ASSURANCE COLLECTIVE

VOTRE LIVRET D'ASSURANCE COLLECTIVE

iA Groupe financier

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

Titulaire du régime :	***L'ASSOCIATION PROVINCIALE DES ENSEIGNANTES ET ENSEIGNANTS DU QUÉBEC***
N° de police :	***97 000-B / 97 001***

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

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

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

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

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

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

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

TABLE DES MATIÈRES

	Page
INTRODUCTION	1
TABLEAU SOMMAIRE	4
CONDITIONS GÉNÉRALES	15
ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT	29
ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DU PARTICIPANT	30
ASSURANCE VIE DU CONJOINT	31
ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE	32
ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE	52
COPIE DU CONTRAT ET DES DOCUMENTS D'ADHÉSION	59
PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	60
ANNEXE – ASSURANCE FACULTATIVE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT	61

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 retraité 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 à titre de retraitée ou retraité, vous devez remplir le formulaire *Demande de participation F54-018(17)* en désignant les garanties désirées et le transmettre à l'APEQ. Ce formulaire est disponible auprès de votre association ou de l'Industrielle Alliance.

Modification à votre couverture

Toute demande de modification à votre couverture doit être transmise à l'APEQ au moyen du formulaire *Demande de participation F54-018(17)*. Ce formulaire est disponible auprès de votre association ou de l'Industrielle Alliance.

Demande de règlement

- **Assurance vie**

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

- **Assurance maladie**

Médicaments : Présentez au pharmacien votre carte de médicaments; les renseignements requis pour traiter votre demande de règlement nous seront transmis électroniquement. Si ce service de paiement n'est pas offert dans votre région, veuillez remplir le formulaire *Demande de règlement F54-326 (16)* disponible auprès de l'APEQ ou de l'Industrielle Alliance.

Autres frais : Veuillez remplir le formulaire *Demande de règlement F54-326 (16)* disponible auprès de l'APEQ ou l'Industrielle Alliance.

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 l'APEQ ou avec l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.

Service de l'administration

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

1 866 585-8843

Service des règlements

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

1 866 585-8843

TABLEAU SOMMAIRE

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

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

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

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

Les participants sont assurés selon la catégorie ci-dessous :

Catégorie

Enseignantes et enseignants retraités

CONDITIONS GÉNÉRALES

DATE D'ADMISSIBILITÉ

Un retraité 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 de la police collective, s'il est alors un retraité;

ou

b) à la date à laquelle il obtient un statut de retraité.

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 65e anniversaire de naissance du participant.

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT

Capital assuré

10 000 $

Réduction et terminaison :

Cette garantie ne comporte aucune réduction en fonction de l'âge du participant et se termine le 1er janvier qui coïncide avec ou qui suit le 75e anniversaire de naissance du participant.

LA PARTICIPATION À CETTE GARANTIE EST FACULTATIVE.

ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DU PARTICIPANT

Capital assuré

25 000 $ (Si le participant est assuré pour 50 000 $ et plus immédiatement avant la retraite)

ou

50 000 $ (Si le participant est assuré pour 75 000 $ et plus immédiatement avant la retraite)

Terminaison :

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

LA PARTICIPATION À CETTE GARANTIE EST FACULTATIVE.

ASSURANCE VIE DU CONJOINT

Capital assuré

5 000 $

Terminaison :

Cette garantie se termine le 1er janvier qui suit ou coïncide avec le 75e anniversaire de naissance du participant.

LA PARTICIPATION À CETTE GARANTIE EST FACULTATIVE.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

FRAIS D'HOSPITALISATION DANS LA PROVINCE DE RÉSIDENCE

Franchise :	Remboursement :	Maximum quotidien :
aucune	100 %	chambre semi-privée, limite de 90 jours par période d'invalidité

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

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

TOUS LES AUTRES FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS AU CANADA

Franchise

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

Remboursement

– médicaments :	80 % des premiers 8 200 $ (pour l'année 2025) * par certificat et 100 % de l'excédent

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

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

** Ce montant est indexé de 200 $ au 1er janvier de chaque année.*

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

Celle stipulée en vertu de la Loi sur l'assurance-médicaments (L.R.Q., chapitre A-29.01). La contribution maximale du participant comprendra également les sommes que celui-ci paie à titre de franchise ou de coassurance pour ses enfants à charge, le cas échéant.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

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

Terminaison :

Cette garantie ne comporte aucune cessation.

LA PARTICIPATION À CETTE GARANTIE EST OBLIGATOIRE POUR LES RETRAITÉS DE MOINS DE 65 ANS, ET FACULTATIVE POUR LES RETRAITÉS DE 65 ANS ET PLUS.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Frais médicaux

Frais couverts	Maximums par Personne assurée
Tous les frais couverts en vertu de l'article «Frais médicaux engagés au Canada» de la garantie Assurance maladie complémentaire, autres que ceux indiqués ci-après	Illimité.
Vaccins de nature préventive	500 $ par année civile. **Ces frais sont assujettis à la franchise et au pourcentage de remboursement des médicaments.**
Honoraires d'infirmiers	500 $ par jour, maximum de 10 000 $ par année civile.
Frais pour régions éloignées (frais de déplacement)	100 $ par jour, 500 $ par année civile. **Ces frais sont remboursés à 100 %.**
Prothèses mammaires	300 $ par 24 mois consécutifs.
Bas de contention	3 paires par année civile.
Séjour dans une maison de réadaptation ou une maison de convalescence	Tarif d'une chambre semi-privée, maximum de 90 jours par période d'invalidité, incluant l'hospitalisation. **Ces frais ne comportent aucune franchise et sont remboursés à 100 %.**

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Frais médicaux (suite)

Frais couverts	Maximums par Personne assurée
Frais d'analyses de laboratoire, d'électrocardiogrammes, d'électroencéphalogrammes, d'échographies de clarté nucale, de tests de dépistage prénataux, de traitements par radiation, de programmes de diagnostic gastro-intestinal et de radiographies faits dans un établissement commercial ou une clinique privée	**Ces frais sont remboursés à 50 % des premiers 500 $ de frais admissibles engagés dans une année civile et à 75 % des 1 500 $ suivants**.
Lunettes à la suite d'une opération de la cataracte	1 000 $ par paire de lunettes.
Lentilles cornéennes ou lentilles intra-oculaires à la suite d'une opération de la cataracte	500 $ par œil à vie.
Prothèses capillaires	500 $ par année civile.
Injections sclérosantes	20 $ par visite.
Cannabis à des fins médicales	500 $ par année civile.
Honoraires paramédicaux d'un physiothérapeute et d'un thérapeute en réadaptation physique	Maximum combiné de 500 $ par année civile pour l'ensemble de ces professionnels. Un (1) traitement par jour.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Frais médicaux (suite)

Frais couverts	Maximums par Personne assurée
Honoraires paramédicaux d'un orthophoniste, d'un audiologiste et d'un ergothérapeute	Illimité. Un (1) traitement par jour.
Honoraires paramédicaux d'un chiropraticien, d'un ostéopathe, d'un podiatre (podologue *), d'un diététiste et d'un acupuncteur * *en Ontario et Saskatchewan seulement*	Maximum combiné de 500 $ par année civile pour l'ensemble de ces professionnels. Un (1) traitement par jour.
Honoraires paramédicaux d'un psychologue (y compris les services de psychanalyse), d'un psychiatre, d'un psychothérapeute, d'un travailleur social et d'un conseiller en orientation	Maximum combiné de 1 000 $ par année civile pour l'ensemble de ces professionnels. **Ces frais sont remboursés à 50 %.**
Appareils de contrôle liés au diabète	Un (1) appareil à vie.
Cure de désintoxication d'alcoolisme et toxicomanie (participant seulement)	175 $ par jour, 35 jours par cure. Une (1) cure à vie. **Ces frais sont remboursés à 100 %.**

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Frais médicaux (suite)

Frais couverts	Maximums par Personne assurée
Examens de la vue et frais oculaires	Examens de la vue, lunettes (verres correcteurs et monture) ou lentilles cornéennes jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de 200 $ ou en excédent de ce montant pour des lentilles cornéennes, si médicalement nécessaires et achetées suite à une intervention chirurgicale et si l'achat est effectué dans les 12 mois de la date d'intervention. Un seul de ces maximums s'applique par période de 24 mois consécutifs. **Les frais sont sujets à la franchise.**

CONDITIONS GÉNÉRALES

DÉFINITIONS

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

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

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

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

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

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

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

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.

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

Médecin : Tout médecin légalement autorisé à pratiquer la médecine.

Participant : Tout retraité 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).

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.

Toutefois, si un retraité ne réside plus au Canada, seules les garanties Assurance vie du participant, Assurance vie additionnelle et Assurance vie des personnes à charge seront maintenues en vigueur.

Retraité : Une personne qui, le jour précédant la date de sa retraite, répond à la définition d'*employé* prévue au présent régime.

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

MODIFICATION AUX RÉGIMES GOUVERNEMENTAUX

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

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

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

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

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

INCONTESTABILITÉ

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

a) l'assurance en vertu de la police collective ou d'une garantie pour un participant ou une personne à charge; ou

b) l'augmentation, l'ajout ou la modification dans telle assurance pour un participant ou une personne à charge;

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

a) 2 ans après la date de prise d'effet de l'assurance ou de la garantie pour laquelle les preuves d'assurabilité ont été fournies; ou

b) 2 ans après la date de prise d'effet de l'augmentation, de l'ajout ou de la modification de l'assurance; ou

c) 2 ans après la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de l'assurance.

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

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

MONNAIE LÉGALE

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

ASSURANCE CHEZ UN TIERS

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

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

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

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

ADMISSIBILITÉ

Retraité

Le retraité membre de l'APEQ est admissible à la garantie d'Assurance maladie complémentaire et à la garantie d'Assurance vie s'il participe à ces garanties le jour précédant la date de sa retraite.

Personnes à charge

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

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

PARTICIPATION À LA GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

La participation à cette garantie est facultative pour tout employé retraité membre de l'APEQ qui prend sa retraite avant le 1er janvier 1997, et obligatoire pour les autres participants âgés de moins de 65 ans prenant leur retraite le ou après le 1er janvier 1997. Pour ce faire, le retraité doit compléter et transmettre à l'assureur une demande à cet effet dans les 60 jours suivant la date de sa retraite.

Si la demande est reçue par l'assureur après le délai précité, ladite demande est refusée et l'assurance cesse rétroactivement à la date de la retraite de l'employé. Cependant, dans le cas d'un retraité de moins de 65 ans résident du Québec, l'assureur se verrait dans l'obligation d'accepter la demande.

Un retraité âgé de moins de 65 ans 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.

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

Tout retraité peut assurer ses enfants à charge, ou son conjoint et ses enfants à charge pour la garantie d'Assurance maladie complémentaire.

PARTICIPATION À LA GARANTIE D'ASSURANCE VIE

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

Tout retraité membre de l'APEQ peut poursuivre sa participation à cette garantie en complétant et transmettant à l'assureur une demande à cet effet dans les 60 jours suivant la date de sa retraite. Si la demande est reçue par l'assureur après le délai précité, ladite demande est refusée et l'assurance cesse rétroactivement à la date de la retraite de l'employé.

Tout retraité peut assurer son conjoint pour la garantie d'assurance vie du conjoint.

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

a) La protection d'un retraité qui soumet sa demande dans les délais prévus se poursuit à la date de sa retraite.

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

   i) la date à laquelle l'assurance du retraité prend effet, ou

   ii) la date à laquelle elles deviennent des personnes à charge du retraité, ou

   iii) la date de réception de la demande, si la personne à charge répond aux conditions du contrat.

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

a) L'assurance d'un retraité qui soumet sa demande dans les délais prévus se poursuit à la date de sa retraite.

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

   i) la date à laquelle l'assurance du retraité prend effet;

ii) la date qui correspond au premier jour du mois qui suit l'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur;

iii) la date à laquelle elle devient une personne à la charge du retraité.

FIN DE L'ASSURANCE

Assurance maladie complémentaire

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

a) La date de résiliation de la garantie ou du présent régime;

b) La date à laquelle il cesse de remplir les conditions d'admissibilité;

c) La date à laquelle il cesse de résider à temps plein au Canada;

d) La date à laquelle il cesse d'être assuré par le régime d'assurance-maladie de sa province de résidence;

e) La date à laquelle il cesse de participer selon les termes de la clause PARTICIPATION À LA GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE;

f) La date à laquelle il est incarcéré suite à la commission d'un acte criminel pour lequel il a été reconnu coupable.

Assurance vie

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

a) La date de terminaison du présent régime;

b) La date à laquelle il cesse de participer à la garantie d'assurance maladie complémentaire, sauf s'il est exempté en conformité avec la clause ADMISSIBILITÉ;

c) La date de terminaison de la garantie concernée;

d) Au décès du participant;

e) La date à laquelle le participant est incarcéré suite à la commission d'un acte criminel pour lequel il a été reconnu coupable;

f) À l'âge indiqué au Tableau sommaire.

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 régime;

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.

PROLONGATION DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE SUITE AU DÉCÈS DU RETRAITÉ

Lors du décès d'un retraité assuré, le conjoint peut maintenir sa participation et celle de ses enfants à charge aux garanties d'assurance qu'il détenait le jour précédant le décès du retraité.

Pour ce faire, le conjoint doit devenir membre de l'APEQ dans les 60 jours suivant le décès du retraité, le demeurer par la suite et payer les primes d'assurance requises.

DEMANDE DE RÈGLEMENT ET DÉLAI

- **Assurance maladie complémentaire :**

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

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

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

- **Assurance vie du participant, Assurance vie additionnelle du participant ou Assurance vie du conjoint :**

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

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

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

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

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

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

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

L'assureur conserve le droit de vérifier les demandes de règlement à toute étape, et ce, même après avoir effectué le paiement, lorsqu'il soupçonne qu'une

fraude a été commise ou qu'une fausse déclaration a été faite. Si l'assureur établit qu'un participant a, de façon intentionnelle, présenté une demande qui contient de l'information erronée ou trompeuse, l'assureur a le droit, à sa seule discrétion, d'en aviser le titulaire de la police, de refuser la demande de règlement ou d'exiger un remboursement si la demande a déjà fait l'objet d'un paiement. De plus, l'assureur aura le droit de mettre fin à la couverture complète du participant en vertu de la police 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.

BÉNÉFICIAIRE

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

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

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

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

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

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

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.

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.

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 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 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 de 2002 sur la prescription des actions,* [Ontario]; Code civil du Québec [Québec]) dans la province du participant.

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT

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

ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DU PARTICIPANT

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

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

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

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

EXCLUSION

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

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

a) l'assurance vie additionnelle est remise en vigueur; ou

b) le montant d'assurance vie additionnelle est augmenté à la demande du participant, mais uniquement pour le montant d'assurance additionnel.

ASSURANCE VIE DU CONJOINT

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

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

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

DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

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

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

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

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

Hôpital : Une institution :

a) légalement reconnue comme telle par l'organisme gouvernemental concerné;

b) destinée aux soins des patients alités; et

c) qui assure en tout temps les services de médecins et d'infirmières autorisées.

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

a) légalement reconnue comme telle; et

b) destinée aux soins des patients alités.

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

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

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

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

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

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

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

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

ASSURANCE-MÉDICAMENTS

(applicable aux résidents du Québec seulement)

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

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

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

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

Dispositions particulières pour les personnes de 65 ans et plus

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

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

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

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

Frais couverts

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

a) Les services d'exécution ou de renouvellement d'une ordonnance fournis par un pharmacien pour un médicament inclus dans la liste de la Régie ou déterminé par les règlements gouvernementaux;

b) Les médicaments inclus dans la liste de la Régie et qui sont fournis par un pharmacien sur ordonnance d'un fournisseur de soins de santé qui est légalement autorisé à prescrire des médicaments;

c) Tout médicament déterminé par les règlements gouvernementaux, lorsque prescrit en raison des états et des indications thérapeutiques indiqués dans les règlements.

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

Restrictions des quantités quant à l'exécution des ordonnances

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

HOSPITALISATION DANS LA PROVINCE DE RÉSIDENCE

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

a) La personne assurée soit confinée à l'hôpital à titre de patient hospitalisé;

b) Le type d'hébergement ait été demandé de manière spécifique par la personne assurée; et

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

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

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

a) L'urgence médicale survienne au cours des premiers 90 jours de l'absence de la personne assurée de sa province de résidence, ou si l'absence est due au fait que la personne assurée fréquente à temps plein une institution d'enseignement agréée, l'urgence de nature médicale survienne durant l'année scolaire au cours de laquelle la personne assurée était inscrite à une institution d'enseignement;

b) La personne assurée se soit absentée pour des raisons professionnelles, pour des vacances ou pour fréquenter à temps plein une institution d'enseignement agréée; et

c) Les services et l'équipement aient dû être fournis avant le retour de la personne assurée dans sa province de résidence afin de ne pas nuire à sa santé.

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

a) Les soins reçus d'un médecin;

b) L'hébergement dans un hôpital tel que prévu à l'article Hospitalisation dans la province de résidence;

c) Les services de nature médicale, les équipements et les appareils fournis lors d'une hospitalisation;

d) Le diagnostic, les services d'imagerie médicale et de laboratoire;

e) Les services paramédicaux fournis lors d'une hospitalisation;

f) Les fournitures et les services fournis en clinique externe;

g) Les médicaments;

h) Les fournitures et les appareils médicaux fournis hors de l'hôpital;

i) Le transport professionnel en ambulance de la personne assurée vers l'hôpital le plus proche qui possède l'équipement nécessaire afin de fournir le traitement médical requis.

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

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

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

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

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

a) L'état de santé de la personne assurée n'était pas stable avant que l'absence de sa province de résidence débute; et

b) L'urgence médicale résulte directement ou indirectement de cet état de santé.

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

a) L'état de santé;

b) Un traitement médical, un examen, une consultation ou une hospitalisation;

c) L'augmentation ou la détérioration de tout symptôme ou de tout problème de santé;

d) Un changement de médication ou de traitement médical;

e) Un traitement médical ou un examen médical prévu, ou pour lequel des résultats sont en attente, pour tout symptôme ou tout problème de santé;

dans une période de 90 jours précédant cette absence.

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

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

   i) Les services fournis au domicile de la personne assurée par un infirmier autorisé ou par un infirmier auxiliaire, à condition que :

      - Les services rendus soient prescrits par un médecin et approuvés au préalable par l'assureur;
      - Les services soient nécessaires du point de vue médical;
      - Les services soient de l'ordre de ceux fournis par un infirmier autorisé ou par un infirmier auxiliaire; et
      - L'infirmier autorisé ou l'infirmier auxiliaire ne possèdent aucun lien de parenté avec la personne assurée et ne demeurent pas avec elle normalement.

   ii) Service ambulancier professionnel pour le transport en cas d'urgence médicale jusqu'à l'hôpital le plus proche équipé pour fournir les traitements nécessaires ou pour le transport depuis l'hôpital, lorsque l'état de la personne assurée empêche l'utilisation

d'un autre moyen de transport. Le service ambulancier professionnel est limité au transport le plus adéquat et le moins dispendieux;

iii) Oxygène et location d'appareils en vue de son administration;

iv) Frais de déplacement, à l'exception des services ambulanciers, pour les personnes assurées devant subir un traitement médical qui ne peut pas être effectué dans leur localité, jusqu'à concurrence des maximums indiqués au Tableau sommaire;

v) Les médicaments (y compris les médicaments liés aux problèmes d'obésité) qui sont délivrés par un pharmacien et qui ne peuvent être obtenus que sur l'ordonnance d'un fournisseur de soins de santé qui est légalement autorisé à prescrire des médicaments, à l'exception des produits exclus à l'article Exclusions et réductions de la présente garantie.

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

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

Les vaccins de nature préventive.

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

Restrictions quant à l'exécution des ordonnances

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

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

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

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

Génériques forcés

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

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

i) Un médicament de relais pour le médicament d'origine considéré comme interchangeable par la loi; ou

ii) Un produit biologique ultérieur.

vi) Achat de membres artificiels et de prothèses externes ou oculaires pour perte subie en cours d'assurance;

vii) Location ou achat d'un fauteuil roulant manuel ou d'un fauteuil roulant électrique, lorsque la personne assurée n'est pas en mesure de conduire un fauteuil roulant manuel en raison d'un état médical;

viii) Location ou achat d'un lit d'hôpital à commande manuelle ou d'un lit d'hôpital à commande électrique, lorsque la personne assurée n'est pas en mesure d'utiliser un lit d'hôpital à commande manuelle en raison d'un état médical, y compris les côtés et les trapèzes pour lit;

ix) Location ou achat d'appareils d'assistance respiratoire;

x) Achat ou location d'appareils d'administration liés au diabète, d'appareils thérapeutiques et les frais d'entretien, d'ajustement et de remplacement de ces appareils, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire;

Les appareils de contrôle tels un dextromètre, un stéthoscope, un sphygmomanomètre ou autres appareils de même nature sont exclus, sauf s'ils sont spécifiés dans la présente garantie;

xi) Achat de prothèses mammaires, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire;

xii) Achat de bas de contention à compression moyenne ou forte (plus de 20 mm/hg) par suite d'insuffisance du système veineux ou lymphatique, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire;

xiii) Séjour dans un établissement de soins de santé autorisé à fournir des soins de réadaptation ou de convalescence pourvu que :

i) la personne assurée soit sous la supervision régulière d'un médecin ou d'un infirmier autorisé;

ii) le séjour ait été recommandé par un médecin;

iii) le séjour ait pour but la réadaptation ou la convalescence.

Toutefois, les frais de séjour pour des soins de réadaptation ou de convalescence en raison d'abus de drogue ou d'alcool ou de dépendance à ces substances ne sont pas remboursés;

xiv) Frais de chaussures orthopédiques et de chaussures profondes dont la nécessité a été déterminée médicalement par un professionnel de la santé qui exerce dans les limites définies par l'organisme de réglementation provincial approprié et qui ont été fabriquées sur mesure, personnalisées ou moulées sur commande pour la personne assurée par un spécialiste diplômé dans le domaine de la fabrication de chaussures orthopédiques;

xv) Frais pour des orthèses podiatriques dont la nécessité a été déterminée médicalement par un professionnel de la santé qui exerce dans les limites définies par l'organisme de réglementation provincial approprié et qui ont été conçues et fabriquées spécifiquement pour la personne assurée par un spécialiste diplômé dans le domaine de la fabrication d'orthèses podiatriques. Les orthèses podiatriques vendues dans les commerces qui n'ont pas été conçues et fabriquées pour la personne assurée ne sont pas couvertes;

xvi) Frais d'analyses de laboratoire, d'électrocardiogrammes, d'électroencéphalogrammes, d'échographies de clarté nucale, de tests de dépistage prénataux, de traitements par radiation, de programmes de diagnostic gastro-intestinal et de radiographies faits dans un établissement commercial ou une clinique privée, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire;

xvii) Achat ou location d’appareils orthopédiques avec soutien rigide; soutiens dorsaux; harnais d’épaule; licous et collets cervicaux;

xviii) Achat ou location de béquilles, à condition que ces frais soient préalablement approuvés par l'assureur, et achat de bandes herniaires, corsets orthopédiques, attelles et plâtres;

xix) Lunettes, lentilles cornéennes ou lentilles intra-oculaires à la suite d'une intervention chirurgicale pour des cataractes, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire;

xx) Achat de prothèses capillaires requises suite à une chimiothérapie ou à une alopécie totale, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire;

xxi) Les frais pour les injections sclérosantes médicalement nécessaires, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire;

xxii) Achat d'appareils de contrôle liés au diabète, sauf l'équipement lié à l'injection d'insuline tels les aiguilles, les seringues, les lancettes et le matériel pour des tests de diagnostic;

xxiii) Coût quotidien pour chambre et pension dans une clinique reconnue, située au Canada ou aux États-Unis, spécialisée en réhabilitation pour alcooliques et autres toxicomanes où le patient reçoit effectivement un traitement curatif, jusqu'à concurrence des maximums indiqués au Tableau sommaire. La clinique doit être sous le contrôle d'un médecin et sous la surveillance constante d'un(e) infirmier(ère) licencié(e). La présente garantie ne s'applique qu'au participant;

xxiv) Achat de sang et de plasma sanguin.

b) Les soins dentaires donnés hors de l'hôpital par un dentiste et rendus nécessaires par suite d'une blessure accidentelle aux dents naturelles, saines et entières, à condition que :

i) la blessure accidentelle soit survenue alors que la personne assurée était couverte par la présente garantie;

ii) les soins soient les moins dispendieux qui puissent être fournis pour un traitement professionnel adéquat;

iii) les frais ne dépassent pas le montant indiqué pour le traitement dans le barème d'honoraires provincial en vigueur pour les omnipraticiens dans la province de résidence du participant; et

iv) les soins soient reçus au cours des 6 mois qui suivent la date de la blessure accidentelle.

Les autres frais dentaires non liés à la blessure accidentelle sont exclus;

c) Les honoraires pour des soins paramédicaux donnés par l'un des praticiens énumérés au Tableau sommaire, fournis par un praticien dûment autorisé par un organisme provincial ou fédéral responsable à pratiquer sa profession dans les limites définies par les règles de cette profession.

Si les services du praticien sont couverts par le régime de soins de santé provincial, aucune protection ne sera fournie en vertu de cette garantie pour tous les montants payables pour ces services en vertu du régime provincial;

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

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

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

e) Cannabis à des fins médicales, pourvu que le cannabis soit

i) Prescrit par un médecin; et

ii) Médicalement requis; et

iii) Obtenu conformément à toutes les exigences du Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales; et

iv) Acheté après avoir été pré-autorisé par l'assureur. Pour demander la préautorisation, la personne assurée devra demander à son médecin traitant de fournir à l'assureur de l'information sur son état de santé, les traitements précédents et les raisons médicales qui le justifient.

f) Les examens de la vue sont couverts, s'il en est fait mention au Tableau sommaire, et s'ils sont encourus sur la prescription écrite d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste.

g) Les frais oculaires suivants sont couverts, s'il en est fait mention au Tableau sommaire, et s'ils sont encourus sur la prescription écrite d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste :

Lunettes (verres correcteurs et monture), excluant les lunettes de soleil ou lunettes de sécurité, ou lentilles cornéennes, au choix de la personne assurée, jusqu'à concurrence des maximums indiqués au Tableau sommaire;

Lentilles cornéennes, si médicalement nécessaires, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire, le cas échéant :

i) Pourvu que ces lentilles cornéennes soient prescrites dans le cas d'un kératocône (cornée conique) ou à la suite d'une intervention chirurgicale,

ii) Lorsqu'une correction satisfaisante de la vision ne peut être obtenue par l'usage de lunettes;

iii) Lorsque ces lentilles cornéennes sont achetées dans les 12 mois qui suivent l'intervention chirurgicale.

EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS

a) La présente garantie ne couvre pas les éléments suivants :

i) Tous les frais payables ou remboursables en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou qui habituellement l'auraient été si une demande de règlement avait été soumise;

ii) Tous les frais résultant d’une blessure ou d’une maladie ou tous frais résultant, directement ou indirectement, de toute blessure que la personne assurée s'inflige, sauf si les preuves médicales démontrent que la blessure est directement liée à un problème de santé mentale;

iii) Tous les frais résultant de toute blessure ou maladie qui résulte d'une agitation civile, d'une insurrection ou d'une guerre, que la

guerre soit déclarée ou non, de la participation à une émeute ou du service actif dans les forces armées de tout pays;

iv) Tous les frais résultant de toute blessure ou maladie qui résulte de la perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel ou de la provocation d'une agression;

v) L'intervention chirurgicale ou le traitement qui n'est pas médicalement nécessaire, qui est donné dans un but esthétique ou dans un but autre que curatif;

vi) Tous les soins ou traitements inscrits dans le cadre d'un programme de recherche et de développement de produit dont l'usage n'est pas recommandé par le fabricant ou n'est pas conforme aux normes gouvernementales;

vii) Tous les soins ou traitements pour une blessure ou une maladie qui ne sont pas reconnus d'usage courant, usuel et coutumier pour une telle blessure ou maladie;

viii) Toute la partie des frais en excédent des frais raisonnables et courants normalement engagés dans la région où les soins sont donnés, pour une blessure ou une maladie de même nature et de gravité équivalente;

ix) Les soins ou services donnés gratuitement ou qui le seraient à défaut d'assurance ou ceux qui ne sont pas à la charge de la personne assurée;

x) Les frais d’achat de services ou de fournitures ayant pour seul objet de faciliter la participation de la personne assurée dans des sports ou des activités de loisirs, et non pour des activités quotidiennes;

xi) L'examen des yeux, sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;

xii) Les frais d'achat ou de location de tout appareil de confort, de massage et d'accessoires domestiques d'usage non exclusivement médical tels les bains tourbillon, purificateurs d'air, humidificateurs, climatiseurs et autres appareils de même nature;

xiii) Les frais d'achat de suppléments alimentaires ou nutritifs;

xiv) Les produits ou médicaments suivants ne sont pas couverts :

- produits pour soins esthétiques, cosmétiques;
- produits dits naturels;
- produits servant à l'insémination artificielle;

xv) Tous les vaccins de nature préventive et l'administration de sérums, de vaccins et de médicaments injectables, sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;

xvi) Tous les contraceptifs (autres qu'oraux), sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie, ;

xvii) Tous les produits suivants, à moins qu'ils ne puissent être obtenus que sur l'ordonnance d'un fournisseur de soins de santé qui est légalement autorisé à prescrire ces médicaments et qu'ils doivent être délivrés par un pharmacien :

- produits pour l'entretien des lentilles cornéennes;
- protéines ou suppléments diététiques, acides aminés;
- aliments pour bébés;
- rince-bouches, pansements et pastilles;
- shampooings, huiles, crèmes;
- produits de toilette, y compris les savons et les émollients;
- substances adoucissantes et protectrices pour la peau;
- vitamines, suppléments vitaminiques ou multivitamines;
- minéraux;
- produits homéopathiques;
- stéroïdes anabolisants;

xviii) Toute contribution au paiement du coût des services pharmaceutiques et des médicaments que doit assumer la personne assurée en vertu du Régime général d'assurance-médicaments du Québec:

xix) Les services, fournitures, examens ou soins qui sont exigés par un tiers ou reçus collectivement;

xx) Les médicaments visant à améliorer la qualité de vie, tels que les médicaments liés aux problèmes de dysfonction érectile, sans toutefois s'y limiter;

xxi) Les soins ou traitements reliés à la fertilité ou l'infertilité;

xxii) Tous les médicaments dont la couverture est exclue par l'assureur en vertu de la disposition Restrictions quant à l'exécution des ordonnances de la présente garantie;

xxiii) Tous les médicaments sur ordonnance dispensés par une clinique ou une pharmacie non accréditée d'un hôpital ou pour les traitements ambulatoires, y compris les médicaments dits d'urgence ou de recherche;

xxiv) Tous les soins ou traitements reçus hors de la province de résidence en raison d'une situation d'urgence médicale liée (i) à une grossesse, si l'urgence médicale survient après la 32e semaine de grossesse ou (ii) au déclenchement volontaire d'un avortement;

xxv) Tout soin ou traitement qui a été prodigué par un fournisseur de soins de santé ou un fournisseur de services qui :

i) a été accusé d'avoir commis une faute professionnelle ou d'avoir eu recours à des pratiques déloyales; ou

ii) fait l'objet d'une enquête menée par un organisme officiel relativement à une loi ou à un règlement; ou

iii) fait l'objet d'une enquête menée par l'assureur relativement à sa conduite professionnelle ou à sa pratique; ou

iv) exerce une profession qui n'est pas réglementée par un organisme de réglementation fédéral ou provincial reconnu de façon officielle et compétent dans le territoire où les services ont été fournis; ou

v) selon l'avis raisonnable de l'assureur, ne satisfait pas aux standards de l'assureur relatifs à sa conduite professionnelle ou à sa pratique; ou

vi) est un employé, un entrepreneur, un dirigeant ou un membre de

– toute entreprise, tout groupe ou toute association dont il est fait mention dans les sous-paragraphes i) à v); ou

– toute entité qui est affiliée ou liée à telle entreprise, tel groupe ou telle association.

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

CALCUL DU REMBOURSEMENT

Franchise

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

Report de la franchise

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

Remboursement

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

Maximum par personne assurée

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

Coordination des prestations

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

i) Tout régime d'assurance collective, individuelle ou familiale, d'assurance voyage, d'assurance des débiteurs ou des épargnants; et

ii) Tout régime pris en charge par l'État; et

iii) Tout régime d'avantages sociaux non assuré.

PRESTATION DE SURVIVANT

Lors du décès d'un retraité assuré, le conjoint peut maintenir sa participation et celle de ses enfants à charge aux garanties d'assurance qu'il détenait le jour précédant le décès du retraité.

Pour ce faire, le conjoint doit devenir membre de l'APEQ dans les 60 jours suivant le décès du retraité, le demeurer par la suite et payer les primes d'assurance requises.

DROIT DE TRANSFORMATION

Le participant dont l'assurance en vertu de cette police est résiliée en raison de la fin de :

a) son emploi, ou

b) son appartenance au groupe,

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

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

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

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

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

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

a) La personne assurée soit couverte par la garantie Assurance maladie complémentaire au moment où survient la situation d'urgence;

b) L'urgence médicale ou l'urgence personnelle survienne au cours des premiers 90 jours de l'absence de la personne assurée de sa province de résidence, ou si l'absence est due au fait que la personne assurée fréquente à temps plein une institution d'enseignement agréée, l'urgence survienne durant l'année scolaire au cours de laquelle la personne assurée était inscrite à une institution d'enseignement; et

c) La personne assurée se soit absentée pour des raisons professionnelles, pour des vacances ou pour fréquenter à temps plein une institution d'enseignement agréée; et

d) En cas d'urgence médicale, l'urgence soit couverte en vertu de l'article Frais médicaux d'urgence engagés hors de la province de résidence de la garantie Assurance maladie complémentaire.

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

DÉFINITION

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

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

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

SERVICES D'ASSISTANCE MÉDICALE

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

a) Accès à un service téléphonique jour et nuit

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

b) Soins médicaux

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

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

c) Transport médical

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

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

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

d) Paiement des dépenses médicales et avance de fonds

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

e) Rapatriement de la dépouille mortelle

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

f) Retour des enfants à charge

- Le fournisseur de services d'assistance médicale organise le rapatriement des enfants de la personne assurée qui ont moins de 16 ans et sont privés de surveillance en raison de l'hospitalisation de la personne assurée. De plus, le fournisseur de services d'assistance médicale prend les dispositions nécessaires pour organiser et régler le transport en classe touriste des enfants accompagnés, au besoin, à leur lieu de résidence habituel. Si les billets de voyage de retour ne sont pas périmés, seul le supplément du billet de retour est pris en charge, déduction faite de la valeur des billets.

g) Retour d’une personne assurée ou d'un membre de la famille immédiate de la personne assurée

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

h) Visite d'un membre de la famille immédiate

- Le fournisseur de services d’assistance médicale organise et règle le transport aller-retour en classe touriste d'un membre de la famille immédiate à des fins de visite si la personne assurée est hospitalisée pour une durée minimum de 7 jours consécutifs et si ladite visite est bénéfique à la personne assurée, d'après l'avis du médecin traitant.

i) Frais de subsistance pour le logement et les repas

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

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

j) Retour du véhicule

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

k) Médicaments en cas d'urgence

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

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.

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 la police collective en fonction du montant dû.

COPIE DU CONTRAT ET DES DOCUMENTS D'ADHÉSION

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

PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Police nº 100004461 établie par iA Marchés spéciaux, une division de l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.

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

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

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

Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles

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

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

Majoration d'assurance pour enfants à charge

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

Décès simultanés ou rapprochés (700 000 $)

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

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

Rapatriement d'un défunt (15 000 $)

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

Formation de reclassement du conjoint (15 000 $)

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

Prestations d'études supérieures (10 000 $)

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

Services de garderie (5 000 $)

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

Majoration pour port de ceinture de sécurité

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

Hospitalisation (2 500 $))

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

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

Transport d'un membre de la famille (15 000 $)

Si un participant, son conjoint, ou un enfant à charge assuré ayant subi une blessure ouvrant droit à des indemnités en vertu de la garantie Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles est hospitalisé à au moins 150 kilomètres de son lieu de résidence, la Compagnie assume les frais effectivement engagés pour l'hébergement d'un membre de la famille immédiate ainsi que pour son transport par le parcours le plus direct entre son domicile et le lieu d'hospitalisation du participant, du conjoint ou de l'enfant hospitalisé. Si le transport se fait dans un véhicule ou un appareil qui n'est pas autorisé à transporter des passagers contre rémunération, le remboursement des frais de transport se limite à un maximum de 0,35 $ par kilomètre parcouru.

Réadaptation (15 000 $)

Si un participant subit une blessure l'obligeant à obtenir une formation spéciale pour devenir apte à exercer une profession particulière qu'il n'aurait pas exercée n'eut été cette blessure, la Compagnie assume les frais raisonnables et nécessaires engagés à cet égard, à condition qu'il s'agisse d'une blessure ouvrant droit à des indemnités en vertu de la garantie Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles.

Adaptation de domicile et de véhicule (15 000 $)

Si un participant, son conjoint ou un enfant à charge assuré subit une blessure l'obligeant à se déplacer en fauteuil roulant, la Compagnie assume les frais

engagés pour des modifications à la résidence principale de l'intéressé et/ou des modifications à un seul véhicule utilisé par cette personne, à condition qu'il s'agisse d'une blessure ouvrant droit à des indemnités en vertu de la garantie Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles.

Exonération des primes

Si un participant est frappé d'invalidité totale et que sa demande d'exonération des primes est acceptée et approuvée en vertu du contrat d'assurance vie collective, la Compagnie renonce aux primes exigibles en vertu de la police jusqu'au décès, au rétablissement ou au 65e anniversaire de l'intéressé, ou jusqu'à la date de résiliation de la police, selon ce qui se produit en premier.

Droit de transformation

Sur cessation de son emploi effectif chez le titulaire de la police, un participant peut obtenir, sans justification d'assurabilité, que son assurance accidents (et non celle de son conjoint ou de ses enfants à charge) soit transformée en police individuelle d'un capital assuré égal ou inférieur à celui en vigueur à la cessation de son emploi. La demande de transformation doit être faite dans une période de 31 jours. Les primes sont payables annuellement par anticipation.

Assurance aérienne limitée

L'assurance consentie en vertu de la présente police comprend l'indemnisation en cas de blessures subies du fait d'avoir – en qualité de passager et non en qualité de pilote ou de membre d'équipage – voyagé à bord de, monté ou descendu de, été heurté par ou forcé d'atterrir dans :

(a) tout aéronef muni d'un certificat de navigabilité valide et exploité par une personne ayant une licence de pilote en règle l'autorisant à piloter un tel aéronef, ou

(b) tout type d'aéronef de transport employé par les Forces canadiennes ou par les services de transport analogues de toute autre autorité gouvernementale dûment constituée d'un état partout dans le monde, à condition que cet aéronef ne soit pas à l'essai ou ne serve pas alors à des fins expérimentales.

Indépendamment de a) et de b) ci-dessus, la présente police exclut toute blessure subie du fait d'avoir – en qualité de passager, de pilote, d'exploitant ou de membre de l'équipage – voyagé à bord de, monté ou descendu de, été

heurté par ou forcé d'atterrir dans tout aéronef dont le Titulaire de la police est le propriétaire, l'exploitant ou le preneur à bail.

Cessation de l'assurance d'une personne assurée

L'assurance de toute personne assurée prend immédiatement fin :

A. En ce qui concerne le participant, dès : a) la date de résiliation de la présente police; b) la date d'échéance de la prime si le Titulaire de la police omet de payer la prime exigée pour un participant, sauf si c'est par inadvertance; c) la date d'échéance de la prime qui coïncide avec ou qui suit immédiatement la date du 75e anniversaire; d) la date d'échéance de la prime qui suit la date à laquelle le participant cesse d'être associé au Titulaire de la police à titre de personne admissible à l'assurance en vertu de la présente.

B. En ce qui concerne le conjoint et/ou un enfant à charge, dès : a) la date où cette personne cesse d'être admissible à l'assurance; b) la date de résiliation de l'assurance du participant.

En quel cas l'assurance est-elle sans effet?

- en cas de guerre, déclarée ou non, ou de quelque acte d'hostilité en découlant;
- en cas de service actif à temps plein au sein des forces armées de tout pays;
- en cas de suicide ou de tentative de suicide ou en cas de blessure qu'on s'est intentionnellement infligée, qu'on soit sain d'esprit ou non;
- en cas de vol en qualité de passager ou autre à bord de tout véhicule ou appareil de navigation aérienne sauf selon les dispositions prévues dans la rubrique « Assurance aérienne limitée »

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

Bénéficiaire

L'indemnité exigible en cas de décès d'un participant est versée au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) que le participant a inscrit sur sa fiche d'adhésion et qui est en dossier chez le Titulaire de la police; en l'absence d'une telle désignation de bénéficiaire par le participant, l'indemnité est versée à sa succession. Toute autre indemnité exigible, y compris à l'égard du conjoint et des enfants à charge, est versée au participant, à l'exception des indemnités exigibles en vertu des garanties suivantes :

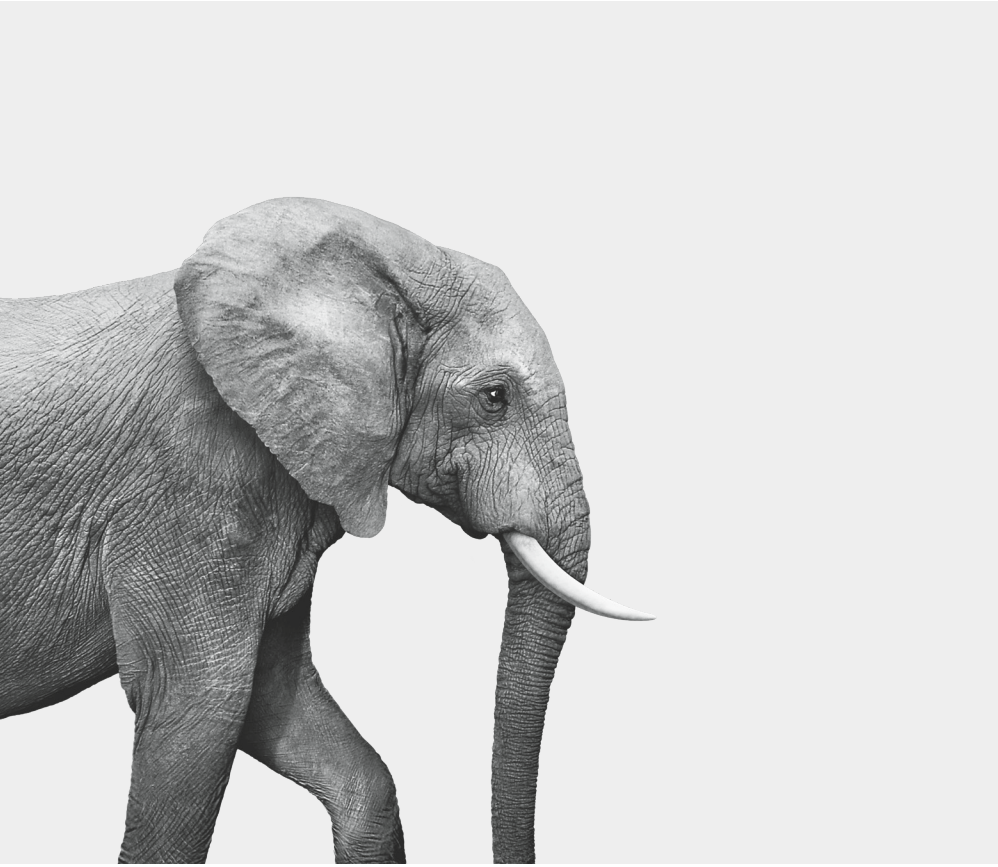
Services de garderie
Prestations d'études supérieures
Formation de reclassement du conjoint
Rapatriement d'un défunt
Transport d'un membre de la famille

Dans le cas où la police remplacerait une police en vigueur du titulaire, les renseignements au dossier concernant la désignation de bénéficiaire(s) seront supposés valides et demeureront pleinement applicables jusqu'à la réception d'une demande écrite de modification de la part de l'assuré.

Toute procédure ou démarche intentée contre l'assureur aux fins de recouvrement des prestations payables aux termes du contrat est strictement interdite à moins qu'elle n'ait été entreprise dans les délais prévus par la Loi sur les assurances ou une autre loi applicable.

Le présent aperçu n'est fourni qu'à titre d'information. Pour connaître le détail de l'assurance, veuillez consulter le contrat cadre remis au titulaire de la police et qui énonce clairement les dispositions du régime. Tout droit et toute obligation découlant de celui-ci est régi par le contrat cadre de la police établie par iA Marchés spéciaux, une division de l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. et non par le présent aperçu.

NOTES



F54-514-2(21-06)

ON S'INVESTIT, POUR VOUS.

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.

ia.ca