



RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

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

N° de police : **97 000-B / 97 001**

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

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

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

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

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

Ce livret peut également être consulté sur notre site sécurisé Espace client, accessible via ia.ca, si offert dans le cadre de votre régime. Pour toute question relative aux couvertures, communiquer avec iA Groupe financier au 1 877 422-6487.

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

TABLE DES MATIÈRES

	Page
INTRODUCTION	1
TABLEAU SOMMAIRE	3
CONDITIONS GÉNÉRALES	6
ASSURANCE SOINS DENTAIRE	20
COPIE DU CONTRAT ET DES DOCUMENTS D'ADHÉSION	32
PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	33

INTRODUCTION

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

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

Nouvelle participante ou nouveau participant

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

Modification à votre couverture

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

Demande de règlement

Veillez remplir le formulaire *Demande de règlement F54-326 (16)* disponible auprès de votre commission scolaire ou auprès de votre école.

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

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

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

INTRODUCTION (suite)

Service de l'administration

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

514 499-3800
ou
1 800 363-3540

Service des règlements

Pour toute question relative aux frais admissibles ou pour toute demande de règlement, vous pouvez communiquer avec notre service des règlements à l'un des numéros suivants :

514 499-3800
ou
1 800 363-3540

TABLEAU SOMMAIRE

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

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

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

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

Les participants sont assurés selon les catégories ci-dessous :

Catégorie

Enseignantes et enseignants sous contrat à temps plein
(Membres de l'Association des Enseignantes et Enseignants de Montréal)

Enseignantes et enseignants sous contrat à temps partiel au secteur des jeunes
(Membres de l'Association des Enseignantes et Enseignants de Montréal)

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

CONDITIONS GÉNÉRALES

DATE D'ADMISSIBILITÉ

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

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

ou

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

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

ii) à compter de la première journée ouvrable de l'année de travail si son contrat prend effet avant ou lors de la première journée ouvrable de l'année de travail.

ÂGE NORMAL DE LA RETRAITE

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

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

Franchise :	aucune
Remboursement	
– soins préventifs :	80 %
– soins de base :	80 %
– soins majeurs :	50 %
Maximum par personne assurée	
– Soins préventifs et soins de base :	2 000 \$ par année civile
– Soins majeurs :	2 000 \$ par année civile

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

Les frais sont remboursés selon le guide des tarifs des chirurgiens dentistes de l'année précédant de 2 ans l'année courante ou, le cas échéant, selon le Guide des tarifs de l'Association des hygiénistes dentaires de l'année précédant de 2 ans l'année courante, sous réserve de toute limite indiquée à la garantie Assurance soins dentaires. S'il n'y a pas de guide des tarifs pour l'année de référence, l'assureur déterminera la base de remboursement en apportant un ajustement inflationniste au dernier guide en vigueur.

Terminaison :

Cette garantie se termine à la retraite du participant.

LA PARTICIPATION À CETTE GARANTIE EST OBLIGATOIRE POUR LES PARTICIPANTS.

LA PARTICIPATION À CETTE GARANTIE EST FACULTATIVE POUR LES PERSONNES À CHARGE.

CONDITIONS GÉNÉRALES

DÉFINITIONS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONDITIONS GÉNÉRALES

Participant : Tout employé admis à l'assurance.

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

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

a) Conjoint

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

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

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

b) Enfant

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

- i) Être âgé de moins de 18 ans; ou
- ii) Être âgé de moins de 26 ans et fréquenter à temps plein une institution d'enseignement reconnue; ou
- iii) Avoir un handicap mental ou physique et être incapable de gagner sa vie en raison de ce handicap, pourvu que le handicap en question se soit déclaré lorsqu'il était enfant tel que défini en vertu de i) ou ii).

CONDITIONS GÉNÉRALES

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

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

MODIFICATION AUX RÉGIMES GOUVERNEMENTAUX

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

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

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

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

CONDITIONS GÉNÉRALES

INCONTESTABILITÉ

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

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

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

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

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

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

MONNAIE LÉGALE

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

CONDITIONS GÉNÉRALES

ASSURANCE CHEZ UN TIERS

Un Participant admissible à l'Assurance soins dentaire et dont le conjoint bénéficie d'une assurance comparable peut renoncer à telle assurance qui lui est offerte en vertu de la police collective.

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 police collective, ces personnes dont l'assurance a pris fin.

La demande doit être faite dans les 31 jours suivant la cessation de l'assurance en vertu de la police du conjoint et l'assurance en vertu de la police collective entrera en vigueur le jour suivant la date de cessation de l'assurance en vertu de la police du conjoint.

ADMISSIBILITÉ

Employé

- a) Est admissible à la garantie d'Assurance soins dentaires
 - i) l'enseignant à temps plein;
 - ii) l'enseignant à temps partiel.
- b) L'admissibilité d'un employé débute :
 - i) à la date de prise d'effet du présent contrat s'il est à l'emploi d'une commission scolaire à cette date;
 - ii) dans tous les autres cas, à la date spécifiée au Tableau sommaire, le cas échéant.

Personnes à charge

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

CONDITIONS GÉNÉRALES

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

PARTICIPATION

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

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

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

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

CONDITIONS GÉNÉRALES

d'Assurance soins dentaires, l'assureur ne peut être tenu responsable du paiement des prestations qui pourraient être payables par l'assureur précédent en vertu d'une clause de prolongation, de transformation ou autrement;

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

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

- c) Tout enseignant à temps plein peut assurer ses enfants à charge, ou son conjoint et ses enfants à charge pour la garantie d'Assurance soins dentaires.
- d) Tout enseignant à temps partiel peut assurer ses enfants à charge ou son conjoint et ses enfants à charge pour la garantie d'Assurance soins dentaires du présent régime.

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

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

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

CONDITIONS GÉNÉRALES

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

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

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

FIN DE L'ASSURANCE

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

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

CONDITIONS GÉNÉRALES

- L'assurance de toute personne à charge se termine à 0 h 00, à la première des dates suivantes :
 - a) La date de terminaison de la garantie concernée ou du présent contrat;
 - b) La date de terminaison de l'assurance du participant dont elle est à charge;
 - c) La date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge aux termes du présent contrat;
 - d) La date à laquelle elle cesse de résider à temps plein au Canada;
 - e) La date à laquelle elle cesse d'être assuré par le régime d'assurance-maladie de sa province de résidence;
 - f) Le premier jour du mois qui suit la date de réception par l'employeur d'un avis écrit du participant avec personnes à charge qui demande de s'assurer sans personne à charge.

INTERRUPTION DE L'ASSURANCE D'UN PARTICIPANT

- a) Dans le cas d'absence temporaire sans rémunération prévue à l'entente, la participation est suspendue pour la durée de l'absence et reprend automatiquement dès le retour au travail effectif avec rémunération. Cependant, le participant peut maintenir en vigueur sa participation à toutes les garanties, en payant lui-même, par l'intermédiaire de l'employeur, la prime totale prévue au présent contrat conformément à la situation prévalant avant le début de cette absence temporaire sans rémunération.
- b) Dans le cas d'absence temporaire avec rémunération, la participation est maintenue pour toutes les garanties.
- c) Dans le cas où un participant est congédié et que le congédiement est contesté par voie de grief ou de recours à l'arbitrage au sens du code du travail, le participant peut maintenir en vigueur l'assurance prévue par les garanties auxquelles il participait conformément à la situation prévalant avant le début du congédiement contesté, en

CONDITIONS GÉNÉRALES

payant lui-même, par l'intermédiaire de l'employeur, la prime totale prévue au contrat jusqu'à ce que la décision soit rendue.

- d) Le participant qui ne se prévaut pas des dispositions de la présente clause permettant le maintien de l'assurance dès le début de son absence temporaire sans rémunération ne peut le faire plus tard au cours de cette absence.
- e) Si l'assurance est maintenue, une invalidité débutant pendant une interruption temporaire de travail est considérée comme ayant débuté à la date à laquelle le participant doit normalement être de retour au travail.

DEMANDE DE RÈGLEMENT ET DÉLAI

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

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

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

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

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

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

CONDITIONS GÉNÉRALES

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

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

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

DROIT DE L'ASSUREUR DE FAIRE EXAMINER UN DEMANDEUR

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

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

PAIEMENT DES PRESTATIONS

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

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

SUBROGATION

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

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

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

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

CONDITIONS GÉNÉRALES

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

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

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

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

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

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

CONDITIONS GÉNÉRALES

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

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

RESTRICTIONS RELATIVES AUX ACTIONS EN JUSTICE

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

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

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

L'assureur s'engage à rembourser les frais de la personne assurée pour les soins dentaires engagés alors que la personne assurée était couverte par la présente garantie, sous réserve des conditions et modalités de la présente garantie et de la police collective.

DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

Généraliste : Un dentiste licencié qui exerce sans spécialité à l'intérieur de sa profession.

Spécialiste : Une personne spécialisée dans une des branches de la médecine dentaire et légalement licenciée par l'organisme provincial responsable.

Denturologiste : Une personne dûment autorisée par l'organisme provincial responsable à vendre et ajuster des prothèses dentaires.

Frais engagés : Les frais qui correspondent à un acte professionnel déjà posé. Les frais ne sont considérés comme étant engagés qu'une fois le traitement effectué, même si un programme de traitement a été soumis à l'assureur et approuvé par ce dernier.

Dans le cas de prothèses dentaires, les frais ne sont considérés comme étant engagés qu'une fois la mise en place effectuée.

Hygiéniste dentaire : Une personne dûment autorisée par l'organisme provincial responsable à travailler à titre de praticien spécialisé dans le nettoyage des dents et qui renseigne le patient sur les soins d'hygiène nécessaires à une bonne santé buccodentaire.

FRAIS DENTAIRES

Les frais couverts sont les frais engagés pour les soins donnés par le généraliste ou recommandés par le généraliste et donnés par le spécialiste ou donnés par l'hygiéniste dentaire. Seuls sont couverts les frais engagés lorsque

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

le contrat est en vigueur. Les frais engagés au Canada sont limités au tarif normal suggéré pour un généraliste de la province où ces traitements sont donnés.

Les frais engagés pour les soins donnés par le denturologiste sont limités au tarif normal suggéré pour un denturologiste de la province où ces traitements sont donnés.

Les frais engagés à l'étranger sont limités au tarif normal suggéré pour un généraliste de la province de résidence du participant.

Ces frais sont remboursés selon le tarif de l'année qui est indiquée au Tableau sommaire.

Les frais dentaires suivants sont couverts, s'il en est fait mention au Tableau sommaire :

Soins préventifs

- a) Examens et diagnostics
 - i) examen buccal : un tous les 3 ans
 - ii) examen de rappel : un tous les 6 mois
 - iii) examen buccal d'urgence
 - iv) examen d'un aspect particulier

- b) Radiographies
 - i) intra-oraux - périapicales : une série complète tous les 3 ans
 - ii) intra-oraux - occlusales
 - iii) intra-oraux - interproximales
 - iv) extra-oraux
 - v) sialographies
 - vi) pellicule panoramique : une tous les 3 ans
 - vii) substances radiopaques
 - viii) céphalométriques

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

- c) Tests et examens de laboratoire
 - i) culture microbiologique
 - ii) biopsie des tissus buccaux mous
 - iii) biopsie des tissus buccaux durs
 - iv) examen cytologique
 - v) test de vitalité
 - vi) test de susceptibilité à la carie
 - vii) modèle de diagnostic non monté
 - viii) consultation
- d) Services préventifs
 - i) polissage de la partie coronaire des dents (prophylaxie) : 2 traitements par période de 12 mois
 - ii) application topique de fluorure
 - iii) instruction initiale d'hygiène buccale
- e) Appareils de maintien pour les personnes âgées de moins de 16 ans

Soins de base

- a) Soins de base
 - i) finition des obturations
 - ii) scellant de puits et fissures
 - iii) contrôle de la carie
 - iv) meulage interproximal des dents
 - v) odontotomie prophylactique
- b) Restaurations
 - i) restauration en amalgame
 - ii) restauration en composite

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

- iii) tenons de rétention
 - iv) couronne en acier inoxydable préfabriqué
 - v) couronne en polycarbonate
- c) Endodontie
- i) coiffage de pulpe
 - ii) pulpotomie (à l'exception de la restauration finale)
 - iii) pulpotomie d'urgence
 - iv) traumatisme endodontique
 - v) traitement de canal
 - vi) chirurgie endodontique
 - vii) apexification
 - viii) préparation de la dent en vue d'un traitement
 - ix) blanchiment (première visite)
 - x) hémisection
- d) Parodontie
- i) chirurgie parodontale
 - ii) jumelage provisoire
 - iii) appareil parodontal (pour contrôler le bruxisme)
 - iv) services parodontaux complémentaires
- Les lissages (surfaçages) radiculaires ainsi que les curetages sont couverts jusqu'à concurrence d'un maximum de 3 sextants ou 2 quadrants ou jusqu'à concurrence de 14 dents par année civile. Ils doivent être effectués en entier par le dentiste et ne sont couverts que dans les cas où le sondage des poches parodontales indique 4 mm et plus. Dans tous les cas, les radiographies pertinentes et une charte parodontale doivent être soumises.
- e) Prothèses amovibles
- i) ajustements

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

- ii) réparations
- iii) rebasage et regarnissage
- iv) nettoyage et polissage

- f) Chirurgie buccale
 - i) ablation de dents ayant fait éruption (sans complication)
 - ii) ablation chirurgicale (complexe)
 - iii) ablation de tumeurs ou de kystes
 - iv) alvéoloplastie
 - v) ostéoplastie
 - vi) tubéroplastie
 - vii) ablation de tissu hyperplasique
 - viii) ablation de surplus de muqueuse
 - ix) incision et drainage
 - x) fracture de la mandibule (réduction)
 - xi) fracture simple du maxillaire (réduction)
 - xii) fracture de l'os alvéolaire
 - xiii) réparation d'une lacération de tissu mou
 - xiv) lacération de part en part
 - xv) frenectomie
 - xvi) dislocation de la mandibule
 - xvii) traitement de la glande salivaire
 - xviii) lavage de l'antrum par voie nasale
 - xix) fermeture d'une fistule oroantrale
 - xx) contrôle d'hémorragie
 - xxi) traitement postchirurgical

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

- g) Services généraux complémentaires
 - i) anesthésie (en corrélation avec de la chirurgie)

Soins majeurs

- a) Prothèses amovibles
 - i) prothèses complètes
 - ii) prothèses partielles
- b) Prothèses fixes
 - i) couronne
 - ii) corps coulé
 - iii) pontique
 - iv) pont papillon
 - v) piliers

Les prothèses initiales amovibles ou fixes sont couvertes à la condition d'être requises suite à l'extraction de dents alors que la personne était assurée en vertu d'une garantie similaire.

Le remplacement de prothèses amovibles ou fixes est couvert s'il est rendu nécessaire pour l'une des raisons suivantes :

- l'extraction de dents naturelles alors que la personne était assurée en vertu d'une garantie similaire;
- la prothèse existe depuis au moins 5 ans et ne peut plus être utilisée;
- le remplacement d'une prothèse temporaire moins de 12 mois après son installation.

Toutefois, l'assurance ne couvre en aucun cas le remplacement de prothèses perdues ou volées.

- c) Restaurations
 - i) aurification (si aucune autre substance n'est appropriée)

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

- ii) incrustation (coiffe métallique)
- iii) incrustation en porcelaine (si aucune autre substance n'est appropriée)
- d) Autres services de restauration
 - i) pivot préfabriqué
 - ii) recimentation d'incrustation ou de couronne
 - iii) ablation d'incrustation ou de couronne
- e) Appareils de maintien (en cas de perte de dents primaires)
 - i) couronne en acier
- f) Implants

Tous les services et soins reliés aux implants sont couverts. Ils comprennent, sans toutefois s'y limiter :

 - i) l'examen et le diagnostic
 - ii) l'installation chirurgicale des implants
 - iii) la réimplantation chirurgicale
 - iv) la mise en place de l'attache
 - v) les soins postopératoires
 - vi) la mise en place d'un tenon prothétique et d'une couronne sur l'implant
 - vii) les frais de laboratoire

Si des frais de laboratoire s'appliquent à l'un des procédés des soins majeurs, ces frais sont limités à 60 % des honoraires établis pour ce procédé.

EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS

- a) La présente garantie ne couvre pas les frais :
 - i) pour tout traitement ou appareil visant à corriger la dimension verticale, ou toute dysfonction du joint temporo-mandibulaire;

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

- ii) pour les soins dentaires couverts en vertu de la garantie d'assurance maladie complémentaire, si cette garantie fait partie du présent contrat, ou en vertu de tout autre contrat d'assurance collective;
 - iii) pour les services et fournitures relatifs au port d'un appareil dans l'exercice d'un sport;
 - iv) qui sont payables ou remboursables en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou qui habituellement l'auraient été si une demande de règlement avait été soumise;
 - v) pour les services et fournitures qui résultent, directement ou indirectement, de toute blessure que la personne assurée s'inflige, sauf si les preuves médicales démontrent que la blessure est directement liée à un problème de santé mentale;
 - vi) pour les soins ou services qui résultent 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;
 - vii) pour les soins qui ne sont pas médicalement nécessaires, qui sont donnés dans un but esthétique ou qui excèdent les soins ordinaires normalement donnés en conformité avec les usages courants de la thérapeutique;
 - viii) 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.
 - ix) pour les implants et les services reliés aux implants tels que, sans toutefois s'y limiter, les services chirurgicaux, sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;
- b) Le montant de la prestation est diminué de toute prestation payable ou remboursable en vertu d'un régime gouvernemental, collectif ou individuel, ou qui habituellement l'aurait été si une demande de règlement avait été soumise.
- c) Programme de traitement - S'il est prévu que le coût total du traitement dépasse 600 \$, un programme de traitement doit être soumis à

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

l'assureur qui déterminera, avant le début du traitement, le montant des frais couverts.

Par programme de traitement, on entend une description écrite des traitements nécessaires, selon l'opinion du dentiste, ainsi que les radiographies à l'appui de cette opinion, la date probable et le coût prévu de ces traitements.

MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Preuves

Avant d'effectuer un remboursement, l'assureur peut exiger comme preuve à l'appui, sans aucuns frais de sa part, un diagramme complet montrant l'état de la dentition de la personne assurée avant le début des traitements pour lesquels une demande d'indemnité est faite. L'assureur peut aussi, s'il le juge nécessaire, exiger les rapports de laboratoire ou d'hôpital, radiographies, plâtres, moules ou modèles à des fins d'étude ou autres preuves semblables.

Autre programme de traitement

S'il existe plus d'un type de traitement pour la condition dentaire de la personne assurée, l'assureur rembourse le traitement le moins dispendieux qui donnera un résultat professionnel adéquat compte tenu de la condition de la personne assurée.

CALCUL DU REMBOURSEMENT

Remboursement

L'assureur rembourse un certain pourcentage des frais couverts qui ont été engagés au cours d'une année civile, après avoir déduit la franchise applicable à cette année-là, le cas échéant. Ce pourcentage est indiqué au Tableau sommaire.

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

Maximum par personne assurée

Le maximum global que rembourse l'assureur pour la présente garantie est indiqué au Tableau sommaire.

Pour toute personne qui devient assurée plus de 31 jours après la date d'admissibilité (adhésion tardive), le remboursement de tous les frais dentaires est limité à 200 \$ par personne au cours des 12 premiers mois d'assurance.

Coordination des prestations

Si la personne assurée est admissible à recevoir des prestations en vertu de la présente garantie et de toute autre garantie couvrant des frais pour soins, services ou fournitures qui ont été engagés pour des soins ou des traitements dentaires ou découlant de ceux-ci, les prestations seront coordonnées de façon à ne pas excéder les frais réellement engagés. L'expression «garantie» désigne toute garantie qui prévoit des prestations pour soins, services ou fournitures en vertu :

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

PRESTATION DE SURVIVANT

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

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

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

PROLONGATION DES PRESTATIONS

Si l'assurance en vertu de la présente garantie se termine, les frais couverts engagés après la date de terminaison ne sont pas payables, même si un programme de traitement avait été déposé et les prestations approuvées par l'assureur, sauf si le traitement dentaire est effectué dans les 31 jours suivant la date de terminaison de la garantie et qu'à la date de terminaison,

- a) l'impression pour des prothèses complètes ou partielles a été prise, mais les prothèses n'ont pas encore été installées; ou
- b) la dent a été préparée pour des ponts fixes, des couronnes, des incrustations, des oppositions ou des aurifications; ou
- c) la chambre pulpaire a été ouverte en vue d'un traitement radiculaire.

DROIT DE TRANSFORMATION

Le participant dont l'assurance soins dentaires est résiliée en raison de la terminaison de :

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

peut transformer sa garantie d'assurance soins dentaires en un contrat d'assurance soins dentaires individuelle sans avoir à fournir des preuves d'assurabilité à l'assureur, à condition qu'il transforme également son assurance maladie complémentaire. Si l'assurance maladie complémentaire n'est pas convertie, le participant ne pourra convertir son assurance soins dentaires.

Le contrat d'assurance soins dentaires 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 soins dentaires individuelle dans un délai de 60 jours suivant la date de terminaison de son assurance en vertu de la police collective. Si aucune demande n'est présentée et aucune prime n'est payée dans un tel délai de 60 jours, le participant ne pourra être assuré en vertu du contrat d'assurance soins dentaires individuelle.

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

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

EXONÉRATION DES PRIMES

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

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

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

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.

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

NOTES