

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

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

- a) la personne assurée soit couverte par la garantie Assurance maladie complémentaire au moment où survient la situation d'urgence;
- b) l'urgence survienne au cours **des premiers 30 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 en raison d'un voyage privé ou professionnel; et
- d) en cas d'urgence médicale, l'urgence soit couverte en vertu de l'article Frais médicaux d'urgence engagés hors de la province de résidence de la garantie Assurance maladie complémentaire.

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

DÉFINITION

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

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

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

SERVICES D'ASSISTANCE MÉDICALE

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

a) Accès à un service téléphonique jour et nuit

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

b) Soins médicaux

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

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

c) Transport médical

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

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

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

- Organiser et payer le rapatriement de la personne assurée à son domicile ou jusqu'à un hôpital près de son domicile après le traitement initial, par tout moyen de transport adéquat et à la condition que son état de santé le nécessite et le permette. Le fournisseur de services d'assistance médicale organise et contrôle le rapatriement par le mode de transport le plus approprié : avion-ambulance, hélicoptère, avion de ligne commerciale, train ou ambulance.
- d) Paiement des dépenses médicales et avance de fonds
- Le fournisseur de services d'assistance médicale prend les arrangements nécessaires au paiement des dépenses médicales couvertes en vertu de l'article Frais médicaux d'urgence engagés hors de la province de résidence de la garantie Assurance maladie complémentaire.
 - Si cela s'avère nécessaire pour que la personne assurée reçoive des soins médicaux, le fournisseur de services d'assistance médicale avance des fonds, après accord préalable de l'assureur, jusqu'à concurrence de 10 000 \$, en monnaie légale du Canada.
- e) Rapatriement de la dépouille mortelle
- À la suite du décès de la personne assurée, le fournisseur de services d'assistance médicale s'occupe des formalités à accomplir et du paiement de tous les frais liés au transport du corps jusqu'au lieu d'inhumation dans sa province de résidence, jusqu'à concurrence de 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

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

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

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

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

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 reliés au logement et aux repas sur réception de reçus explicatifs.

j) Retour du véhicule

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

k) Médicaments en cas d'urgence

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

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.

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

- 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.

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

RESPONSABILITÉ

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

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

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

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

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

en excédent de la responsabilité de l'assureur en vertu de la police collective, le participant est responsable de rembourser, à l'assureur, le montant de l'avance de fonds ou le montant en excédent, selon le cas, dans les 90 jours de son retour dans sa province de résidence. À défaut de rembourser le montant de l'avance de fonds ou le montant en excédent, l'assureur se réserve le droit de réduire de futures demandes de règlement pour frais médicaux ou autres demandes de règlement faites par le participant ou ses personnes à charge en vertu de cette police collective en fonction du montant dû.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

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

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

DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

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

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

Membre de la famille : Le conjoint, l'enfant, le père, la mère, le frère, la sœur, le gendre, la bru, 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, un train public ou un bateau (à condition que ce dernier soit utilisé pour se déplacer, et non pas pour y séjourner).

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

Voyage couvert : Un voyage

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

RISQUES ASSURÉS

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

- a) La maladie, la blessure ou le décès de la personne assurée, d'un membre de sa famille, d'un compagnon de voyage ou d'un membre de la famille du compagnon de voyage;
- b) La maladie, la blessure ou le décès d'un associé d'affaires ou de l'hôte à destination de la personne assurée;
- c) La maladie, la blessure ou le décès d'une personne dont la personne assurée est le tuteur légal;
- d) Le décès d'une personne dont la personne assurée est l'exécuteur testamentaire;
- e) La convocation de la personne assurée à titre de membre d'un jury ou de témoin dans un procès dont l'audition est prévue pendant la période du voyage couvert, sauf si la personne assurée est un officier responsable de l'application de la loi;
- f) La mise en quarantaine de la personne assurée;
- g) Le détournement d'un transporteur à bord duquel la personne assurée voyage;
- h) Un sinistre qui rend inhabitable la résidence principale de la personne assurée;
- i) L'annulation d'une réunion d'affaires à la suite d'une maladie, d'une blessure ou du décès de la personne avec qui les arrangements

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

pour la réunion d'affaires avaient été pris au préalable (une preuve écrite des arrangements est requise);

- j) Une recommandation du gouvernement du Canada incitant ses citoyens à ne pas voyager vers cette destination, si cette recommandation a été émise après que la personne assurée ait pris les engagements relatifs au voyage couvert;
- k) La mutation de la personne assurée exigée par son employeur, qui nécessite le déménagement de la personne assurée à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel, dans les 30 jours précédant la date du départ.
- l) L'absence de la correspondance prévue ou un départ retardé en raison (i) d'un délai du transporteur responsable de s'assurer de la correspondance à condition que le retard soit causé par des conditions atmosphériques ou une défaillance mécanique ou (ii) d'un accident de la circulation mettant en cause l'automobile privée ou louée de la personne assurée ou le taxi dans lequel elle circulait.

FRAIS COUVERTS

Les frais suivants sont couverts :

- a) En cas d'annulation avant le départ :
 - i) La portion non remboursable des frais de voyage payés à l'avance;
 - ii) Les frais supplémentaires engagés pour des tarifs d'occupation plus élevés en milieu hôtelier par la personne assurée qui décide de poursuivre un voyage couvert lorsqu'un compagnon de voyage doit annuler en raison de l'un des risques assurés. Les frais supplémentaires seront remboursés jusqu'à concurrence d'une somme ne dépassant pas la pénalité d'annulation de l'hôtel applicable au moment où la personne accompagnatrice doit annuler son voyage couvert.
- b) Si le retour est anticipé ou retardé :
 - i) Le coût supplémentaire d'un billet de retour simple le plus économique jusqu'au point de départ;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

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

c) Départ retardé ou correspondance manquée :

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

Pour que la garantie s'applique, la personne assurée doit avoir prévu arriver au point de départ au moins 2 heures avant l'heure prévue du départ.

- ii) La portion non utilisée et non remboursable des frais de voyage payés à l'avance, si les conditions atmosphériques empêchent la personne assurée d'effectuer une correspondance prévue avec un autre transporteur pendant une période représentant une interruption d'au moins 30 % de la durée prévue du voyage couvert, et que la personne assurée décide de ne pas poursuivre ledit voyage couvert.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

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, sauf si les preuves médicales démontrent que la blessure est directement liée à un problème de santé mentale;
- c) La perpétration ou la tentative de perpétration d'un acte criminel ou la provocation d'une agression;
- d) Une agitation civile, une insurrection ou une guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou la participation à une émeute;
- e) Une grossesse, une fausse-couche, un accouchement ou des complications en résultant et se produisant dans les 2 mois précédant la date prévue de l'accouchement;
- f) Une blessure ou une maladie survenue lors de la participation à un événement sportif professionnel ou à tout genre de compétition de véhicules motorisés ou d'épreuves de vitesse, ou à des activités dangereuses tels le vol plané ou à voile, l'alpinisme, le parachutisme, le saut à l'élastique, ou toute autre activité dangereuse;
- g) Une blessure ou une maladie résultant du service dans les forces armées;
- 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;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

- 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;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

- ii) Les reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires;
- iii) Les reçus pour les frais d'arrangements terrestres et autres déboursés. Les reçus doivent inclure les contrats établis officiellement par l'intermédiaire de voyage ou d'une compagnie accréditée et faire mention des montants non remboursables en cas d'annulation;
- iv) Un document officiel attestant qu'un risque assuré fut en fait la cause de l'annulation. Si l'annulation est due à des raisons médicales, la personne assurée doit fournir un certificat médical délivré par le médecin traitant dûment qualifié et exerçant dans la localité où la maladie ou la blessure est survenue et la surveillance médicale doit avoir commencé avant la date prévue du départ ou du retour de la personne assurée, ou le jour même. Le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet qui confirme la nécessité d'annuler, de retarder ou d'interrompre le voyage couvert;
- v) Un rapport de police en cas d'accident de la route.

COPIE DU CONTRAT ET DES DOCUMENTS D'ADHÉSION

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

COMMENT NOUS TRANSMETTRE VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT

Demandes de règlement pour la garantie d'Assurance maladie complémentaire

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

Pour les participants résidant au Québec

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

514-499-3800 Région de Montréal
1-877-422-6487 (sans frais)

Pour les participants résidant à l'extérieur du Québec

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

416-585-8921 Région de Toronto
1-877-422-6487 (sans frais)

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

COMMENT NOUS TRANSMETTRE VOS DEMANDES DE RÈGLEMENTS

AVIS IMPORTANT

pour les personnes hospitalisées hors de leur province de résidence

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

Appel du Canada ou des États-Unis 1-800-203-9024 (sans frais)

Appel d'un autre pays 514-499-3747 (appel à frais virés)

PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SERVICE DEUXIÈME OPINION MÉDICALE

Un participant peut se prévaloir du service de Deuxième opinion médicale pour lui-même ou pour l'une de ses personnes à charge, advenant que le participant ou l'une de ses personnes à charge ait reçu un diagnostic de l'une des affections ou maladies graves couvertes, et ce, pourvu que le participant et ses personnes à charge soient couverts en vertu de la garantie Assurance maladie complémentaire de la police collective.

SERVICE

Lorsqu'il y a diagnostic d'une affection ou d'une maladie grave couverte, ce service permet au participant ou à la personne à charge d'avoir rapidement un deuxième avis donné par d'éminents spécialistes affiliés à des institutions canadiennes d'enseignement médical de grande renommée. Ces spécialistes ont accès à des ressources et à de l'expertise clinique partout dans le monde, ce qui facilite, le cas échéant, la consultation d'autres experts mondialement reconnus.

SERVICE DEUXIÈME OPINION MÉDICALE

AFFECTIONS ET MALADIES GRAVES COUVERTES (1)

Voici la liste des affections et maladies graves couvertes pour lesquelles le participant ou la personne à charge peut se prévaloir du service Deuxième opinion médicale :

♦ Accident vasculaire cérébral et affections qui y sont liées	♦ Brûlures sévères
♦ Cancer	♦ Coma
♦ Complications du diabète	♦ Conditions cardiovasculaires, y compris la crise cardiaque (infarctus du myocarde), la chirurgie coronarienne (pontage) ou la chirurgie de l'aorte
♦ Emphysème	♦ Insuffisance ou défaillance rénale
♦ Maladies des motoneurones	♦ Maladies neurodégénératives (ex. : maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, sclérose en plaques...)
♦ Maladies pouvant mener à une amputation	♦ Maladies pulmonaires ou osseuses graves
♦ Paralysie	♦ Perte de la parole
♦ Perte de la vue	♦ Remplacement de la hanche ou du genou
♦ SIDA	♦ Surdité
♦ Thrombophlébite et embolie	♦ Transplantation d'un organe vital
♦ Trauma majeur	♦ Tumeur bénigne du cerveau

(1) Cette liste n'est pas exhaustive. Le participant ou la personne à charge doit communiquer avec le service Deuxième opinion médicale pour vérifier l'admissibilité de toute maladie mettant la vie en danger.

NOTE : Si le spécialiste ne peut pas confirmer un diagnostic basé sur le dossier du participant ou de la personne à charge, il peut recommander que des tests ou des consultations supplémentaires soient prévus pour affiner le diagnostic. Une fois les tests ou les consultations achevés, le spécialiste peut réévaluer la demande

SERVICE DEUXIÈME OPINION MÉDICALE

du participant ou de la personne à charge pour donner un deuxième avis médical.

UN PROCESSUS RAPIDE ET FIABLE EN 6 ÉTAPES :

1. Le participant ou la personne à charge appelle le service Deuxième opinion médicale au 1 855 422-4622 afin de valider son admissibilité;
2. Un coordonnateur du service Deuxième opinion médicale ouvre un dossier et rassemble les documents médicaux avec le consentement du participant ou la personne à charge;
3. Le coordonnateur transmet le dossier médical au spécialiste de Deuxième opinion médicale;
4. Le spécialiste révise le dossier et prépare son rapport final;
5. Le coordonnateur de Deuxième opinion médicale transmet le rapport final au participant ou à la personne à charge. Sur approbation du participant ou la personne à charge, le coordonnateur envoie une copie du rapport final au médecin traitant;
6. Le médecin traitant et le spécialiste de Deuxième opinion médicale se consultent au besoin.

SERVICE DEUXIÈME OPINION MÉDICALE

OPTIONS DE TRAITEMENT

Lorsque le diagnostic est confirmé, le participant ou la personne à charge se voit offrir les meilleurs choix de traitement et dispose du meilleur accès aux connaissances de pointe du système de santé canadien. Très souvent, les traitements appropriés sont disponibles à proximité du domicile du participant ou la personne à charge.

Cependant, il arrive que les spécialistes du service Deuxième opinion médicale recommandent un traitement ailleurs au Canada ou même à l'étranger. Si le traitement recommandé n'est offert qu'à l'extérieur de la province de résidence, l'équipe du service Deuxième opinion médicale prendra toutes les dispositions nécessaires et coordonnera le transport du participant ou de la personne à charge, son admission dans l'établissement médical et son rapatriement. ⁽²⁾

⁽²⁾ Le participant ou la personne à charge admissible est responsable de tous les frais de transport, d'hospitalisation et de traitement, sauf si ces frais sont couverts par la police collective ou le régime provincial d'assurance maladie. Le participant ou la personne à charge doit communiquer avec l'Industrielle Alliance et les responsables du régime provincial d'assurance maladie afin de déterminer les frais couverts, le cas échéant.

CONFIDENTIALITÉ

La politique de confidentialité du service Deuxième opinion médicale est conforme aux exigences de la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (LPRPDE) ainsi qu'aux législations provinciales sur la protection de la vie privée.

COMMENT COMMUNIQUER AVEC LE SERVICE DEUXIÈME OPINION MÉDICALE?

Afin d'obtenir une deuxième opinion médicale suite à un diagnostic de condition médicale grave couverte, le participant ou la personne à charge doit appeler au 1 855 422-4622.

Veuillez communiquer avec l'administrateur de votre régime afin d'obtenir un dépliant explicatif concernant le service Deuxième opinion médicale.

SERVICE DEUXIÈME OPINION MÉDICALE

FIN DU SERVICE DEUXIÈME OPINION MÉDICALE

Le droit d'un participant de se prévaloir du service Deuxième opinion médicale pour lui-même ou pour une personne à charge prend fin à la date à laquelle il n'est plus assuré en vertu de la garantie Assurance maladie complémentaire.

De plus, si l'entente conclue entre l'Industrielle Alliance et Deuxième opinion médicale à l'égard du service Deuxième opinion médicale devait prendre fin, le participant et ses personnes à charge n'auraient plus droit au service Deuxième opinion médicale.

NOTES