout capital assuré supérieur à 40 000 \$ sera réduit à 40 000 \$.*

Terminaison :

Cette garantie se termine au décès de la personne assurée.

TABLEAU SOMMAIRE

ASSURANCE-MÉDICAMENTS QUÉBEC

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

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

Contribution maximale d'un participant 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.

Franchise :

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

Remboursement de l'assureur :

Celui prévu à la garantie d'Assurance maladie complémentaire. Si toutefois le pourcentage remboursé est inférieur à celui prévu par la Loi sur l'assurance-médicaments, celui-ci sera établi conformément au pourcentage de remboursement minimal permis.

Si la contribution maximale 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.

Terminaison :

Catégories : 110, 115, 215

Cette garantie se termine au 65^e anniversaire de naissance du participant, sous réserve des DISPOSITIONS PARTICULIÈRES prévues dans la présente garantie.

Catégories : 100, 200

Cette garantie se termine au décès du participant, sous réserve des DISPOSITIONS PARTICULIÈRES prévues dans la présente garantie.

TABLEAU SOMMAIRE

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

HOSPITALISATION AU CANADA

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

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

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

ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

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

SOINS À DOMICILE

Franchise : aucune	Remboursement : 100 %	Maximum par personne assurée : Selon les dispositions de la garantie Soins à domicile
-----------------------	--------------------------	---

TOUS LES AUTRES FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS AU CANADA

Catégories

100	Franchise	Aucune
	Remboursement	
	– médicaments :	80 % des premiers 3 795 \$ de frais admissibles et 100 % de l'excédent
	– autres frais médicaux :	80 %, selon les maximums indiqués aux pages suivantes
	Maximum :	Illimité

TABLEAU SOMMAIRE

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

TOUS LES AUTRES FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS AU CANADA (suite)

110, 115, 200, 215	Franchise	
	– protection individuelle :	75 \$
	– protection de couple :	100 \$
	– protection monoparentale :	100 \$
	– protection familiale :	100 \$
	Remboursement	
	– médicaments :	80 % des premiers 3 795 \$ de frais admissibles et 100 % de l'excédent; ces frais comportent une franchise.
	– autres frais médicaux :	80 %, selon les maximums indiqués aux pages suivantes; ces frais comportent une franchise.
	Maximum :	Illimité

Terminaison :

Cette garantie se termine au décès du participant.

TABLEAU SOMMAIRE

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

* **Frais raisonnables et courants** : Les maximums alloués aux frais couverts énumérés ci-dessous sont limités aux frais raisonnables et courants normalement engagés dans la région où les soins sont donnés, pour une maladie de même nature et de gravité équivalente.

Frais médicaux

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums par personne assurée *</u>
Séjour dans une maison de convalescence (avec recommandation médicale et approbation préalable de l'assureur)	Chambre semi-privée; maximum combiné de 120 jours par invalidité. Ces frais ne comportent aucune franchise et sont remboursés à 100 %.
Transport ambulancier	Frais raisonnables et courants.* Ces frais ne comportent aucune franchise et sont remboursés à 100 %.
Médicaments (liste élargie)	Frais raisonnables et courants.*
Stérilets	Frais raisonnables et courants.*
Honoraires d'infirmiers	Maximum admissible de 60 \$ par jour. Maximum admissible de 10 000 \$ par année civile.
Honoraires des praticiens de soins paramédicaux suivants : chiropraticiens	Maximum admissible de 45 \$ par visite. Remboursement maximal de 500 \$ par année civile (incluant un maximum admissible de 60 \$ par année civile pour les radiographies) et de un traitement par jour.
Honoraires des praticiens de soins paramédicaux suivants : physiothérapeutes et thérapeutes en réadaptation physique	Maximum admissible de 45 \$ par visite. Remboursement maximal combiné de 750 \$ par année civile et de un traitement par jour.

TABLEAU SOMMAIRE

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

* **Frais raisonnables et courants** : Les maximums alloués aux frais couverts énumérés ci-dessous sont limités aux frais raisonnables et courants normalement engagés dans la région où les soins sont donnés, pour une maladie de même nature et de gravité équivalente.

Frais médicaux

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums par personne assurée *</u>
Honoraires des praticiens de soins paramédicaux suivants : ostéopathes, podiatres, acupuncteurs, ergothérapeutes, naturopathes, massothérapeutes, orthothérapeutes, kinésithérapeutes et homéopathes	Maximum admissible de 45 \$ par visite. Remboursement maximal de 500 \$ par année civile pour l'ensemble de ces spécialistes.
Prothèses auditives	Maximum admissible de 500 \$ par période de 72 mois consécutifs.
Respirateur médical à pression positive intermittente	Frais raisonnables et courants.*
Réflexomètre	Maximum de 300 \$ par appareil. Un appareil par période de 36 mois consécutifs.
Appareil et matériel pour une colostomie ou une iléostomie	Frais raisonnables et courants.*

Maximum admissible :

Le montant payable pour une demande de règlement sera le montant égal au maximum admissible tel qu'indiqué pour les frais couverts moins tout autre montant relatif à l'application de la franchise et du pourcentage de remboursement, le cas échéant.

TABLEAU SOMMAIRE

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

* **Frais raisonnables et courants** : Les maximums alloués aux frais couverts énumérés ci-dessous sont limités aux frais raisonnables et courants normalement engagés dans la région où les soins sont donnés, pour une maladie de même nature et de gravité équivalente.

SOINS À DOMICILE

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums par personne assurée *</u>
Services d'aide à domicile	60 \$ par jour.
Frais de garde des enfants	25 \$ par jour, pour chacun des enfants.
Frais de transport	30 \$ par jour; Trois déplacements (aller et retour) par semaine; Maximum de 0,25 \$ du kilomètre pour l'utilisation d'une voiture personnelle.
Maximum global	Deux périodes de convalescence par année civile.

CONDITIONS GÉNÉRALES

DÉFINITIONS

Acceptation des preuves d'assurabilité : La date d'acceptation de toute preuve d'assurabilité signifie la date de réception par l'assureur du dernier document qui lui permet d'accepter le risque que représente la personne.

Accident : La survenance soudaine, violente et imprévisible d'un événement extérieur à une personne et qui occasionne des lésions corporelles directement et indépendamment de toute autre cause.

Âge : L'âge au dernier anniversaire de naissance.

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

Assureur : Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.

Date de la retraite : La date à laquelle le participant reçoit une rente de retraite en vertu d'un régime de rentes auquel contribuait son employeur.

Directeur retraité : Tout directeur retraité qui reçoit une rente de retraite en vertu d'un régime de retraite auquel contribuait l'employeur et qui est membre en règle de l'Association québécoise des directeurs et directrices d'établissement d'enseignement retraités (AQDER).

Jour : Un jour civil, sauf stipulation contraire dans la présente police.

Maladie : Toute détérioration de la santé qui nécessite des soins médicaux réguliers, continus et curatifs donnés par un médecin.

Médecin : Une personne légalement licenciée et autorisée à pratiquer la médecine et qui le fait en respectant les limites imposées par sa licence.

Participant : Tout retraité ou tout conjoint d'un retraité décédé résidant à temps plein au Canada et qui est assuré en vertu de la présente police.

CONDITIONS GÉNÉRALES

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 12 mois, ou moins, si un enfant est issu de leur union.

La dissolution du mariage par divorce ou annulation, de même que la séparation de fait depuis plus de 3 mois font 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;
- ii) Être âgé de 21 ans ou plus mais de moins de 26 ans et fréquenter à temps plein une institution d'enseignement reconnue moyennant la présentation d'une preuve à la satisfaction de l'assureur; ou
- iii) Avoir un handicap mental ou physique et être incapable de détenir une occupation véritablement rémunératrice 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), moyennant la présentation de preuves médicales adéquates.

Personne assurée : Un participant ou une personne à charge d'un participant qui est assuré en vertu de la présente police.

Résident à temps plein au Canada : Personne qui a un lieu de résidence permanent au Canada et qui réside au Canada au moins 182 jours par année.

DISPOSITIONS DE LA POLICE

RENOUVELLEMENT

La présente police est renouvelée d'office à chaque date de renouvellement, pour une période d'une année, à moins de résiliation conformément aux conditions de la présente police, pourvu que les primes échues soient payées et que la participation à la police ne soit pas inférieure à la participation minimale indiquée au Tableau sommaire.

CONDITIONS GÉNÉRALES

MODIFICATION À LA POLICE

Si le titulaire désire apporter une modification à la présente police, il doit soumettre une demande écrite à l'assureur.

La police ne peut être modifiée qu'au moyen d'un avenant approuvé par les signataires autorisés de l'assureur.

MODIFICATION AUX RÉGIMES GOUVERNEMENTAUX

Les prestations prévues en vertu de la présente police sont établies en complémentarité des prestations prévues aux régimes gouvernementaux. Toute modification à ces régimes après la date de prise d'effet de la présente police 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.

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

La présente police 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 présente police.

RÉSILIATION DE LA POLICE

- a) Le titulaire peut mettre fin à la présente police en tout temps, pourvu que l'assureur en ait été avisé par écrit avant cette date. Si la date de résiliation ne coïncide pas avec la date d'échéance de la prime, le titulaire doit verser à l'assureur une prime couvrant la période entre la dernière date d'échéance et la date de résiliation.

La résiliation prend effet à la dernière des dates suivantes :

- i) La date à laquelle l'assureur reçoit l'avis écrit; et
- ii) La date de résiliation demandée, pourvu qu'elle ne tombe pas moins de 31 jours après la date à laquelle l'assureur reçoit l'avis de résiliation écrit du titulaire, sauf si l'assureur a consenti à une date plus hâtive;

Si le titulaire ne donne pas un avis écrit d'au moins 31 jours à l'assureur et que ce dernier ne consent pas à résilier la police dans ces conditions, la police ne prendra fin qu'à l'expiration de la période de 31 jours suivant la date à laquelle l'assureur aura reçu l'avis de résiliation.

- b) L'assureur peut mettre fin à la présente police :
- i) À toute date de renouvellement, en donnant un avis écrit au titulaire d'au moins 31 jours avant la date de renouvellement;

CONDITIONS GÉNÉRALES

- ii) En tout temps, en donnant un avis écrit d'au moins 31 jours au titulaire lorsque ce dernier ne s'est pas conformé aux conditions de la police;
 - iii) En tout temps, si le nombre de participants ou le pourcentage de participation est inférieur à la participation minimale requise, telle qu'indiquée au Tableau sommaire, en donnant au titulaire un avis écrit de 31 jours.
- c) Si, à la fin d'un délai de grâce, tel que prévu en vertu de la disposition relative aux primes, le titulaire n'a pas payé la prime exigible, l'assureur peut résilier d'office la police à la fin du délai de grâce sans donner de préavis écrit au titulaire. La date de résiliation sera le dernier jour de la période de grâce.
- d) Nonobstant les clauses b) et c), à la date d'échéance de la prime, l'assureur peut, pour quelque autre motif que ce soit, mettre un terme à la police en donnant un avis écrit d'au moins 31 jours au titulaire.
- e) La police est résiliée d'office sans préavis écrit à la date à laquelle l'un des événements suivants survient, à moins d'avis contraire écrit signifié par l'assureur au titulaire :
- i) Le titulaire commet un acte de faillite.
 - ii) Un contrôleur, un séquestre ou un administrateur-séquestre est nommé à la suite d'une entente ou d'une ordonnance d'un tribunal qui touche la totalité ou une partie des affaires ou des biens du titulaire.
 - iii) Toute entente ou une ordonnance d'un tribunal est rendue relativement à la liquidation ou dissolution du titulaire.
 - iv) Toute procédure est entamée dans toute juridiction, par le titulaire, en son nom ou contre lui, relativement à toute affaire ou à tout bien lui appartenant, en vertu d'une législation relative à la liquidation, à la faillite, à l'insolvabilité, à la réorganisation, à la dissolution, à des arrangements avec des créanciers ou à des rajustements de dettes, en vigueur actuellement ou qui le deviendra par la suite.

RENSEIGNEMENTS EXIGÉS

Le titulaire doit fournir à l'assureur tous les renseignements dont ce dernier a besoin pour administrer les garanties prévues en vertu de la police et déterminer la prime. Il doit permettre à l'assureur d'examiner tous les livres ou registres pertinents lorsque cela est raisonnablement possible.

Chaque fois que cela est raisonnablement possible, l'assureur est autorisé à examiner tous les livres et registres appartenant à toute personne physique ou morale et contenant des renseignements relatifs à la présente assurance.

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

CONDITIONS GÉNÉRALES

- 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.

RENONCIATION

Aucuns agissements ni aucune promesse d'un intermédiaire de marché, au nom de l'assureur ou en son nom propre, ne peuvent constituer ou présumer une renonciation de l'assureur à une condition quelconque de la police, l'intermédiaire de marché n'ayant en aucun temps un tel pouvoir ou mandat.

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

ATTESTATION INDIVIDUELLE

L'assureur établit une attestation individuelle de participation que le titulaire doit remettre à chaque participant.

ERREUR SUR L'ÂGE

S'il y a erreur sur l'âge d'une personne assurée en vertu de cette police, un rajustement équitable des primes sera effectué et si le montant d'assurance dépend de l'âge de la personne, un rajustement en fonction de l'âge réel de cette dernière sera également effectué.

CONDITIONS GÉNÉRALES

CESSION ET GARANTIE

Exception faite des prestations qui peuvent devenir payables en vertu de la présente police pour les frais hospitaliers, médicaux ou dentaires, ni cette police ni les droits ou prestations conférés en vertu de celle-ci ne peuvent être cédés.

Les droits et intérêts conférés en vertu de la présente police ne peuvent être donnés en garantie.

MONNAIE LÉGALE

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

ASSURANCE CHEZ UN TIERS

Un participant admissible à l'Assurance maladie complémentaire et dont le conjoint bénéficie d'une assurance comparable peut renoncer à telle assurance qui lui est offerte en vertu de la présente police.

Le refus de participer à l'assurance peut être à l'égard du participant et de ses personnes à charge ou de ses personnes à charge uniquement.

Si l'assurance en vertu de la police du conjoint prend fin en raison de la résiliation d'une telle police ou en raison de la perte d'admissibilité, une demande peut être faite afin d'assurer, en vertu de la présente police, ces personnes dont l'assurance a pris fin.

La demande doit être faite dans les 90 jours suivant la cessation de l'assurance en vertu de la police du conjoint et l'assurance en vertu de la présente police entrera en vigueur le jour suivant la date de cessation de l'assurance en vertu de la police du conjoint.

Si la demande parvient à l'assureur au delà du délai de 90 jours, le retraité ne peut participer à la présente police, sauf s'il est âgé de moins de 65 ans. Dans un tel cas, l'assurance ainsi que le paiement des primes prennent effet rétroactivement à la date de sa retraite. Cette rétroactivité ne peut toutefois excéder 12 mois. Les frais couverts encourus pendant cette période sont admissibles à un remboursement.

NOUVELLE POLICE

Si la présente police est établie en remplacement d'une police antérieure, elle ne constitue pas une continuation de celle-ci.

CONDITIONS GÉNÉRALES

ASSURANCE

ADMISSIBILITÉ

Directeur retraité

Un directeur retraité devient admissible à l'assurance en vertu de la présente police à titre de participant à la date (sa «date d'admissibilité») à laquelle il satisfait aux exigences suivantes :

- a) Il répond à la définition de directeur retraité de la présente police;
- b) Il réside à temps plein au Canada;
- c) Il bénéficie d'une assurance en vertu du régime d'assurance maladie de sa province de résidence.

Personnes à charge

Une personne à charge devient admissible à l'assurance en vertu de la présente police à titre de personne à charge à la date (sa «date d'admissibilité») à laquelle elle satisfait aux exigences suivantes :

- a) Elle répond à la définition d'une personne à charge de la présente police;
- b) Elle réside à temps plein au Canada;
- c) Elle bénéficie d'une assurance en vertu du régime d'assurance maladie de sa province de résidence.
- d) Le retraité dont elle est à la charge est admissible à l'assurance en vertu de la présente police.

L'assurance des personnes à charge ne peut prendre effet avant la date de prise d'effet de l'assurance du retraité.

DEMANDE DE PARTICIPATION

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

Toutefois, les retraités et leurs personnes à charge, le cas échéant, qui étaient couverts au 31 décembre 2007 par le régime antérieur souscrit auprès de SSQ, Société d'assurance-vie inc. seront automatiquement couverts à la date d'entrée en vigueur de la présente police et ce, sans qu'aucune demande de participation soit requise.

De plus, toute personne âgée de 65 ans et plus qui, avant l'entrée en vigueur de la présente police, est assurée à titre de conjoint d'un retraité décédé est admise automatiquement à l'assurance à titre de participant à compter de la date d'entrée en vigueur de la présente police et ce, sans qu'aucune demande de participation soit requise.

CONDITIONS GÉNÉRALES

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

Que la participation au régime, en vertu de la présente police, soit obligatoire ou facultative, l'assurance d'un retraité et, s'il y a lieu, celle de ses personnes à charge prennent effet à la date d'admissibilité de la personne, si la demande de participation est reçue par l'assureur avant ou à cette date ou dans les 90 jours qui suivent cette date.

Si l'assureur ne reçoit pas la demande de participation dans les 90 jours suivant la date d'admissibilité, le retraité ne peut participer à la présente police, sauf s'il est âgé de moins de 65 ans. Dans un tel cas, l'assurance ainsi que le paiement des primes prennent effet rétroactivement à la date de sa retraite. Cette rétroactivité ne peut toutefois excéder 12 mois. Les frais couverts encourus pendant cette période sont admissibles à un remboursement.

FIN DE L'ASSURANCE

Participant

L'assurance du participant se termine d'office à la première des dates suivantes :

- a) La date de résiliation de la présente police;
- b) La date à laquelle le participant cesse de résider à temps plein au Canada;
- c) La date à laquelle le participant cesse d'être assuré par le régime d'assurance maladie de sa province de résidence;
- d) La date du décès du participant;
- e) La date à laquelle le participant cesse de payer la totalité de ses primes;
- f) La dernière des dates suivantes :
 - i) la date indiquée sur un avis écrit reçu du titulaire;
 - ii) la date de réception de cet avis par l'assureur.
- g) 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;
- h) La date à laquelle le participant ne répond plus à la définition de directeur retraité de la présente police.

L'assureur se réserve le droit de mettre fin à toute prolongation d'assurance énoncée au présent article moyennant un préavis de 31 jours au titulaire.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Personnes à charge

L'assurance d'une personne à charge se termine à la première des dates suivantes :

- a) La date à laquelle le participant dont elle est à charge cesse d'être assuré en vertu de la présente police, à l'exception des personnes à charge qui se prévalent de la clause de prolongation de l'assurance en Assurance vie facultative des personnes à charge.
- b) La date à laquelle la personne à charge ne répond plus à la définition de personne à charge de la présente police.
- c) La date à laquelle la personne à charge atteint l'âge limite indiqué au Tableau sommaire.
- d) La date à laquelle la personne à charge cesse de résider à temps plein au Canada.
- e) La date à laquelle la personne à charge cesse d'être assurée par le régime d'assurance maladie de sa province de résidence.
- f) La dernière des dates suivantes :
 - i) la date indiquée sur un avis écrit reçu du titulaire;
 - ii) la date de réception de cet avis par l'assureur.
- g) La date à laquelle le participant cesse de payer la totalité de ses primes.

PRIMES

ÉCHÉANCE DES PRIMES

La prime initiale doit être versée par le titulaire à la prise d'effet de la présente police et, par la suite, les primes subséquentes sont payables le premier jour de chaque mois.

CALCUL DES PRIMES

La prime totale payable à toute date d'échéance est la somme des diverses primes requises pour chacune des garanties et pour chacun des participants, y compris celles des personnes à charge, s'il y a lieu. Cette prime est déterminée selon les taux alors en vigueur.

La prime afférente à toute augmentation, diminution, résiliation ou mise en vigueur de l'assurance après la prise d'effet de la police est calculée en tenant compte de la date de prise d'effet de la modification.

Aucun remboursement de prime par l'assureur n'est effectué pour une période antérieure à 3 mois de la date de réception par l'assureur d'un avis écrit de modification.

CONDITIONS GÉNÉRALES

MODIFICATION DES TAUX MENSUELS

Les taux mensuels sont garantis jusqu'à la date du premier renouvellement de la police et, par la suite, ils peuvent être modifiés par l'assureur le premier jour de tout mois d'assurance, pourvu que l'assureur en avise le titulaire par écrit 120 jours avant la prise d'effet de la modification en question. Cependant, une fois que les taux sont modifiés, l'assureur ne peut les changer à nouveau avant une période de 12 mois, sauf dans les cas précisés ci-dessous.

L'assureur peut modifier les taux des primes en tout temps si, de son avis, il survient une modification importante dans :

- a) le nombre de participants;
- b) la nature du risque couvert; ou
- c) les montants payables en vertu des garanties de la présente police par suite de changements apportés aux lois provinciales ou fédérales ou à leurs règlements;

pourvu qu'il avise le titulaire par écrit de tel changement de taux avant la date de prise d'effet de la modification.

En cas de modification de la présente police, les nouveaux taux des primes qui résultent de la modification prennent effet à la date de prise d'effet de la modification.

PAIEMENT DES PRIMES

Toutes les primes et tout réajustement de primes, s'il y a lieu, sont payables par le titulaire à l'assureur, à la date de leur échéance respective. Le paiement d'une prime maintient la police en vigueur jusqu'au dernier jour de la période pour laquelle la prime a été payée.

Le paiement de la prime après la date à laquelle la présente police, une modification ou un changement du taux de prime prend effet est réputé constituer l'acceptation, par le titulaire de la police, de la modification ou du changement du taux de prime en question et de toutes les modalités et conditions écrites qui y sont rattachées. Toutes ces modalités et conditions sont, par la suite, réputées faire partie de la présente police.

DÉLAI DE GRÂCE

Un délai de grâce de 31 jours, à l'exclusion de la date d'échéance de la prime, est accordé au titulaire pour le paiement de toute prime, sauf de la première. La police est maintenue en vigueur durant ce délai, et le titulaire est tenu de payer à l'assureur la prime échue pour la période, à moins qu'il n'ait au préalable avisé l'assureur par écrit que la police devait être résiliée à la dernière échéance de prime.

À l'expiration du délai de grâce, si le titulaire n'a pas payé la prime échue, l'assureur se réserve le droit :

- a) d'imposer des frais d'intérêt à toute prime en souffrance;

CONDITIONS GÉNÉRALES

- b) de retenir le paiement qui n'a pas été versé relativement à tous les sinistres subis, jusqu'à ce que les primes échues soient payées; et
- c) de résilier d'office la police à l'expiration du délai de grâce.

Si le titulaire avise l'assureur, par écrit, pendant le délai de grâce, de résilier la police avant l'expiration de ce délai et que l'assureur y consent, le titulaire doit verser à l'assureur une prime proportionnelle à la période comprise entre la date de la dernière échéance de prime et la date de résiliation de la police.

DEMANDES DE RÈGLEMENT

AVIS DE DEMANDE 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 présente police 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.

♦ **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.

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,

CONDITIONS GÉNÉRALES

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.

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.

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.

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 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.

CONDITIONS GÉNÉRALES

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 présente police 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 cette police. 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 cette police 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 cette police. 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 cette police, 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

CONDITIONS GÉNÉRALES

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 cette police.

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 FACULTATIVE DU PARTICIPANT

OBJET DE LA GARANTIE

Un participant peut obtenir un montant d'assurance vie 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.

Le capital assuré dont le participant pourra se prévaloir correspondra au montant d'assurance demandé tel qu'indiqué au Tableau sommaire.

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

DROIT DE TRANSFORMATION

Le participant dont l'assurance vie facultative 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 police depuis au moins 5 ans,

peut transformer en tout ou en partie son assurance vie facultative 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) 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.

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU 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.

STATUT DE NON-FUMEUR

Si l'assureur offre des taux de primes réduits pour les non-fumeurs, le participant qui désire bénéficier de ces taux accordés aux non-fumeurs doit faire une déclaration de non-fumeur sur sa demande de participation à l'assurance vie facultative.

Fausse déclaration touchant le statut de non-fumeur

Le participant qui déclare être non-fumeur sur sa demande de participation ou sur sa dernière preuve de déclaration d'assurabilité, si elle est plus récente, alors qu'il est un fumeur, sera réputé avoir fait une fausse déclaration.

S'il est établi, après le décès du participant, que ce dernier a fait une fausse déclaration, l'assurance vie facultative de ce participant sera nulle et sans effet et aucune somme d'assurance vie facultative ne sera versée en vertu de la présente garantie.

Preuve de statut

L'assureur se réserve le droit d'exiger du participant qu'il fournisse de nouveau une déclaration de son statut de non-fumeur chaque fois que des preuves d'assurabilité deviennent exigibles.

EXCLUSION

Si un participant se suicide, qu'il soit sain d'esprit ou non, moins de 24 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 facultative perçues pour ce participant et ce remboursement le libérera de toutes obligations en vertu de la présente garantie.

Le délai de 24 mois débute à nouveau à la date à laquelle :

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

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Les dispositions de la présente garantie prévalent sur toute disposition contraire des CONDITIONS GÉNÉRALES.

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DES PERSONNES À CHARGE

OBJET DE LA GARANTIE

Un participant peut obtenir, pour ses personnes à charge, un montant d'assurance vie 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.

Le capital assuré dont les personnes à charge pourront se prévaloir correspondra au montant d'assurance demandé tel qu'indiqué au Tableau sommaire.

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 au moment du décès, sous réserve des modalités et des conditions énoncées dans la présente garantie et dans la présente police.

DROIT DE TRANSFORMATION

Un participant dont l'assurance vie facultative 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 police depuis au moins 5 ans,

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

Un conjoint dont l'assurance vie facultative 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 facultative en tout ou en partie 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 facultative 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 facultative pour lesquels le conjoint était assuré en vertu de la présente garantie, d'une garantie d'assurance vie 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

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DES PERSONNES À CHARGE

- 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 \$.

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 vie facultative 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.

STATUT DE NON-FUMEUR

Si l'assureur offre des taux de primes réduits pour les non-fumeurs, le conjoint qui désire bénéficier de ces taux accordés aux non-fumeurs doit faire une déclaration de non-fumeur sur sa demande de participation à l'assurance vie facultative.

Fausse déclaration touchant le statut de non-fumeur

Le conjoint qui déclare être non-fumeur sur la demande de participation ou sur sa dernière preuve de déclaration d'assurabilité, si elle est plus récente, alors qu'il est un fumeur, sera réputé avoir fait une fausse déclaration.

S'il est établi, après le décès du conjoint, que ce dernier a fait une fausse déclaration, l'assurance vie facultative de ce conjoint sera nulle et sans effet et aucune somme d'assurance vie facultative ne sera versée en vertu de la présente garantie.

Preuve de statut

L'assureur se réserve le droit d'exiger du conjoint qu'il fournisse de nouveau une déclaration de son statut de non-fumeur chaque fois que des preuves d'assurabilité deviennent exigibles.

EXCLUSION

Si une personne assurée se suicide, qu'elle soit saine d'esprit ou non, moins de 24 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 participant que les primes relatives à l'assurance vie facultative perçues pour telle personne et le remboursement le libère de toutes les obligations en vertu de la présente garantie.

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DES PERSONNES À CHARGE

Le délai de 24 mois débute à nouveau à la date à laquelle :

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

PROLONGATION DE L'ASSURANCE

Au décès du participant, 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, avec paiement de primes, jusqu'à la première des dates suivantes si l'assureur reçoit la demande dans les 90 jours suivant la date du décès du participant et si les personnes à charge deviennent membre de l'Association québécoise des directeurs et directrices d'école retraités :

- a) 90 jours 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.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Les dispositions de la présente garantie prévalent sur toute disposition contraire des CONDITIONS GÉNÉRALES.

ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DU CONJOINT

OBJET DE LA GARANTIE

Un participant peut obtenir, pour son conjoint, un montant d'assurance vie additionnelle à la condition d'en faire la demande écrite à l'assureur et de fournir les preuves d'assurabilité jugées nécessaires par l'assureur.

Le capital assuré dont le conjoint pourra se prévaloir correspondra au montant d'assurance demandé tel qu'indiqué au Tableau sommaire.

Si le conjoint décède alors qu'il était couvert par la présente garantie, l'assureur s'engage à verser au participant le capital assuré au moment du décès, sous réserve des modalités et des conditions énoncées dans la présente garantie et dans la présente police.

DROIT DE TRANSFORMATION

Un participant dont l'assurance vie additionnelle 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 une garantie d'Assurance vie des personnes à charge offerte par le titulaire de police depuis au moins 5 ans,

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

Un conjoint dont l'assurance vie additionnelle 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 l'assurance vie additionnelle en tout ou en partie 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 l'assurance vie additionnelle 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 l'assurance vie additionnelle pour lesquels le conjoint était assuré en vertu de la présente garantie, d'une garantie d'assurance vie 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

ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DU CONJOINT

- 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 \$.

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 additionnelle 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.

EXCLUSION

Si une personne assurée se suicide, qu'elle soit saine d'esprit ou non, moins de 24 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 participant que les primes relatives à l'assurance vie additionnelle perçues pour telle personne et le remboursement le libère de toutes les obligations en vertu de la présente garantie.

Le délai de 24 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 en vertu de la présente garantie est augmenté à la demande du participant, mais uniquement pour le montant d'assurance additionnel.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Les dispositions de la présente garantie prévalent sur toute disposition contraire des CONDITIONS GÉNÉRALES.

ASSURANCE-MÉDICAMENTS QUÉBEC

applicable aux résidents du Québec seulement

OBJET DE LA GARANTIE

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 présente police.

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 %.

ASSURANCE-MÉDICAMENTS QUÉBEC

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

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

Catégorie 100 : Dans la présente police, les participants de 65 ans ou plus seront présumés être couverts par la Régie en vertu du Régime général d'assurance-médicaments du Québec. De plus, les personnes à charge d'un participant de 65 ans ou plus seront présumées être couvertes par la Régie en vertu du Régime général d'assurance-médicaments du Québec, quel que soit leur âge.

Catégorie 110 : Dans la présente police, les participants de moins de 65 ans, ainsi que leurs personnes à charge de moins de 65 ans, seront présumés être couverts par l'assureur en vertu de la présente garantie.

Catégorie 115 : Dans la présente police, les participants de moins de 65 ans seront présumés être couverts par l'assureur en vertu de la présente garantie. Toutefois, les personnes à charge de 65 ans ou plus d'un participant de moins de 65 ans, seront présumées être couvertes par la Régie en vertu du Régime général d'assurance-médicaments du Québec.

Catégorie 200 : Dans la présente police, les participants de 65 ans ou plus, ainsi que leurs personnes à charge, quel que soit leur âge, seront présumés être couverts par l'assureur en vertu de la présente garantie.

Catégorie 215 : Dans la présente police, les participants de moins de 65 ans, ainsi que leurs personnes à charge de 65 ans ou plus, seront présumés être couverts 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.

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.

ASSURANCE-MÉDICAMENTS QUÉBEC

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.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Les dispositions de la présente garantie prévalent sur toute disposition contraire des CONDITIONS GÉNÉRALES.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

OBJET DE LA GARANTIE

L'assureur s'engage à rembourser les frais médicaux définis aux présentes découlant d'une blessure, d'une maladie ou d'une grossesse et ayant été engagés alors que la personne assurée était couverte par la présente garantie, sous réserve des conditions et des modalités énoncées dans la présente garantie et la présente police.

DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

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.

Maison de convalescence : Une institution ou une unité de soins légalement reconnue comme telle par l'organisme gouvernemental concerné, incluant les maisons pour personnes âgées ayant une section destinée aux soins des patients alités.

Les établissements de soins infirmiers, les maisons de repos, les maisons de réadaptation et de soins pour les malades chroniques, les centres d'hébergement et de soins de longue durée et les centres pour alcooliques et toxicomanes sont exclus.

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

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

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.

HOSPITALISATION AU CANADA

Les frais de chambre et pension exigés par un hôpital au Canada 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 sur recommandation du médecin traitant et y reçoive un traitement curatif ou des soins relatifs à une grossesse;
- b) La personne assurée ait été hospitalisée pour des soins ponctuels et non pour des soins chroniques, des soins de longue durée ou pour des soins liés à une convalescence; et

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- c) Les frais engagés soient reconnus jusqu'à concurrence du coût quotidien maximum tel que prévu à la grille des tarifs décrétés par l'organisme gouvernemental concerné.

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;
- 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 radiographies et les services 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) Les frais de location de fauteuil roulant, de lit d'hôpital et d'appareil d'assistance respiratoire;
- k) Les frais d'achat de bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles, plâtres et autres appareils orthopédiques;
- l) Les honoraires professionnels de chirurgien dentiste pour des lésions accidentelles aux dents naturelles, saines et entières, à la suite d'un accident survenu à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 000 \$ par accident. Ces frais ne doivent pas excéder ceux indiqués au barème d'honoraires provincial en vigueur pour les omnipraticiens de la province de résidence de la personne assurée et doivent être engagés dans les 12 mois suivant l'accident.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

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 restriction de la demande de règlement résultant, directement ou indirectement, de l'urgence médicale.

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

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

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

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

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

dans une période de 90 jours précédant cette absence.

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

Les frais médicaux couverts sont les suivants, jusqu'à concurrence des maximums prévus au Tableau sommaire :

- a) Séjour dans une maison de convalescence, pourvu que :
 - le séjour soit recommandé par un médecin;
 - les services offerts soient nécessaires du point de vue médical;
 - l'établissement soit approuvé au préalable par l'assureur;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- le séjour débute moins de 14 jours après la fin d'une hospitalisation ou d'une chirurgie;
- b) Le service ambulancier professionnel pour le transport en cas d'urgence médicale jusqu'à l'hôpital le plus proche équipé pour fournir les traitements nécessaires ou pour le transport depuis l'hôpital, lorsque l'état de la personne assurée empêche l'utilisation d'un autre moyen de transport, incluant le coût des traitements d'oxygénothérapie reçus durant le transport;
- c) Les médicaments obtenus sur l'ordonnance d'un médecin ou d'un chirurgien-dentiste et délivrés par un pharmacien licencié, ou tout autre professionnel de la santé lorsqu'il est autorisé par l'organisme gouvernemental concerné, à l'exception des produits exclus à l'article Exclusions et réductions de la présente garantie.
- Les médicaments visés par la présente clause sont ceux inscrits à l'édition courante du fichier de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires et dont l'utilisation est conforme aux indications approuvées par les autorités gouvernementales ou, à défaut, par le fabricant;
 - Certains de ces médicaments, communément appelés «médicaments d'exception de la liste RAMQ», ne sont toutefois couverts que dans les cas, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminés par la réglementation applicable au Régime général d'assurance-médicaments. Un médicament d'exception requiert une autorisation préalable de l'assureur;
 - Dans le cas de médicaments injectés en cabinet privé d'un professionnel de la santé, seule la substance injectée est couverte et non l'acte médical;
 - L'équipement lié à l'injection d'insuline tels les aiguilles, les seringues, les lancettes et le matériel pour des tests de diagnostic.

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 90 jours.

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 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

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

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.
- d) Frais d'achat de stérilets, lorsque prescrits par un médecin;
- e) Les services fournis au domicile de la personne assurée par un infirmier autorisé ou par un infirmier auxiliaire, à condition que :
- i) Les services rendus soient prescrits par un médecin et approuvés au préalable par l'assureur;
 - ii) Les services soient nécessaires du point de vue médical;
 - iii) Les services soient de l'ordre de ceux fournis par un infirmier autorisé ou par un infirmier auxiliaire; et
 - iv) L'infirmier autorisé ou l'infirmier auxiliaire ne possèdent aucun lien de parenté avec la personne assurée et ne demeurent pas avec elle normalement.
- f) Honoraires pour des soins paramédicaux donnés par l'un des praticiens énumérés au Tableau sommaire, fournis par un praticien dûment autorisé par un organisme provincial ou fédéral responsable à pratiquer sa profession dans les limites définies par les règles de cette profession.
- Si les services du praticien sont couverts par le régime de soins de santé provincial, aucune protection ne sera fournie en vertu de cette garantie pour tous les montants payables pour ces services en vertu du régime provincial.
- Toutefois, les traitements donnés par un technicien en réadaptation physique ne sont reconnus par l'assureur que s'ils sont donnés sous la supervision d'un physiothérapeute ou d'un physiatre.
- Dans le cas du naturopathe, seules sont admissibles les consultations visant à obtenir des conseils alimentaires, ou établir un bilan de santé ou un régime à base de produits naturels;
- g) Frais pour des radiographies faites par un chiropraticien;
- h) Les frais de location ou d'achat 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, un audiologiste ou un orthophoniste;
- i) Les frais d'achat d'un appareil mesurant le taux de glucose sanguin (réflectomètre);
- j) Les frais liés à un respirateur médical à pression positive intermittente;
- k) Les frais liés à un appareil et matériel pour une colostomie ou une iléostomie.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS

La présente garantie ne couvre pas les frais :

- a) payables ou remboursables en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou qui habituellement l'auraient été si une demande de règlement avait été présentée;
- b) pour une blessure ou une maladie 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) pour une blessure ou une maladie résultant 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) pour une blessure ou une maladie résultant de la perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel ou de la provocation d'une agression;
- e) encourus durant l'engagement de la personne assurée comme membre actif des forces armées de n'importe quel pays;
- f) pour tout traitement ou appareil visant à corriger la dimension verticale ou toute dysfonction du joint temporo-mandibulaire, ou tous frais pour soins dentaires;
- g) pour tous les soins ou traitements qui ne sont pas médicalement nécessaires, qui sont donnés dans un but esthétique ou dans un but autre que curatif, qui excèdent les soins ordinaires normalement donnés en conformité avec les usages courants de la thérapeutique, ou un traitement de nature expérimentale;
- h) pour tous les soins ou traitements inscrits dans le cadre d'un programme de recherche et de développement de produit dont l'usage n'est pas recommandé par le fabricant ou n'est pas conforme aux normes gouvernementales;
- i) pour tous les soins ou traitements pour une blessure ou une maladie qui ne sont pas reconnus d'usage courant, usuel et coutumier pour une telle blessure ou maladie;
- j) pour la partie des frais en excédent des frais raisonnables et courants normalement engagés dans la région où les soins sont donnés, pour une maladie de même nature et de gravité équivalente;
- k) pour les soins ou services donnés gratuitement ou qui le seraient à défaut d'assurance ou ceux qui ne sont pas à la charge de la personne assurée;
- l) pour tout voyage de santé ou cure de repos;
- m) pour l'examen des yeux ou pour les lunettes et les lentilles cornéennes;
- n) pour tous les soins ou traitements liés à la fertilité ou l'infertilité;
- o) pour l'achat ou la location de tout appareil de confort, de massage et d'accessoires domestiques qui ne sont pas requis exclusivement pour un usage médical;
- p) pour l'achat de services ou de fournitures ayant pour seul objet de faciliter la participation de la personne assurée dans des sports ou des activités de loisirs, et non pour des activités quotidiennes;
- q) pour les vaccins de nature préventive et l'administration de sérums, de vaccins et de médicaments injectables;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- r) pour les contraceptifs (autres qu'oraux), sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;
- s) pour les produits suivants, sauf s'ils ne peuvent être obtenus que sur l'ordonnance d'un médecin et sont délivrés par un pharmacien licencié :
- produits pour l'entretien des lentilles cornéennes;
 - protéines ou suppléments diététiques*, acides aminés;
 - aliments pour bébés;
 - rince-bouches, pansements et pastilles;
 - shampooings, huiles, crèmes, écrans solaires**;
 - produits de toilette, y compris les savons et les émoullissants;
 - substances adoucissantes et protectrices pour la peau;
 - vitamines, suppléments vitaminiques ou multivitamines;
 - minéraux;
 - produits homéopathiques ou dits «naturels»;
 - stéroïdes anabolisants;

* Les suppléments diététiques sont couverts seulement s'ils sont prescrits dans le cadre du traitement d'une maladie du métabolisme clairement identifiée, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminés par la réglementation applicable au Régime général d'assurance-médicaments.

** Les écrans solaires nécessaires au traitement des personnes atteintes d'une maladie requérant de tels produits peuvent être couverts.

Un rapport médical complet décrivant à la satisfaction de l'assureur toutes les conditions justifiant la prescription du produit non autrement couvert en déterminera l'admissibilité en vertu de la présente garantie.

- t) pour les hormones de croissance dont les caractéristiques diagnostiques ne permettent pas l'entrée au Régime général d'assurance médicaments sur la base des critères d'inclusion prédéterminés;
- u) pour les médicaments visant à améliorer la qualité de vie, tels que les médicaments liés aux problèmes de dysfonction érectile, d'infertilité, de perte des cheveux ou de manque de croissance;
- v) pour les médicaments dont la couverture est exclue par l'assureur en vertu de la disposition Restrictions quant à l'exécution des ordonnances de la présente garantie;
- w) pour les médicaments sur ordonnance dispensés par une clinique ou une pharmacie non accréditée d'un hôpital ou pour les traitements ambulatoires, y compris les médicaments dits d'urgence ou de recherche;
- x) pour les soins ou traitements reçus à l'extérieur du Canada 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;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- y) pour 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 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-paragraphes i) à v); ou
 - toute entité qui est affiliée ou liée à telle entreprise, tel groupe ou telle association.

Le montant de la prestation est diminué de toute prestation payable ou remboursable (i) en vertu d'un régime gouvernemental, collectif ou individuel, ou qui habituellement l'aurait été si une demande de règlement avait été soumise en vertu d'un tel régime ou (ii) par une tierce partie en raison d'une poursuite ou d'un règlement.

Ces exclusions ne doivent pas avoir pour effet d'exclure une fourniture ou un service pharmaceutique autrement couvert par le Régime général d'assurance-médicaments.

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 de 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.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

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

Le présent article 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,
 - ii) tout régime pris en charge par l'État, et
 - iii) tout régime d'avantages sociaux non assuré.
- a) Lorsqu'une personne assurée est admissible à recevoir simultanément des prestations en vertu du présent régime et de tout autre régime, la prestation payable pour cette personne assurée suit l'ordre de priorité ci-après :
- i) Les prestations d'un régime ne contenant pas de clause de coordination des prestations sont payables avant celles qui seraient autrement payables en vertu du présent régime;
 - ii) Les prestations de tout régime contenant une clause de coordination des prestations sont payables, en suivant l'ordre de priorité ci-après :
- **Pour un participant :**
 - 1) Lorsque la personne assurée est admissible à titre de participant et à titre de personne à charge en vertu de plus d'un régime, la priorité va au régime qui couvre la personne assurée à titre de participant avant le régime qui couvre la personne assurée à titre de personne à charge;
 - 2) Lorsque la personne assurée est admissible à titre de participant en vertu de plus d'un régime, la priorité va au régime qui couvre le participant à titre
 - d'employé en service à temps plein;
 - d'employé en service à temps partiel;
 - de retraité.

Si le participant devait avoir la même admissibilité en vertu de plus d'un régime (par exemple, le participant est couvert à titre d'employé à temps partiel en vertu des deux régimes), la priorité va au régime qui comporte la date d'adhésion la plus ancienne.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- **Pour un conjoint :**
 - 1) Lorsque la personne assurée est admissible à titre de conjoint et à titre de participant en vertu de plus d'un régime, la priorité va au régime qui couvre la personne assurée à titre de participant avant le régime qui couvre la personne assurée à titre de conjoint;
 - 2) Lorsque la personne assurée est admissible à titre de conjoint en vertu de plus d'un régime (y compris à titre de conjoint par suite d'une garantie de prestations pour survivants), la priorité va au régime en vertu duquel la protection du conjoint est entrée en vigueur le plus récemment.

- **Pour un enfant à charge :**
 - 1) Lorsque la personne assurée est admissible à titre de participant en vertu d'un régime d'assurance-maladie pour étudiants, la priorité va au régime d'assurance-maladie pour étudiants avant le régime qui couvre la personne assurée à titre d'enfant à charge;
 - 2) Lorsque la personne assurée est un employé à temps partiel et est admissible en vertu d'un régime à titre de participant, la priorité va au régime qui couvre la personne assurée à titre de participant avant le régime qui couvre la personne assurée à titre d'enfant à charge;
 - 3) Lorsque la personne assurée est admissible à titre d'enfant à charge en vertu de plus d'un régime et que les parents dont il est la personne à charge ne sont ni séparés ni divorcés, ou sont séparés ou divorcés mais qu'il y a une entente de garde partagée, la priorité est la suivante :
 - le régime du parent qui célèbre son anniversaire le premier dans l'année;
ou
 - le régime du parent dont la première lettre du prénom vient en premier dans l'alphabet, si les parents ont tous deux la même date d'anniversaire.Telle qu'utilisée aux présentes, l'expression «garde partagée» signifie toute entente de garde autre que la garde simple telle que définie dans la clause suivante (4).
 - 4) Lorsque la personne assurée est admissible à titre d'enfant à charge en vertu de plus d'un régime et que les parents dont il est la personne à charge sont séparés ou divorcés mais qu'il y a une entente de garde simple, la priorité est la suivante :
 - le régime du parent ayant la garde de l'enfant;
 - le régime du conjoint du parent ayant la garde de l'enfant;
 - le régime du parent qui n'a pas la garde de l'enfant; et
 - le régime du conjoint du parent qui n'a pas la garde de l'enfant.

Telle qu'utilisée aux présentes, l'expression «garde simple» signifie toute entente de garde dans le cadre de laquelle seul un parent a la garde physique

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

et juridique de l'enfant, «garde physique» signifiant que l'enfant habite avec le parent.

- 5) Lorsque la personne assurée est admissible à titre d'enfant à charge en vertu d'une garantie de prestations pour survivants et d'un autre régime à titre d'enfant à charge, la priorité entre les régimes qui était en vigueur avant le décès des parents va demeurer en vigueur, à moins qu'une protection parentale n'entre en vigueur à l'égard dudit enfant en vertu du régime qui le couvre à titre d'enfant à charge. Si une protection parentale entrait en vigueur, le régime en vertu duquel l'enfant est couvert en vertu de la garantie de prestations pour survivants deviendra le deuxième payeur.

- b) Selon les conditions du présent article, le montant payable en vertu du présent régime ne peut excéder le montant qui aurait été payable en l'absence de cet article.

Lorsque, en vertu du présent article, les frais du présent régime sont payables après ceux d'un autre régime, le montant payable par le présent régime est égal au moindre :

- i) du total des prestations qui auraient été payables en l'absence du présent article; et
- ii) du total des frais couverts en vertu du présent régime, moins les prestations payables par tout autre régime.

Les prestations payables en vertu de tout régime incluent les paiements de prestations auxquels la personne assurée aurait eu droit si elle avait dûment soumis une demande de règlement.

- c) Lorsque des frais pour soins dentaires sont engagés à la suite d'une blessure accidentelle aux dents naturelles, ces frais sont remboursables en premier lieu par tout régime prévoyant le remboursement des frais engagés dans un tel cas, avant une garantie de soins dentaires.
- d) Lorsque la personne assurée est couverte en vertu d'un compte de gestion santé, les dépenses sont d'abord couvertes par un régime collectif avant de pouvoir être remboursées en vertu d'un compte de gestion santé, à moins que le compte de gestion santé le stipule autrement.

Telle qu'utilisée aux présentes, l'expression «compte de gestion santé» signifie une entente dans le cadre de laquelle le répondant du régime alloue des crédits au compte d'une personne, qui peuvent être utilisés, à la discrétion de la personne, pour rembourser le coût des dépenses de soins de santé ou de soins dentaires.

- e) Lorsque la personne assurée est couverte comme étudiant en vertu d'un régime d'assurance-accidents scolaire, le régime d'assurance-accidents scolaire est le deuxième payeur après tout autre régime en vertu duquel la personne peut être couverte.
- f) Lorsque la personne assurée est couverte en vertu d'un programme d'aide sociale, ledit programme est considéré comme le deuxième payeur après tout autre régime en vertu duquel la personne peut être couverte.

Lorsque les clauses ci-dessus ne permettent pas d'établir la priorité entre les régimes à l'égard du versement des prestations, le versement des prestations est partagé entre les régimes proportionnellement au montant qui aurait été payable en vertu de chaque régime s'il avait été le premier payeur.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

PRESTATION DE SURVIVANT

Au décès du participant, l'assurance du conjoint et des enfants à charge couverts par la présente police à titre de conjoint ou d'enfant à charge le jour précédant le décès du participant peut être maintenue à condition qu'une demande écrite soit reçue par l'assureur dans les 90 jours qui suivent la date du décès du participant. Le conjoint obtient alors le statut de participant et doit acquitter la prime selon l'âge atteint du conjoint et le statut de protection demandé pour lui-même et ses enfants à charge, le cas échéant.

Aucun nouveau conjoint ne peut devenir assuré par la suite en vertu de la présente police.

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.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Les dispositions de la présente garantie prévalent sur toute disposition contraire des CONDITIONS GÉNÉRALES.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – SOINS À DOMICILE

OBJET DE LA GARANTIE

L'assureur s'engage à rembourser les frais pour les soins et services engagés à domicile à la suite d'une hospitalisation au Canada ou d'une chirurgie d'un jour nécessitant une période de convalescence, sous réserve des conditions ci-après énoncées et de celles de la présente police, pourvu que (i) la personne assurée soit incapable d'accomplir au moins une des activités quotidiennes de base et que (ii) le médecin traitant de la personne assurée fournisse des renseignements médicaux concernant l'hospitalisation ou la chirurgie et la date à laquelle elle a eu lieu.

DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

Activités quotidiennes de base :

- a) **se nourrir** : préparer ses repas et se nourrir;
- b) **s'habiller** : rassembler ses vêtements et s'habiller (par exemple, attacher ses chaussures ou boutonner une chemise);
- c) **utiliser les toilettes**;
- d) **se déplacer (du lit au fauteuil)** : se coucher dans son lit et se lever de ce dernier ou s'asseoir dans un fauteuil ou se lever de ce dernier. Une personne ne pouvant se déplacer qu'à l'aide d'une canne ou d'un cadre de marche est considérée comme incapable de se déplacer; et
- e) **faire sa toilette personnelle** : entrer dans son bain ou sa douche et en sortir, ainsi que se laver.

Chirurgie d'un jour : Chirurgie effectuée dans un hôpital ou dans une clinique externe affiliée à un hôpital et nécessitant une anesthésie locale, régionale ou générale, à l'exclusion de toute chirurgie mineure pouvant être effectuée dans le bureau du médecin.

Fournisseur de services d'aide à domicile : Une personne travaillant moyennant rémunération pour une coopérative ou une agence incorporée ou enregistrée spécialisée en soins à domicile, de même que tout travailleur autonome recevant un contrat d'une telle coopérative ou agence.

Hospitalisation : L'occupation d'une chambre d'hôpital à titre de patient alité admis, s'il y a émission d'une facture pour chambre et hébergement en lien avec cette hospitalisation. La chirurgie d'un jour est considérée comme une hospitalisation.

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

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – SOINS À DOMICILE

FRAIS COUVERTS

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

a) Services d'aide à domicile :

Les services suivants sont couverts, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire :

- i) assistance pour accomplir une activité quotidienne de base;
- ii) entretien ménager (entretien régulier du domicile, y compris le ménage, la vaisselle et la lessive);
- iii) entretien régulier à l'extérieur du domicile (enlèvement de la neige, tonte de la pelouse);
- iv) préparation des repas; et
- v) accompagnement à des rendez-vous médicaux.

Les services rendus par un fournisseur doivent être dispensés au domicile de la personne assurée.

b) Frais de garde des enfants de 13 ans et moins :

Les frais de garde des enfants à charge du participant, à son domicile ou dans un service de garde, jusqu'à concurrence du maximum quotidien indiqué au Tableau sommaire. La personne qui dispense les services de garde ne doit pas être membre de la famille immédiate de la personne assurée et ne doit pas résider habituellement avec elle.

Seuls les frais en excédent de ceux engagés par le participant ou son conjoint avant la période de convalescence de la personne assurée concernée sont couverts en vertu de la présente garantie.

c) Frais de transport :

Les frais de transport engagés par la personne assurée afin de recevoir des soins médicaux ou d'assurer un suivi médical consécutifs à l'hospitalisation ou la chirurgie d'un jour, jusqu'à concurrence des maximums indiqués au Tableau sommaire.

Les frais de transport couverts sont :

- i) le coût du déplacement en transport en commun ou en taxi; ou
- ii) le coût d'utilisation d'une automobile privée plus les frais de stationnement.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – SOINS À DOMICILE

EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS

En plus des exclusions et réductions énumérées dans la garantie Assurance maladie complémentaire, la présente garantie ne couvre pas les éléments suivants :

- a) Les frais engagés à la suite d'une hospitalisation ou d'une chirurgie d'un jour prévue avant l'entrée en vigueur de la présente garantie.
- b) Les frais engagés alors que la personne assurée est en mesure d'accomplir toutes les activités quotidiennes de base ou après qu'elle est retournée au travail.
- c) Les frais engagés à la suite d'une hospitalisation résultant d'un accouchement, sauf dans le cas où la personne assurée demeure à l'hôpital pour une période de 7 jours ou plus après l'accouchement sur la recommandation du médecin traitant.
- d) Les frais engagés pour les services rendus plus de 60 jours après que la personne assurée est sortie de l'hôpital ou a subi une chirurgie d'un jour, selon le cas.

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

OBJET DE LA GARANTIE

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 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 survienne durant l'année scolaire au cours de laquelle la personne assurée était inscrite à une institution d'enseignement;
- c) l'absence de la personne assurée soit 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.

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.

**ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE –
ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'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.
- 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 5 000 \$. Les frais d'obsèques ne sont pas payés.

f) Retour des enfants à charge

- Le fournisseur de services d'assistance médicale organise le rapatriement des enfants de la personne assurée qui ont moins de 16 ans et sont privés de surveillance en raison de l'hospitalisation de la personne assurée. De plus, le fournisseur de services d'assistance médicale prend les dispositions nécessaires pour organiser et régler le transport en classe touristique des enfants accompagnés, au besoin, à leur lieu de résidence habituel. Si les billets

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

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 ou d'un ami
- Le fournisseur de services d'assistance médicale organise et règle le transport aller-retour en classe touriste d'un membre de la famille immédiate ou d'un ami à des fins de visite si la personne assurée est hospitalisée pour une durée minimum de 7 jours consécutifs et si ladite visite est bénéfique à la personne assurée, d'après l'avis du médecin traitant.
- i) Frais de subsistance pour le logement et les repas
- Si le retour est reporté à la suite de l'hospitalisation d'une personne assurée pour une durée de plus de 24 heures, ou en raison de son décès, les frais de subsistance engagés, en raison de ce délai, par elle, par un membre de la famille immédiate ou par un ami l'accompagnant ou par un membre de la famille immédiate ou un ami lors d'une visite, dans les circonstances définies au paragraphe ci-dessus (*Visite d'un membre de la famille immédiate ou d'un ami*), sont remboursables, jusqu'à concurrence d'un maximum quotidien de 200 \$ par personne et d'un remboursement global de 1 600 \$.
- Le fournisseur de services d'assistance médicale rembourse les frais liés 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.

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.

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

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.

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 cette police en fonction du montant dû.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Les dispositions de la présente garantie prévalent sur toute disposition contraire des **CONDITIONS GÉNÉRALES**.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

OBJET DE LA GARANTIE

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 présente police.

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 ou un bateau (à condition que ce dernier soit utilisé pour se déplacer, et non pas pour y séjourner).

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.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

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

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

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 200 \$ par personne assurée et d'un remboursement global maximal de 1 600 \$ pour le participant et ses personnes à charge.

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

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

- 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;
- h) L'état de santé de la personne assurée n'était pas stable au moment de finaliser les derniers arrangements du voyage couvert. 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 :
 - i) L'état de santé;
 - ii) Un traitement médical, un examen, une consultation ou une hospitalisation;
 - iii) L'augmentation ou la détérioration de tout symptôme ou de tout problème de santé;
 - iv) Un changement de médication ou de traitement médical;
 - v) 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 les derniers arrangements du voyage couvert.

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;

**ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE –
ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE**

- 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.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Les dispositions de la présente garantie prévalent sur toute disposition contraire des CONDITIONS GÉNÉRALES.

AVENANT DE POLICE – HISTORIQUE

Date d'entrée en vigueur : 1^{er} janvier 2018

Avenant n° : 12

TABLEAU SOMMAIRE - DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

- Modification du nom de la catégorie 110 - Tous les participants âgés de moins de 65 ans sans conjoint ou dont le conjoint est âgé de moins de 65 ans

TABLEAU SOMMAIRE - DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

- Ajout des catégories suivantes :
 - 115 - Tous les participants âgés de moins de 65 ans dont le conjoint, âgé de 65 ans et plus, est assuré par la RAMQ pour les médicaments
 - 215 - Tous les participants âgés de moins de 65 ans dont le conjoint, âgé de 65 ans et plus, n'est pas assuré par la RAMQ pour les médicaments

TABLEAU SOMMAIRE - ASSURANCE MÉDICAMENTS QUÉBEC

ASSURANCE MÉDICAMENTS QUÉBEC

- Ajout de la garantie