

**Régime d'assurance collective de la
Fédération des enseignantes et des
enseignants du Nouveau-Brunswick
offert par les fiduciaires d'assurance
collective de la FENB et administré par
Johnson Inc.**



Fiduciaires du fonds d'assurance collective en fiducie de la Fédération des enseignants du Nouveau-Brunswick

Description : Régime d'assurance collective FENB - Tous les membres non retraités et retraités

Numéros des contrats collectifs : GL et GH 11338, GH 14035, GL 17589, GH 37481, G0038602, MPP 84532

Nom du participant : _____

Numéro de certificat : _____

Bienvenue à votre programme d'avantages sociaux

Date d'effet des contrats collectifs :

Assurance-vie, assurance-vie des personnes à charge : 1er décembre 1965

Frais d'hospitalisation, Médicaments, Frais d'optique et Frais médicaux : 1er janvier 1971

Assurance-vie facultative du salarié, Assurance-vie facultative du conjoint : 1er mars 1981

Rente d'invalidité de longue durée : 1er octobre 1986

Frais dentaires : 1er janvier 1993

Médicaments à tiers payant : 1er octobre 1995

Maladies graves : 1er septembre 2011

En tant que membre, vous bénéficiez d'une sécurité, tant du point de vue médical que financier, et ce, grâce au régime d'avantages sociaux offert par les Fiduciaires du fonds d'assurance collective en fiducie de la Fédération des enseignants du Nouveau-Brunswick de concert avec la Financière Manuvie.

La présente brochure des garanties a été conçue expressément pour répondre à vos besoins. Elle vous permet d'accéder facilement à tous les renseignements dont vous avez besoin sur les garanties auxquelles vous avez droit.

Les garanties collectives comptent beaucoup, non seulement pour l'aide financière qu'elles vous procurent, mais aussi pour la sécurité qu'elles apportent à votre famille ainsi qu'à vous-même, particulièrement en cas de besoins imprévus.

L'administrateur de votre régime peut vous renseigner sur vos garanties ou vous indiquer la marche à suivre pour présenter une demande de règlement.

Brochure produite le 29 juin 2023

Table des matières

Comment utiliser votre brochure	3
Définition de termes courants en assurance	4
Pourquoi des garanties collectives?	6
L'administrateur de votre régime	6
Comment participer au régime	6
Modifications	6
Traitement des demandes de règlement	8
Désignation d'un bénéficiaire	8
Comment présenter une demande de règlement	8
Paiement des demandes de règlement - Frais d'hospitalisation, Médicaments, Frais d'optique, Médicaments à tiers payant, Frais médicaux et Frais dentaires	8
Coordination des prestations - Frais d'hospitalisation, Médicaments, Frais d'optique, Médicaments à tiers payant, Frais médicaux et Frais dentaires	9
Qui peut bénéficier de la couverture?	11
Admissibilité	11
Attestation de bonne santé	11
Adhésion tardive	12
Adhésion aux garanties	12
Date d'effet de la couverture	12
Cessation de la couverture	13
Vos avantages sociaux	14
Assurance-vie	14
Assurance-vie facultative du membre	17
Assurance-vie des personnes à charge	18
Assurance-vie facultative du conjoint	19
Frais d'hospitalisation	20
Médicaments	22
Frais d'optique	23
Frais médicaux	25
Médicaments à tiers payant	39
Frais dentaires	40
Prolongation de la couverture des survivants	47
Rente d'invalidité de longue durée	48
Garanties d'assurance maladies graves	53
Assurance maladies graves du membre	53
Assurance maladies graves facultative du membre	54
Assurance maladies graves du conjoint	54
Assurance maladies graves des enfants	55
Assurance décès et mutilations accidentels de base et facultative	58
Notes	68

Comment utiliser votre livret des garanties

Conçue pour répondre à vos besoins

La présente brochure a été conçue expressément pour répondre à VOS besoins et fournit des renseignements sur le régime d'avantages sociaux. Elle comprend :

- une table des matières détaillée vous permettant de trouver rapidement les renseignements que vous cherchez;
- une brève définition de certains termes d'assurance courants utilisés dans la présente brochure;
- une explication claire et précise de vos garanties collectives;
- les renseignements dont vous avez besoin pour présenter une demande de règlement.

Avis important

Votre garantie Médicaments à tiers payant est fournie directement par les Fiduciaires du fonds d'assurance collective en fiducie de la Fédération des enseignants du Nouveau-Brunswick. La Financière Manuvie a été engagée pour traiter et gérer les demandes de règlement que vous présentez au titre de ces garanties suivant les règles et les pratiques standard en matière d'assurance. Le versement des prestations est fonction des dispositions de la présente brochure et du régime de votre employeur.

La présente brochure a pour objectif d'expliquer dans les grandes lignes les garanties auxquelles vous avez droit à titre de membre de Fiduciaires du fonds d'assurance collective en fiducie de la Fédération des enseignants du Nouveau-Brunswick. Les renseignements qu'elle contient ne font que résumer les dispositions de la police d'assurance collective. La brochure n'est fournie qu'à titre de renseignement, ne confère aucun droit et n'impose aucune obligation. Tous les droits et obligations de Fiduciaires du fonds d'assurance collective en fiducie de la Fédération des enseignants du Nouveau-Brunswick et de la Financière Manuvie sont régis par le contrat collectif (que vous pouvez consulter en vous adressant à l'administrateur de votre régime). S'il y avait divergence entre la brochure et la police, la police aurait préséance. Aucune modification ne peut être apportée à la présente brochure, sauf par un représentant autorisé de la Financière Manuvie.

Le simple fait de posséder la présente brochure ne signifie aucunement que vous ou les personnes à votre charge êtes couverts. La police doit être en vigueur et vous devez répondre à toutes ses exigences.

Vous et chacune des personnes à votre charge couvertes avez le droit de demander une copie des documents suivants :

- la police collective,
- votre demande d'adhésion au régime, et
- toute preuve d'assurabilité que vous avez produite à l'appui de votre demande d'adhésion.

La Financière Manuvie se réserve le droit de vous facturer ces copies après votre première demande.

Nous vous recommandons de lire attentivement la présente brochure, puis de le conserver en lieu sûr avec tous vos autres documents importants.

Définition de termes courants en assurance

Affection

Modification physiologique ou structurelle d'un tissu ou d'un organe démontrable au moyen de procédures médicales standard dont, entre autres, des analyses de laboratoire et des radiographies.

Conjoint

Personne qui répond aux conditions suivantes :

- Est unie à vous par un mariage religieux ou civil, ou
 - Habite continuellement avec vous, sans être mariée avec vous, et vit avec vous une relation de couple publiquement reconnue depuis au moins 12 mois au moment de la réalisation du risque. Le terme « couple » peut ici s'appliquer à deux personnes du même sexe.

Enfant(s)

- Vos enfants célibataires (y compris les enfants adoptifs, les enfants pris en foyer d'accueil et les enfants nés d'un autre lit) qui sont âgés de moins de 21 ans et qui, pour toutes les garanties autres que la garantie Frais dentaires, sont définis comme vos personnes à charge aux termes de la Loi de l'impôt sur le revenu. Vos enfants célibataires qui étudient à temps plein et qui sont à votre charge sont admissibles jusqu'à 27 ans. Les enfants sont couverts dès la naissance.
- Tout enfant atteint d'infirmité physique ou mentale peut rester couvert au-delà de l'âge maximal s'il n'est pas à même d'occuper un emploi lui permettant de subvenir à ses besoins et si vous assurez entièrement son entretien et sa subsistance.

Franchise

Part des frais remboursables qui reste à votre charge.

Incapacité

Perte ou anomalie d'une structure corporelle ou d'une fonction physiologique ou psychologique.

Invalidité totale

Si vous n'êtes pas retraité, incapacité complète et ininterrompue de travailler et de toucher un revenu par suite d'une blessure ou d'une maladie. Cette définition ne s'applique pas à la garantie Rente d'invalidité de longue durée.

Si vous êtes à la retraite, incapacité complète et ininterrompue d'accomplir toute tâche (domestique ou autre) considérée comme normale pour une personne du même âge et du même sexe, par suite d'une maladie ou d'une blessure.

Médicament

Produit dont l'usage est approuvé par le gouvernement fédéral du Canada et auquel est attribué un code d'identification DIN.

Nécessaire du point de vue médical

Ce qui est généralement accepté et reconnu par le corps médical canadien comme efficace, approprié et essentiel pour le traitement d'une maladie ou d'une blessure, d'après les normes médicales canadiennes.

Définition de termes courants en assurance

Proche parent

Vous-même, votre conjoint ou votre enfant; votre père ou votre mère, ou le père ou la mère de votre conjoint; votre frère ou votre sœur, ou le frère ou la sœur de votre conjoint.

Remariage

L'une des unions suivantes que le conjoint survivant conclut avec une autre personne après votre décès :

- Mariage religieux ou civil.
- Union de fait où le conjoint survivant habite continuellement avec une autre personne, sans être marié avec cette dernière, et vit avec elle une relation de couple publiquement reconnue. Le terme « couple » peut ici s'appliquer à deux personnes du même sexe.

Salaire

Votre rémunération brute, à l'exclusion des gratifications, des commissions et des heures supplémentaires.

Trouble

Déséquilibre physique ou psychiatrique sur le plan fonctionnel ou structurel.

Pourquoi des garanties collectives

Les régimes offerts par le gouvernement peuvent couvrir des frais médicaux de base comme les frais d'hospitalisation et les honoraires de médecins et, en cas d'invalidité, ces régimes (par exemple : l'assurance-emploi, le Régime de pensions du Canada ou le Régime de rentes du Québec, la Loi sur l'indemnisation des accidents du travail) peuvent également offrir une certaine aide financière.

Il est bon de savoir que les régimes gouvernementaux n'offrent qu'une couverture de base et que devoir assumer des frais médicaux ou être atteint d'une invalidité peut entraîner des difficultés financières pour vous et votre famille.

Les régimes privés d'assurance-maladie et invalidité complètent les régimes gouvernementaux et peuvent offrir des garanties que ces derniers n'incluent pas, permettant ainsi à votre famille et à vous-même de jouir d'une certaine sécurité au moment où vous en avez le plus besoin.

Votre régime d'assurance collective est offert par les Fiduciaires du fonds d'assurance collective en fiducie de la Fédération des enseignants du Nouveau-Brunswick, en collaboration avec La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers.

L'administrateur de votre régime

Il incombe à l'administrateur de votre régime de veiller à ce que tous les retraités soient couverts au titre des garanties auxquelles ils ont droit. Pour ce faire, il devra verser les primes voulues, signaler les nouvelles adhésions, les cessations d'emploi et les modifications et tenir tous les dossiers à jour.

En tant que participant à ce régime, il vous appartient de fournir à l'administrateur de votre régime tous les renseignements nécessaires à la bonne marche de son travail.

L'administrateur de votre régime est Johnson Inc

Département des réclamations :

Téléphone: 1-800-442-4428

Courriel: fredericton@johnson.ca

Département d'administration:

Téléphone: 1-888-851-5500

Courriel: padminnb@johnson.ca

Veillez inscrire le nom de l'administrateur de votre régime et son numéro de téléphone dans l'espace prévu à cette fin.

Comment participer au régime

Pour participer au régime, vous devez présenter le formulaire Demande d'adhésion ou de réadhésion dont l'administrateur de votre régime possède des exemplaires.

Modifications

Afin de maintenir à jour nos renseignements sur votre couverture et celle des personnes à votre charge, il est essentiel que vous communiquiez tout changement à l'administrateur de votre régime. Il peut s'agir :

- d'un changement à la couverture des personnes à charge;
- d'un changement de bénéficiaire;
- d'un changement de nom;
- d'une demande d'adhésion à une garantie que vous avez précédemment refusée.

Pourquoi des garanties collectives?

Pour apporter de telles modifications, vous devez remplir le formulaire « Demande de modification » que vous pouvez vous procurer auprès de l'administrateur de votre régime.

Traitement des demandes de règlement

Désignation d'un bénéficiaire

La Financière Manuvie n'accepte pas de désignations de bénéficiaire pour d'autres garanties que l'assurance-vie.

Le présent régime renferme une disposition qui révoque ou limite le droit de la personne assurée par une assurance vie collective de désigner des personnes à qui ou pour qui des sommes assurées seront payables.

Comment présenter une demande de règlement

Tous les formulaires de demande de règlement, que vous pouvez vous procurer auprès de l'administrateur de votre régime, doivent être dûment remplis, signés et datés. N'oubliez pas de toujours indiquer le numéro de votre contrat collectif et de votre certificat personnel afin d'éviter que le traitement de votre demande soit retardé inutilement.

L'administrateur de votre régime peut vous aider à remplir les formulaires et vous renseigner sur le traitement des demandes et sur votre régime d'assurance collective.

Vous ne pouvez tenter aucune action en justice contre la Financière Manuvie dans les 60 jours qui suivent la production des preuves comme il est indiqué à la section Soumission des demandes de règlement. Les actions ou instances en recouvrement des sommes payables au titre du régime intentées contre la Financière Manuvie sont irrecevables sauf si elles sont intentées dans les délais prescrits par la Loi sur les assurances ou toute autre loi applicable.

Paiement des demandes de règlement - Frais d'hospitalisation, Médicaments, Frais d'optique, Médicaments à tiers payant, Frais médicaux et Frais dentaires

Paiement des demandes de règlement - Frais d'hospitalisation, Médicaments, Frais d'optique, Médicaments à tiers payant, Frais médicaux et Frais dentaires

Après avoir traité la demande de règlement, la Financière Manuvie vous fera parvenir un relevé de règlement.

La partie supérieure du relevé résume la ou les demandes de règlement présentées, et fait état de la somme retenue pour acquitter la franchise ainsi que du pourcentage de remboursement ayant servi au calcul des prestations auxquelles vous avez droit. Si vous avez des questions à propos de la somme versée, l'administrateur de votre régime pourra vous fournir des explications.

La partie inférieure du relevé constitue le chèque de remboursement, le cas échéant. Il vous suffit de le détacher en suivant le pointillé et de l'endosser pour pouvoir ainsi l'encaisser dans n'importe quelle banque à charte ou société de fiducie.

Vous devriez normalement recevoir le chèque de remboursement dans les trois semaines suivant la date de soumission de votre demande à la Financière Manuvie. Si vous n'avez rien reçu dans ce délai, veuillez communiquer avec l'administrateur de votre régime.

Traitement des demandes de règlement

Coordination des prestations - Frais d'hospitalisation, Médicaments, Frais d'optique, Médicaments à tiers payant, Frais médicaux et Frais dentaires

Si vous ou les personnes à votre charge bénéficiez d'une couverture similaire au titre d'un autre régime, la Financière Manuvie en tiendra compte lorsque viendra le temps de déterminer le montant des frais payables au titre du présent régime.

Cette méthode est connue sous le nom de « coordination des prestations ». Elle prévoit le remboursement, au titre de l'ensemble des régimes, des frais engagés pour des soins médicaux ou des soins dentaires couverts, jusqu'à concurrence de 100 % de ces frais.

Régime s'entend de

- tout autre programme d'assurance collective;
- toute autre entente prise pour couvrir les personnes d'un groupe; et
- toute assurance-voyage individuelle.

Le terme « régime » n'englobe ni l'assurance scolaire ni les régimes provinciaux.

Ordre de préséance des régimes

Divers facteurs servent à déterminer quel régime sera considéré comme étant celui de l'« assureur principal » (c'est-à-dire à qui il revient de régler en premier les frais admissibles) et quel régime relèvera de l'« assureur secondaire » (c'est-à-dire à qui il revient de régler le solde des frais admissibles).

- Si l'autre régime ne prévoit pas la coordination des prestations, il sera considéré comme celui de l'assureur principal, c'est-à-dire à qui il revient de régler en premier les frais remboursables.
- Si l'autre régime prévoit la coordination des prestations, les règles suivantes s'appliquent afin de déterminer quel est le régime de l'assureur principal.

- Frais engagés pour vous ou votre conjoint à charge :

Les prestations seront versées au titre du régime qui vous couvre, vous ou votre conjoint à charge, en tant que salarié ou participant avant le régime qui vous couvre en tant que personne à charge.

Lorsque vous ou votre conjoint êtes couverts en tant que salarié ou participant au titre de plus d'un régime, l'ordre de paiement des prestations sera déterminé comme suit :

- en premier lieu, le régime au titre duquel la personne est un membre non retraité à temps plein,
- en deuxième lieu, le régime au titre duquel la personne est un membre non retraité à temps partiel, et enfin,
- le régime au titre duquel la personne est assurée en tant que personne retraitée.

Traitement des demandes de règlement

- *Frais engagés pour un enfant à votre charge :*

Le régime qui couvre le parent dont l'anniversaire de naissance (jour et mois) survient le premier au cours de l'année civile est le régime principal. Si l'anniversaire de naissance des deux parents est le même, le régime principal est celui du parent dont la première lettre du prénom vient en premier dans l'alphabet.

Cependant, si vous et votre conjoint êtes séparés ou divorcés, l'ordre suivant s'impose :

- en premier lieu, le régime du parent ayant la garde de l'enfant,
 - en deuxième lieu, le régime du conjoint du parent ayant la garde de l'enfant (par exemple si le parent ayant la garde de l'enfant se remarie ou a un conjoint de fait, les prestations à l'égard de l'enfant à charge seront versées au titre du régime du nouveau conjoint),
 - en troisième lieu, le régime du parent n'ayant pas la garde de l'enfant, et enfin,
 - le régime du conjoint du parent n'ayant pas la garde de l'enfant (par exemple, si le parent n'ayant pas la garde de l'enfant se remarie ou a un conjoint de fait, les prestations à l'égard de l'enfant à charge seront versées au titre du régime du nouveau conjoint).
- En ce qui concerne les demandes de règlement portant sur les traitements de blessures accidentelles aux dents naturelles, les régimes de soins médicaux couvrant les traitements dentaires effectués par suite d'un accident ont préséance sur les régimes d'assurance dentaire.
 - Si les règles précédentes ne permettent pas d'établir l'ordre de préséance des régimes, les prestations seront calculées de façon proportionnelle entre les divers régimes par rapport aux sommes qui auraient été versées au titre de chaque régime comme s'il n'existait aucune clause de coordination des prestations.
 - Si la personne couverte est également couverte au titre d'une assurance-voyage individuelle, la coordination des prestations se fera conformément aux directives fournies par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes.

Soumission des demandes touchées par la coordination des prestations

Voici la marche à suivre pour la soumission des demandes où la coordination des prestations entre en jeu :

- Conformément à la section sur la détermination de l'ordre de paiement des prestations, déterminer d'abord lequel des régimes est celui de l'assureur principal et lequel est celui de l'assureur secondaire.
- Soumettre tous les formulaires de demande et les reçus originaux nécessaires à l'assureur principal.
- Conserver une photocopie de chaque reçu ou demander à l'assureur principal de vous retourner les reçus originaux une fois que votre demande aura été réglée.
- Une fois que l'assureur principal aura réglé votre demande, vous recevrez un relevé de règlement. Présentez à l'assureur secondaire ce relevé en même temps que tous les formulaires de demande et reçus nécessaires à un nouvel examen de votre demande, le cas échéant.

Qui peut bénéficier de la couverture?

Admissibilité

Pour être admissible à la couverture, vous devez :

- être un membre de la New Brunswick Teachers' Association ou de l'Association des enseignantes et des enseignants francophones du Nouveau-Brunswick,
- être un membre associé de la New Brunswick Teachers' Association ou de l'Association des enseignantes et des enseignants francophones du Nouveau-Brunswick,
- être un membre de la New Brunswick Teachers' Association, de l'Association des enseignantes et des enseignants francophones du Nouveau-Brunswick, de la Fédération des enseignants du Nouveau-Brunswick, du Fonds de fiducie d'assurance collective de la Fédération des enseignants du Nouveau-Brunswick ou de la NBTA Credit Union,

L'âge de cessation et la période probatoire peuvent varier d'une garantie à l'autre. Vous trouverez ce genre de renseignement dans la section intitulée « Vos garanties collectives ».

Les personnes à votre charge ont droit à la couverture le jour où vous y devenez admissible ou le jour où vous avez la charge d'une personne pour la première fois, selon la dernière éventualité. Toutefois, vous devez présenter une demande d'adhésion à la couverture pour vous-même afin que les personnes à votre charge soient admissibles à la couverture.

Remarque : Le terme « membre » fait référence également au membre retraité.

Attestation de bonne santé

Une attestation médicale est nécessaire pour tout montant de couverture en excédent du maximum sans attestation de bonne santé. Une attestation médicale est également nécessaire pour toute augmentation de la couverture. Toutefois, une attestation médicale n'est pas exigée pour les montants d'assurance indiqués aux garanties d'assurance maladies graves si vous choisissez l'assurance maladies graves du membre lors de la période d'adhésion initiale et demandez l'adhésion à l'assurance maladies graves facultative du membre ou l'assurance maladies graves du conjoint dans les 31 jours de la date d'admissibilité initiale. Si vous ne choisissez pas l'assurance maladies graves du membre lors de la période d'adhésion initiale, une attestation médicale sera exigée pour tout montant d'assurance maladies graves facultative du membre ou d'assurance maladies graves du conjoint.

Pour toutes les garanties, sauf la garantie Frais dentaires, une attestation médicale est également nécessaire en cas de demande d'adhésion tardive pour toute personne.

Qui peut bénéficier de la couverture?

Pour présenter une attestation médicale, remplissez le formulaire « Preuve d'assurabilité » que vous pouvez vous procurer auprès de l'administrateur de votre régime. La Financière Manuvie se réserve le droit d'exiger des attestations médicales supplémentaires.

Adhésion tardive

L'adhésion de toute personne est considérée comme tardive lorsque vous :

- présentez une demande d'adhésion à l'expiration de la période d'admissibilité de 31 jours dans le cas de l'assurance maladies graves et de 60 jours dans le cas de toutes les autres garanties; ou
- demandez la remise en vigueur d'une couverture qui avait été annulée précédemment.

Si vous voulez adhérer à certaines garanties auxquelles vous aviez renoncé parce que vous bénéficiiez d'une couverture similaire au titre du régime de votre conjoint, l'adhésion est considérée comme tardive dans les cas suivants :

- vous présentez votre demande plus de 31 jours dans le cas de l'assurance maladies graves et de 60 jours dans le cas de toutes les autres garanties après la cessation de la couverture au titre du régime de votre conjoint; ou
- vous présentez une demande et la couverture au titre du régime de votre conjoint est toujours en vigueur.

Toutefois, une attestation médicale ne sera pas exigée lorsque vous revenez d'un congé autorisé et réadhérez à la garantie rente d'invalidité de longue durée qui avait été annulée précédemment sous cette police, pourvu que vous ayez été continuellement assuré durant le congé autorisé pour la garantie rente d'invalidité de longue durée sous un plan obligatoire d'un autre employeur et réadhérez à la garantie rente d'invalidité de longue durée dans les 31 jours qui suivent la date de retour du congé autorisé.

Adhésion aux garanties

Vous devez adhérer à l'assurance-vie du membre pour être admissible à l'assurance-vie des personnes à charge.

Vous devez adhérer à l'assurance-vie facultative du membre pour être admissible à l'assurance-vie facultative du conjoint.

Si vous présentez une demande d'adhésion à les garanties Frais médicaux ou Frais dentaires, vous devez y adhérer pendant au moins 12 mois.

Date d'effet de la couverture

Lorsqu'une attestation de bonne santé n'est pas exigée, vos avantages sociaux entrent en vigueur à la date à laquelle vous y devenez admissible.

Lorsqu'une attestation de bonne santé est exigée, vos avantages sociaux entrent en vigueur le jour de votre admissibilité ou le jour où la Financière Manuvie approuve cette attestation, s'il est postérieur.

Pour toutes les garanties, sauf la garantie Frais dentaires : Tout changement à la couverture prend effet le jour où le membre y a droit et est effectivement au travail. Toutefois, le membre n'est pas tenu d'être effectivement au travail dans le cas d'un changement au titre de la clause d'Indexation de la rente de la garantie Rente d'invalidité en vigueur le 7 janvier 2019.

Qui peut bénéficier de la couverture?

La couverture des personnes à votre charge entre en vigueur le jour où ces dernières y deviennent admissibles. Par contre, si une attestation de bonne santé est exigée à leur égard, leur couverture n'entrera en vigueur que le jour où la Financière Manuvie approuvera cette attestation.

Si l'une des personnes à votre charge (sauf un nouveau-né) est hospitalisée le jour où sa couverture est censée entrer en vigueur, la couverture ne prend effet que le lendemain de sa sortie de l'hôpital. Dès que vous bénéficiez de la couverture des personnes à charge, toute nouvelle personne à charge est couverte dès la date de son admissibilité, qu'elle soit hospitalisée ou non.

La couverture des personnes à votre charge n'entrera pas en vigueur avant la date d'effet de votre couverture.

Cessation de la couverture

Votre couverture collective est résiliée à celle des dates suivantes qui survient la première :

- la date à laquelle vous cessez d'être un membre admissible;
- la date à laquelle vous vous engagez à temps plein dans les forces armées de tout pays;
- la date à laquelle le contrat collectif prend fin;
- la date à laquelle vous vous atteignez l'âge de cessation;
- la date à laquelle les cotisations exigibles sont impayées.

La couverture des personnes à votre charge prendra fin en même temps que votre propre couverture ou dès que celles-ci cesseront d'être considérées comme étant à votre charge, selon la première éventualité.

Vos avantages sociaux

Assurance-vie

Si vous décédez pendant que votre couverture est en vigueur, cette garantie procure à votre bénéficiaire un soutien financier. Si votre bénéficiaire décède avant vous ou si vous n'avez pas désigné de bénéficiaire, la prestation est versée à vos ayants droit.

La garantie

Montant d'assurance

Membres non retraités de moins de 70 ans

Membre actif et non retraité jusqu'à la fin du mois suivant le 70e anniversaire, sauf s'il a été engagé avant le 1er janvier 1982 et a opté pour un capital égal à celui de l'assurance en vigueur avant le 1er janvier 1982 : capital-décès de 50 000 \$

Membre actif non retraité jusqu'à la fin du mois suivant le 70e anniversaire engagé avant le 1er janvier 1982 et ayant opté pour un capital égal à celui de l'assurance en vigueur avant le 1er janvier 1982 : le capital-décès est fonction de l'assurance en vigueur avant cette date et correspond à 20 000 \$ ou à 30 000 \$.

Remarque : vous pouvez cependant, à une date ultérieure, demander le capital stipulé pour le membre qui n'a pas opté pour un capital égal à celui de l'assurance en vigueur avant le 1er janvier 1982.

Membres non retraités de 70 ans et plus

Membre de sexe masculin couvert par l'assurance souscrite auprès de la Great-West, compagnie d'assurance - Capital-décès égal à celui de l'assurance en vigueur immédiatement avant votre 70e anniversaire de naissance

Tout autre membre : 15 000 \$

Membres retraités de moins de 70 ans

Le membre qui, à la fin du mois suivant le 65e anniversaire le 1er janvier 2003 ou après et qui prend sa retraite avant la fin du mois suivant le 70e anniversaire continue de bénéficier d'un capital-décès égal à celui dont il bénéficiait juste avant son départ à la retraite.

Membres retraités de 70 ans et plus

15 000 \$

Cessation de l'assurance - à votre décès

Période probatoire - aucune

Désignation d'un bénéficiaire

Vous avez le droit de désigner un bénéficiaire ou de modifier votre désignation, sous réserve de la loi applicable. Vous pouvez obtenir les formulaires auprès de l'administrateur de votre régime.

Si vous n'avez pas désigné de bénéficiaire au titre de la police mais que vous l'aviez fait au titre d'une police antérieure par laquelle vous étiez couvert avant d'être couvert par la police, le dernier bénéficiaire que vous aviez désigné au titre de la police antérieure est considéré comme votre bénéficiaire au titre de la police.

Vos avantages sociaux

Vous devriez revoir votre désignation de bénéficiaire pour vous assurer qu'elle correspond à vos intentions actuelles.

Vos avantages sociaux

Présentation des demandes de règlement

Pour présenter une demande de règlement d'assurance-vie du membre, votre bénéficiaire doit remplir le formulaire « Déclaration de sinistre-décès » qu'il pourra se procurer auprès de l'administrateur de votre régime. Les documents qui doivent être soumis en même temps que le formulaire sont énumérés dans ce dernier.

Ce formulaire doit être soumis, dûment rempli, dans un délai raisonnable.

Pour présenter une demande d'exonération de la prime, vous devez remplir le formulaire « Déclaration de sinistre - Exonération de primes » dont vous pouvez vous procurer un exemplaire auprès de l'administrateur de votre régime. Votre médecin traitant doit aussi remplir une section de ce formulaire.

Exonération de la prime

Si vous devenez totalement invalide, votre assurance-vie du membre reste en vigueur sans qu'aucune prime ne soit exigible, sous réserve des conditions suivantes :

- L'invalidité commence en cours de garantie et avant votre 65e anniversaire de naissance.
- L'invalidité subsiste pendant une période minimale de six mois ou suivant la fin du congé de maladie, selon la dernière éventualité.
- Vous présentez les pièces justificatives dans un délai de 12 mois suivant le début de l'invalidité.

Effets de l'exonération de primes

L'exonération des primes d'assurance vie du salarié, une fois approuvée, commence à la date d'échéance de la prime, cette date correspondant à l'une des éventualités suivantes ou survenant après l'une des éventualités suivantes :

- six mois de la date à laquelle vous êtes devenu(e) invalide, ou
- la fin de votre congé de maladie rémunéré,

jusqu'à la plus rapprochée des éventualités suivantes :

- Cessation de votre invalidité.
- Défaut de production des pièces justificatives exigées.
- Négligence de subir l'examen de santé physique ou mentale exigé.
- Insuffisance du contrôle médical et du traitement reçu.
- Cessation normale de la couverture, comme si vous n'étiez pas invalide, sauf par suite de la résiliation du contrat.
- Votre décès.

Droit de transformation

Ne s'applique pas aux membres retraités âgés de 70 ans et plus

En cas de cessation ou de réduction de votre couverture, il se pourrait que vous ayez le droit de transformer l'assurance-vie du membre en assurance individuelle, sans avoir à présenter d'attestation de bonne santé. Vous devez faire parvenir votre demande de transformation, accompagnée de la première prime mensuelle, dans les 31 jours suivant la cessation de l'assurance-vie du membre. Si vous décédez au cours du délai de transformation de 31 jours, le capital d'assurance transformable est versé à votre bénéficiaire ou à vos ayants droit, que vous ayez ou non présenté une demande de transformation.

Pour plus de renseignements sur le droit de transformation, consultez l'administrateur de votre régime. Selon la province, des règles différentes peuvent s'appliquer.

Assurance-vie facultative du membre

Advenant votre décès pendant que l'assurance-vie facultative est en vigueur, votre bénéficiaire toucherait le capital-décès de cette assurance. Si votre bénéficiaire décède avant vous ou si vous n'avez pas désigné de bénéficiaire, la prestation est versée à vos ayants droit

La garantie

Montant d'assurance - tout multiple de 5 000 \$, sous réserve d'un capital maximal de 100 000 \$

Montant sans attestation de bonne santé - Une attestation de bonne santé est exigée pour tout montant d'assurance.

Âge de cessation - 65 ans

Période probatoire - aucune

Pour adhérer à l'assurance-vie facultative du membre, vous devez remplir la Proposition d'assurance-vie facultative que vous pouvez vous procurer auprès de l'administrateur de votre régime.

Présentation des demandes de règlement

Pour présenter une demande de règlement d'assurance-vie facultative du membre, votre bénéficiaire doit remplir le formulaire « Déclaration de sinistre - Décès » qu'il pourra se procurer auprès de l'administrateur de votre régime. Les documents qui doivent être soumis en même temps que le formulaire sont énumérés dans ce dernier.

Ce formulaire doit être soumis, dûment rempli, dans un délai raisonnable.

Exonération de la prime

Si vous êtes exonéré du paiement des primes de l'assurance-vie du membre parce que vous êtes totalement invalide, vous êtes également exonéré du paiement des primes de la présente garantie (Voir la section Assurance-vie).

Vos avantages sociaux

Droit de transformation

En cas de cessation ou de réduction de votre couverture, il se pourrait que vous ayez le droit de transformer l'assurance-vie facultative du membre en assurance individuelle, sans avoir à présenter d'attestation de bonne santé. Vous devez faire parvenir votre demande de transformation, accompagnée de la première prime mensuelle, dans les 31 jours suivant la cessation. Si vous décédez au cours du délai de transformation de 31 jours, le capital d'assurance transformable est versé à votre bénéficiaire ou à vos ayants droit, que vous ayez ou non présenté une demande de transformation.

Pour plus de renseignements sur le droit de transformation, consultez l'administrateur de votre régime. Selon la province, des règles différentes peuvent s'appliquer.

Assurance-vie des personnes à charge

Si l'une des personnes à votre charge décède pendant que l'assurance est en vigueur, le montant de cette garantie vous sera versé.

La garantie

Montant d'assurance

Membres non retraités

- 10 000 \$ pour le conjoint; 5 000 \$ pour chaque enfant à charge

Cessation - À la fin du mois du 70^e anniversaire de naissance dans le cas d'un membre non retraité; à la fin du mois du 65^e anniversaire de naissance dans le cas d'un membre retraité.

Période probatoire - aucune

Présentation des demandes de règlement

Pour présenter une demande de règlement d'assurance-vie des personnes à charge, vous devez remplir le formulaire « Déclaration de sinistre - Décès » que vous pouvez vous procurer auprès de l'administrateur de votre régime. Les documents qui doivent être soumis en même temps que le formulaire sont énumérés dans ce dernier.

Ce formulaire doit être soumis, dûment rempli, dans un délai raisonnable.

Exonération de la prime

Si vous êtes exonéré du paiement des primes de l'assurance-vie du membre parce que vous êtes totalement invalide, vous êtes également exonéré du paiement des primes de la présente garantie (Voir la section Assurance-vie du membre.)

Droit de transformation

Si l'assurance-vie de votre conjoint prend fin, il est possible que votre conjoint ait le droit de transformer cette assurance en une assurance individuelle sans avoir à soumettre d'attestation de bonne santé. La proposition d'assurance individuelle doit être remplie et la première prime versée dans les 31 jours qui suivent la résiliation de l'assurance collective. Si votre conjoint décède au cours du délai de transformation de 31 jours, le capital de l'assurance transformable vous est versé, que votre conjoint ait ou non présenté une demande de transformation.

Pour plus de renseignements sur le droit de transformation, consultez l'administrateur de votre régime. Selon la province, des règles différentes peuvent s'appliquer.

Assurance-vie facultative du conjoint

Si votre conjoint décède pendant que l'assurance-vie facultative est en vigueur, le montant de cette garantie vous sera versé.

La garantie

Conjoint - 25 % du montant de votre couverture

Montant sans attestation de bonne santé - Une attestation de bonne santé est exigée pour tout montant d'assurance.

Âge de cessation - 65 ans (âge du membre) ou décès du membre

Période probatoire - aucune

Pour adhérer à l'assurance-vie facultative du conjoint, vous devez remplir la Proposition d'assurance-vie facultative que vous pouvez vous procurer auprès de l'administrateur de votre régime. Vous devez adhérer à l'assurance-vie facultative du membre pour être admissible à l'assurance-vie facultative du conjoint.

Présentation des demandes de règlement

Pour présenter une demande de règlement d'assurance-vie facultative du conjoint, vous devez remplir le formulaire « Déclaration de sinistre - Décès » que vous pouvez vous procurer auprès de l'administrateur de votre régime. Les documents qui doivent être soumis en même temps que le formulaire sont énumérés dans ce dernier.

Ce formulaire doit être soumis, dûment rempli, dans un délai raisonnable.

Exonération de la prime

Si vous êtes exonéré du paiement des primes de l'assurance-vie du membre parce que vous êtes totalement invalide, vous êtes également exonéré du paiement des primes de la présente garantie (Voir la section Assurance-vie).

Droit de transformation

Si l'assurance-vie facultative de votre conjoint prend fin, il est possible que votre conjoint ait le droit de transformer cette assurance en une assurance individuelle sans avoir à soumettre d'attestation de bonne santé. La proposition d'assurance individuelle doit être remplie et la première prime versée dans les 31 jours qui suivent la résiliation de l'assurance collective. Si votre conjoint décède au cours du délai de transformation de 31 jours, le capital de l'assurance transformable vous est versé, que votre conjoint ait ou non présenté une demande de transformation.

Pour plus de renseignements sur le droit de transformation, consultez l'administrateur de votre régime. Selon la province, des règles différentes peuvent s'appliquer.

Frais d'hospitalisation

La garantie prévoit le remboursement des frais de séjour, que vous ou les personnes à votre charge engagez dans un hôpital agréé en excédent du tarif de salle, jusqu'à concurrence du tarif d'une chambre à deux lits, augmenté des frais modérateurs s'il y a lieu. En cas d'hospitalisation en chambre à un lit, le remboursement est basé sur le tarif de l'hôpital pour une chambre à deux lits.

La garantie prévoit le remboursement des frais de séjour, que vous ou les personnes à votre charge engagez dans un hôpital agréé en excédent du tarif d'une chambre à deux lits, jusqu'à concurrence de 10 000 \$ par période d'invalidité. La partie des frais de séjour en salle, des frais modérateurs ou des frais similaires, facturée par l'hôpital n'est pas remboursable.

Prestation maximale pour les frais engagés à l'étranger - Le montant de la prestation maximale pour l'ensemble des frais engagés à l'étranger au titre des garanties Frais d'hospitalisation Médicaments, Frais d'optique et Frais médicaux est de 1 000 000 \$ par personne sa vie durant.

Âge de cessation - 65 ans

Période probatoire - aucune

Périodes d'invalidité successives

Les périodes d'invalidité successives pour lesquelles vous avez reçu des prestations au titre de la présente garantie sont considérées comme une seule période d'invalidité, lorsqu'elles sont séparées par moins de 2 semaines de travail effectif à temps plein à votre lieu de travail habituel.

Cette clause s'applique également aux personnes à charge. Toutefois, l'intervalle entre les deux périodes d'invalidité, au cours duquel elles ne sont atteintes d'aucune invalidité, ne doit pas excéder 3 mois.

Cette clause ne s'applique pas lorsque les invalidités ne sont pas attribuables à la même cause.

Lorsque les deux invalidités sont considérées comme une même invalidité, l'indemnisation recommence immédiatement, sous réserve des prestations déjà versées.

Présentation des demandes de règlement

Pour présenter une demande de règlement en vertu de la garantie Frais d'hospitalisation, demandez à l'hôpital de remplir la section de la demande qui lui est réservée, puis de vous la remettre. Une fois que vous avez rempli la demande, veuillez l'envoyer à la Financière Manuvie.

Toutes les demandes de règlement doivent être soumises au plus tard à la fin de l'année civile suivant celle au cours de laquelle les frais ont été engagés. Cependant, à la cessation de votre couverture, toutes les demandes doivent être présentées au plus tard 90 jours après la date de cessation.

Les demandes de règlement portant sur des frais engagés à l'étranger doivent d'abord être présentées au régime provincial. Toute demande portant sur un solde impayé peut ensuite être soumise à la Financière Manuvie, accompagnée des explications de remboursement du régime provincial.

Exclusions

Aucun remboursement n'est effectué dans les cas suivants :

- Blessure directement ou indirectement attribuable à une insurrection ou une guerre, au service dans les forces armées de tout pays ou à la participation à une émeute.
- Blessure ou maladie ouvrant droit à des prestations en vertu des lois sur les accidents du travail.

- Examens demandés par un tiers.
- Voyages pour raison de santé.
- Traitement considéré par la Financière Manuvie comme ayant des fins purement esthétiques, sauf s'il est donné par suite d'un accident et commence dans les 90 jours qui suivent l'accident.
- Frais engagés pour des services, traitements ou articles
 - que la personne n'aurait pas à payer si elle n'avait pas de couverture,
 - qui sont rendus ou fournis par un proche parent ou une personne qui habite avec le patient,
 - qui sont reçus pendant le séjour à l'hôpital,
 - et qui ne sont pas indiqués dans la description des frais couverts au titre du présent régime.
- En ce qui concerne les personnes domiciliées aux États-Unis, sont également exclus les frais qui, dans le cas des personnes domiciliées au Canada, seraient pris en charge, ou couverts exclusivement, par un régime d'assurance-maladie de l'État.
- Frais payables par le régime d'assurance-maladie de l'état, même si la personne n'est pas couverte par le régime d'état. Seul est remboursable l'excédent sur les prestations qu'elle aurait normalement reçues du régime d'état si elle avait été couverte.

Prolongation de la couverture

Si vous êtes totalement invalide lorsque prend fin la garantie Frais d'hospitalisation, vous avez droit à une prolongation de cette garantie tant que subsiste l'invalidité, sous réserve d'un maximum de 90 jours. Toutefois, la couverture prend fin si vous devenez admissible à la couverture prévue par un autre régime.

Si l'une des personnes à charge couvertes est hospitalisée lors de la cessation de votre couverture, les prestations continuent d'être versées jusqu'à sa sortie de l'hôpital, sous réserve de la période maximale ci-dessus.

La prolongation de la garantie Frais d'hospitalisation prend fin dès la résiliation du contrat.

Vos avantages sociaux

Médicaments

La garantie

Prestation maximale globale - La prestation maximale pour l'ensemble des frais engagés à l'étranger au titre des garanties Médicaments, Frais d'hospitalisation, Frais d'optique et Frais médicaux est de 1 000 000 \$ par personne sa vie durant.

Franchise - aucune

Pourcentage de remboursement (Coassurance)

80 % du prix d'achat de chaque produit

Période probatoire - aucune

Frais remboursables

- Médicaments, sérums et injections qui ne sont vendus que sur ordonnance du médecin ou du dentiste, et qui sont délivrés par le pharmacien, le dentiste ou le médecin. Les produits anti-tabagisme sont couverts, sous réserve d'un maximum de 300 \$ par personne sa vie durant. Les médicaments pour le traitement de la stérilité sont couverts, à raison de 12 cycles par médicament et de deux médicaments la vie durant. La prestation maximale dans le cas des médicaments servant au traitement des dysfonctions sexuelles est de 750 \$ par personne par année civile.

Médicaments qui ne peuvent être obtenus que sur ordonnance en vertu de la loi.

- Médicaments et articles qui, sans être des produits de prescription, sont nécessaires par suite d'une colostomie, d'une caecostomie ou d'une iléostomie, ou pour le traitement de la fibrose kystique, du diabète, de la maladie de Parkinson ou d'une maladie cardiaque.
- Contraceptifs oraux, stérilets et diaphragmes.
- Médicaments de survie et antihistaminiques.

Exclusions

Aucun remboursement n'est effectué pour ce qui suit :

- Frais payables par l'État.
- Atomiseurs, appareils, prothèses, articles de premiers soins et produits diagnostiques, sauf s'ils figurent ci-dessus.
- Condoms, gelées ou appareils contraceptifs, avec ou sans ordonnance. Toutefois, les contraceptifs oraux sont remboursables.
- Vitamines (autres qu'injectables) et suppléments diététiques, que l'ordonnance soit donnée ou non pour une raison médicale, sauf si la loi fédérale ou provinciale stipule qu'ils doivent être vendus sur ordonnance.

- Médicaments Grand Public :
 - visés à l'article 10 de la Loi sur les aliments et drogues du Canada,
 - dont l'étiquette porte un numéro GP,
 - dont l'étiquette ne porte aucun code d'identification DIN.
- Produits utilisés contre la perte de cheveux.

Frais d'optique

La garantie

Prestation maximale globale - La prestation maximale pour l'ensemble des frais engagés à l'étranger au titre des garanties Frais d'optique, Frais d'hospitalisation, Médicaments et Frais médicaux est de 1 000 000 \$ par personne sa vie durant.

Franchise - aucune

Pourcentage de remboursement (Coassurance)

100 % pour les verres de contact dans le cas d'affections spéciales

100 % pour les verres de contact pliables

80 % dans le cas de tous les autres frais

Période probatoire - aucune

Frais remboursables

- Achat et ajustement de lunettes ou de lentilles cornéennes, ainsi que les réparations, ou interventions au laser visant à corriger la vue, jusqu'à concurrence d'un maximum de 350 \$ par personne par période de 12 mois consécutifs dans le cas des enfants à charge de moins de 21 ans, et de 350 \$ par période de 24 mois consécutifs dans le cas des autres personnes.
- Verres de contact prescrits dans les cas graves d'astigmatisme cornéen ou de cicatrisation de la cornée, et dans les cas de kératocône ou d'aphakie, à condition que seuls les verres de contact permettent une acuité visuelle d'au moins 20/40. La prestation maximale est de 250 \$ par personne par période de 24 mois consécutifs.
- Verres de contact pliables pour les personnes ayant subi une chirurgie de la cataracte, une fois par période de 24 mois.
- Examens de la vue, y compris les tests de réfraction, jusqu'à concurrence de 84 \$ par examen, sous réserve d'un examen par période de 12 mois consécutifs.
- Traitements reçus aux yeux par suite d'un accident corporel ou d'une maladie, à moins qu'ils ne soient déjà couverts au titre de la présente garantie.
- Soins visant la rééducation de l'œil.

Vos avantages sociaux

Les frais d'optique ne sont remboursables que s'ils sont engagés sur recommandation du médecin (y compris l'ophtalmologiste) ou de l'optométriste.

Exclusions

Aucun remboursement de frais n'est effectué pour ce qui suit :

- Blessure directement ou indirectement attribuable à une insurrection ou une guerre, au service dans les forces armées de tout pays ou à la participation à une émeute.
- Blessure ou maladie ouvrant droit à des prestations en vertu des lois sur les accidents du travail.
- Examens demandés par un tiers.
- Voyages pour raison de santé.
- Honoraires demandés par le médecin ou le dentiste pour le temps perdu en déplacements, les rendez-vous non respectés, le transport, la location d'une chambre ou pour les conseils donnés par téléphone ou par tout autre moyen de télécommunication.
- Traitement considéré par la Financière Manuvie comme ayant des fins purement esthétiques, sauf s'il est donné par suite d'un accident et commence dans les 90 jours qui suivent l'accident.
- Frais engagés pour des services, traitements ou articles
 - que la personne n'aurait pas à payer si elle n'avait pas de couverture,
 - qui sont rendus ou fournis par un proche parent ou une personne qui habite avec le patient,
 - qui sont reçus pendant le séjour à l'hôpital,
 - et qui ne sont pas indiqués dans la description des frais couverts au titre du présent régime.
- À l'étranger, les frais de séjour en salle dans un hôpital, y compris les soins ou fournitures reçus durant l'hospitalisation et les honoraires du médecin, sauf dans le cas des traitements stipulés à la section Frais remboursables de la garantie Frais médicaux - Soins reçus à l'étranger sur la recommandation d'un médecin pratiquant au Canada et Frais engagés à l'étranger. Il est entendu que les frais engagés à l'étranger par choix ne sont pas remboursables.
- Médicaments, sérums, injections ou articles non approuvés par Santé et Bien-être social Canada (Aliments et drogues), ou utilisés à des fins expérimentales ou à usage restreint, qu'ils soient approuvés ou non.
- Méthodes de traitement, ou actes médicaux encore au stade expérimental, non approuvés par l'Association médicale provinciale ou par l'association de médecins spécialistes ayant compétence en la matière.
- Frais payables par le régime d'assurance-maladie de l'état, même si la personne n'est pas couverte par le régime d'état. Seul est remboursable l'excédent sur les prestations qu'elle aurait normalement reçues du régime d'état si elle avait été couverte.

Prolongation de la couverture

Si vous êtes totalement invalide lorsque prend fin la garantie Frais médicaux, vous avez droit à une prolongation de cette garantie tant que subsiste l'invalidité, sous réserve d'un maximum de 365 jours. Toutefois, la couverture prend fin si vous devenez admissible à la couverture prévue par un autre régime.

Si l'une des personnes à charge couvertes est hospitalisée lors de la cessation de votre couverture, les prestations continuent d'être versées jusqu'à sa sortie de l'hôpital, sous réserve de la période maximale ci-dessus.

La prolongation de la garantie Frais d'optique prend fin dès la résiliation du contrat.

Frais médicaux

Si vous ou l'une des personnes à votre charge engagez des frais couverts parmi ceux énumérés ci-après, vous aurez peut-être droit à une aide financière au titre de votre garantie Frais médicaux.

La garantie

Prestation maximale globale

Frais engagés pour des soins médicaux non urgents - aucun maximum

Soins reçus sur la recommandation d'un médecin - 5 000 \$ par personne par année civile.

Frais engagés pour des soins médicaux urgents - La prestation maximale globale pour l'ensemble des frais engagés à l'étranger et l'assistance-voyage internationale au titre des garanties Frais médicaux, Frais d'hospitalisation, Médicaments et Frais d'optique est de 1 000 000 \$ par personne sa vie durant.

Franchise - aucune

Pourcentage de remboursement (Coassurance)

Frais engagés pour des soins médicaux non urgents et soins reçus sur la recommandation d'un médecin - 80 % des frais remboursables

Frais engagés pour des soins médicaux urgents - 100 % des frais remboursables

Période probatoire - aucune

Frais remboursables

Les frais précisés sont couverts pourvu qu'ils soient raisonnables et habituels, selon la Financière Manuvie, et qu'ils soient :

- jugés nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure et recommandés par un médecin (sauf dans le cas des frais de l'assistance-voyage internationale et des honoraires des auxiliaires médicaux sous la rubrique Honoraires de professionnels de la santé);
- engagés pour le traitement d'une personne couverte, en cours de garantie, en vertu du présent régime d'avantages sociaux;
- non remboursables au titre du régime provincial ou de tout autre régime gouvernemental.

Vos avantages sociaux

Frais engagés pour des soins médicaux non urgents

Soins hospitaliers

- Traitements médicaux ou chirurgicaux nécessaires reçus à l'hôpital en consultation externe, à l'exclusion des honoraires du médecin et des soins infirmiers spéciaux.
- Frais de séjour et soins infirmiers courants (mais non les soins de garde) engagés dans une maison de repos autorisée, par suite d'une maladie chronique ou en vue d'une convalescence, jusqu'à concurrence de 20 \$ par jour. Ces frais ne sont pas remboursables dans le cas du membre retraité et des personnes à sa charge.

Ambulance

- Transport par ambulance autorisée à destination et en provenance du plus proche établissement médical où le patient peut recevoir les soins immédiatement. Lorsque les soins d'une infirmière ou d'un infirmier autorisés ou d'une d'une infirmière ou d'un infirmier auxiliaires autorisés sont nécessaires durant le transport en ambulance, le coût de leur retour au point de départ est remboursable. Le remboursement maximal est de 500 \$ par personne par année civile.

Actes et articles médicaux

- Actes à but diagnostique, examens et traitements radiologiques et transfusions sanguines; oxygène, y compris le matériel nécessaire à son administration.
- Achat de bandages herniaires, d'attelles (attelles podologiques exclues), de béquilles et de membres ou de yeux artificiels.
- Achat d'un maillot de bain post-mastectomie sur ordonnance du médecin, sous réserve d'un remboursement maximal de 125 \$ par période de 24 mois consécutifs.
- Achat de bas élastiques, sous réserve d'un maximum de 25 \$ par année civile.
- Achat d'orthèses moulées et fabriquées sur mesure, recommandées par le médecin ou le podiatre, sous réserve d'un maximum de deux paires par personne par période de trois années consécutives.
- Achat de chaussures orthopédiques sur ordonnance, sous réserve d'un remboursement maximal de 125 \$ par personne par période de 12 mois consécutifs.
- Location, ou achat si la Financière Manuvie le permet, d'un fauteuil roulant, d'un lit d'hôpital ou d'un respirateur.
- Achat d'un appareil « maxi-mist » sur ordonnance du médecin.
- Achat d'un neurostimulateur transcutané.
- Achat de moniteurs de pression artérielle, sous réserve d'un moniteur par période de cinq années consécutives.
- Achat de perruques ou de prothèses capillaires nécessaires par suite d'un traitement médical, d'une maladie ou d'une blessure, sous réserve d'un remboursement maximal de 1 500 \$ par personne par période de trois années civiles consécutives. Entretien des perruques et des prothèses capillaires, sous réserve d'un remboursement maximal de 300 \$ par personne par année civile.

Vos avantages sociaux

- Achat de vêtements élastiques pour brûlure (pansements faits sur mesure), à raison d'un remboursement maximal de 400 \$ par personne par année civile.
- Achat de bouchons d'oreilles.
- Achat d'une aide orthophonique, à raison d'un remboursement maximal de 400 \$ par personne sa vie durant.
- Location, ou achat si la Financière Manuvie le permet, d'un appareil pour les troubles affectifs saisonniers, sous réserve d'un maximum de 300 \$ par année civile.
- Ablation d'acrochordons.
- Technique d'éviction d'allergie Nambudripad, sous réserve d'un remboursement maximal de 500 \$ par année civile, à condition qu'elle soit recommandée par le médecin et qu'elle soit pratiquée par un
- spécialiste reconnu.
- Achat d'un lit d'hôpital électrique à la demande du membre.
- Injections sclérosantes, jusqu'à concurrence de 50 \$ par injection.
- Soins cardiaques/Réadaptation cardiologique, jusqu'à concurrence de 500 \$ par personne par année civile.
- Thérapie de libération active, jusqu'à concurrence de 500 \$ par personne par année civile.
- Drainage lymphatique manuel pour le traitement du lymphoedème, jusqu'à concurrence de 500 \$ par personne par année civile.

Frais dentaires

- Réparation des dents naturelles endommagées par suite d'un accident, à condition que les dommages résultent directement de l'accident. Les soins doivent être donnés dans les six mois suivant l'accident, et votre couverture ainsi que le contrat doivent toujours être en vigueur. Les frais remboursables correspondent aux honoraires les moins élevés pour un traitement jugé satisfaisant du point de vue professionnel. L'accident doit résulter d'un coup porté directement aux dents et non de l'introduction volontaire ou involontaire d'un objet quelconque dans la bouche.

Services professionnels

- Honoraires du médecin, sous réserve des prescriptions légales. Dans le cas des traitements donnés par le psychiatre à un assuré non hospitalisé, le remboursement est limité à 30 \$ par séance de traitement.
- Frais d'examen médicaux (non remboursables au titre du régime de l'État), à raison d'un examen par année civile, sous réserve d'un remboursement maximal de 50 \$.
- Soins infirmiers privés qui sont réputés inclus dans le champ de pratique des soins infirmiers et qui sont fournis au domicile du patient par
 - a) une infirmière ou un infirmier autorisés, ou
 - b) une infirmière ou un infirmier auxiliaires autorisés (ou toute désignation équivalente) qui a réussi un programme de formation reconnu sur l'administration des médicaments.

Vos avantages sociaux

Les frais engagés pour les soins suivants ne sont pas remboursables :

- a) Soins de garde, travaux ménagers ou services de surveillance.
- b) Soins donnés par une infirmière ou un infirmier qui est un proche parent du patient ou qui habite sous le même toit que lui.
- c) Soins donnés pendant que le patient séjourne dans un hôpital, une maison de repos ou un autre établissement semblable.
- d) Soins pouvant être donnés par une personne moins qualifiée, un parent ou un ami du patient, ou une personne habitant sous le même toit que lui.

La Financière Manuvie suggère qu'un plan de traitement détaillant les coûts prévus soit présenté avant d'avoir recours à des soins infirmiers. La Financière Manuvie vous avisera alors de toute prestation payable.

- Honoraires de tout auxiliaire médical (tel qu'un dermatologue) pour administrer un traitement au laser de la couperose, sous réserve d'un maximum de 250 \$ par année civile.
- Honoraires des auxiliaires médicaux énumérés ci-après, si les soins donnés relèvent de leur compétence respective, jusqu'à concurrence de 4 000 \$ par personne par année civile pour l'ensemble des praticiens :

Psychologue, orthophoniste, massothérapeute, hypnothérapeute, thérapeute en sport, réflexologiste, nutritionniste, physiothérapeute, podiatre/chiroprodiste*, chiropraticien**, ostéopathe**, acupuncteur, naturopathe, conseiller*** et ergothérapeute - Remboursement maximal total par année civile : 800 \$ par personne.

*Inclut 100 \$ pour l'ablation chirurgicale des ongles des orteils ou l'excision des verrues plantaires. Les soins de routine des pieds fournis par VON sont considérés comme admissibles.

**Les radiographies sont remboursables sous réserve d'une seule radiographie et d'un remboursement maximal de 25 \$ par année civile.

***Seuls sont remboursables les honoraires d'un conseiller ayant une maîtrise en travail social ou une maîtrise en éducation avec une spécialisation en counselling.

Frais d'audioprothèse

- Achat de prothèses auditives, à raison d'un remboursement maximal de 1 000 \$ pour chaque prothèse auditive, par oreille, par personne et par période de 24 mois consécutifs.

Soins reçus à l'étranger sur la recommandation d'un médecin pratiquant au Canada

- Honoraires du médecin, sous réserve des prescriptions légales, pour des traitements nécessaires du point de vue médical, que l'assuré reçoit à l'extérieur de la province de son domicile sur la recommandation d'un médecin pratiquant dans la province du domicile, jusqu'à concurrence des frais raisonnables et d'ordre courant dans la région où les traitements sont donnés, sous réserve d'un remboursement maximal de 5 000 \$ par personne par année civile.

Frais engagés à l'étranger

Par « urgence médicale », on entend une blessure soudaine et inattendue ou une maladie imprévue survenant au cours d'un voyage de la personne couverte à l'extérieur de la province de son domicile habituel et nécessitant des soins médicaux immédiats. L'urgence n'existe plus lorsque, selon le médecin traitant, la personne couverte est capable de retourner dans la province de son domicile habituel.

Sont remboursables les frais ci-dessous engagés pour des traitements médicaux d'urgence pendant un voyage, des vacances ou un séjour à l'étranger.

- Médicaments, sérums et injections qui ne sont vendus que sur ordonnance du médecin ou du dentiste, et qui sont délivrés par le pharmacien, le dentiste ou le médecin. Les produits anti-tabagisme sont couverts, sous réserve d'un maximum de 300 \$ par personne sa vie durant. Les médicaments pour le traitement de la stérilité sont couverts, à raison de 12 cycles par médicament et de deux médicaments la vie durant. La prestation maximale dans le cas des médicaments servant au traitement des dysfonctions sexuelles est de 750 \$ par personne par année civile.

Médicaments qui ne peuvent être obtenus que sur ordonnance en vertu de la loi.

- Médicaments et articles qui, sans être des produits de prescription, sont nécessaires par suite d'une colostomie, d'une caecostomie ou d'une iléostomie, ou pour le traitement de la fibrose kystique, du diabète, de la maladie de Parkinson ou d'une maladie cardiaque.
- Médicaments de survie et antihistaminiques.
- Contraceptifs oraux, stérilets et diaphragmes.

Le remboursement des frais de médicaments est assujéti à la restriction suivante. Lorsqu'un médicament générique pourrait être délivré mais ne l'est pas, le remboursement est limité au coût du médicament générique approprié le moins cher par lequel le médicament délivré aurait pu être remplacé. Toutefois, cette condition doit faire l'objet d'une demande d'autorisation spéciale.

- Traitements médicaux ou chirurgicaux nécessaires reçus à l'hôpital en consultation externe, à l'exclusion des honoraires du médecin, sous réserve des prescriptions légales.
- Honoraires du médecin, sous réserve des prescriptions légales.
- Actes à but diagnostique, examens et traitements radiologiques et transfusions sanguines et oxygène, y compris le matériel nécessaire à son administration.
- Location ou achat d'un fauteuil roulant, de béquilles ou de cannes.
- Soins infirmiers privés qui sont réputés inclus dans le champ de pratique des soins infirmiers et qui sont fournis au domicile du patient par
 - une infirmière ou un infirmier autorisés, ou
 - une infirmière ou un infirmier auxiliaires autorisés (ou toute désignation équivalente) qui a réussi un programme de formation reconnu sur l'administration des médicaments.

Les frais engagés pour les soins suivants ne sont pas remboursables :

- Soins de garde, travaux ménagers ou services de surveillance.
- Soins donnés par une infirmière ou un infirmier qui est un proche parent du patient ou qui habite sous le même toit que lui.
- Soins donnés pendant que le patient séjourne dans un hôpital, une maison de repos ou un autre établissement semblable.
- Soins pouvant être donnés par une personne moins qualifiée, un parent ou un ami du patient, ou une personne habitant sous le même toit que lui.

Vos avantages sociaux

La Financière Manuvie suggère qu'un plan de traitement détaillant les coûts prévus soit présenté avant d'avoir recours à des soins infirmiers. La Financière Manuvie vous avisera alors de toute prestation payable.

- Transport par ambulance autorisée à destination et en provenance du plus proche établissement médical où le patient peut recevoir les soins immédiatement.

Si c'est nécessaire du point de vue médical, transport par ambulance autorisée (y compris par avion sanitaire), ou tout moyen de transport public,

- en vue du transfert du patient au plus proche hôpital ou établissement médical en mesure de donner les soins,
- ou en vue du rapatriement médical du patient pour qu'il soit admis dans un hôpital de la province de son domicile.

Est également pris en charge le transport par ambulance entre l'hôpital et l'aéroport, afin d'assurer la liaison entre les points de départ et d'arrivée.

- Réparation des dents naturelles endommagées par suite d'un accident, à condition que les dommages résultent directement de l'accident. Les soins doivent être donnés dans les six mois suivant l'accident, et votre couverture ainsi que le contrat doivent toujours être en vigueur. Les frais remboursables correspondent aux honoraires les moins élevés pour un traitement jugé satisfaisant du point de vue professionnel. L'accident doit résulter d'un coup porté directement aux dents et non de l'introduction volontaire ou involontaire d'un objet quelconque dans la bouche. Le remboursement maximal est de 1 000 \$ par personne sa vie durant.
- Honoraires des auxiliaires médicaux autorisés énumérés ci-après, si les soins donnés relèvent de leur compétence respective : chiropraticien, podiatre/chiropriste et physiothérapeute. Aucune prestation n'est versée tant que la personne couverte n'a pas reçu, s'il y a lieu, le remboursement annuel maximal du régime de l'État.

Assistance-voyage internationale

Assistance-voyage internationale est un programme d'assistance-voyage dont vous et les personnes à votre charge couvertes pouvez bénéficier. Les services d'assistance sont fournis par une organisation internationale, spécialisée en assistance-voyage.

Les services d'assistance suivants sont offerts lorsque survient une urgence médicale au cours d'un voyage à l'extérieur de la province de votre domicile habituel. Les services sont offerts pendant la période au cours de laquelle la personne est couverte au titre de la clause Frais engagés à l'étranger de la présente garantie.

Assistance médicale en cas d'urgence

Par « urgence médicale », on entend :

- une blessure soudaine et inattendue ou une maladie imprévue survenant au cours d'un voyage de la personne couverte à l'extérieur de la province du domicile, ou
- un problème de santé particulier ou une affection précise déjà diagnostiquée, mais stable du point de vue médical, lors du départ.

Par « stable », on entend que, dans les 90 jours précédant la date du départ, la personne couverte (vous ou une personne à votre charge) n'a :

- reçu aucun traitement ni subi d'examen à l'égard de nouveaux symptômes ou d'une nouvelle affection;
- connu aucune aggravation des symptômes existants ni augmentation de leur fréquence;
- dû apporter aucun changement à ses traitements ou médicaments (à part les ajustements de routine dans le cadre de soins continus);
- pas été hospitalisée pour recevoir un traitement lié à l'affection.

La couverture n'est pas offerte s'il est prévu que vous (ou la personne à votre charge) subissiez un test, un examen ou un traitement inhabituel relativement à votre affection ou à une affection non diagnostiquée.

La couverture s'applique en cas d'urgence médicale liée à la grossesse, pourvu que le voyage soit terminé au moins quatre semaines avant la date prévue de l'accouchement.

L'urgence médicale prend fin lorsque le médecin traitant estime, d'après les renseignements médicaux dont il dispose, que l'état du patient est suffisamment stable pour lui permettre de retourner dans sa province ou son territoire de résidence.

a) **Assistance 24 heures sur 24**

Assistance multilingue disponible 24 heures sur 24, 7 jours par semaine, par téléphone (sans frais ou à frais virés), par télex ou par télécopieur.

b) **Adresses de médecins, dentistes, etc.**

Adresse du médecin, du dentiste, du pharmacien ou de l'établissement médical approprié le plus proche et confirmation de la couverture.

c) **Règlement des frais médicaux**

Si un hôpital ou tout autre dispensateur de soins médicaux exige un acompte ou le paiement intégral des services fournis et que les frais totalisent plus de 200 \$ (en dollars canadiens), les mesures nécessaires seront prises pour payer ces frais et présenter au nom de la personne couverte les demandes de remboursement nécessaires.

Le paiement et le remboursement des frais tiennent compte de la couverture de la personne couverte au titre du régime provincial d'assurance-maladie et du présent régime. S'il s'avère que les frais qui ont été réglés excèdent le montant des prestations auxquelles la personne couverte a droit, la Financière Manuvie se réserve le droit d'exiger que la personne couverte rembourse le trop-perçu ou fasse cession des prestations payables par le régime provincial d'assurance-maladie.

d) **Contrôle des soins reçus**

Le personnel médical effectuera un contrôle des soins et services médicaux reçus et entrera en communication, aussi souvent que nécessaire, avec la personne couverte, son médecin traitant, son médecin de famille et sa famille.

Vos avantages sociaux

e) Transport pour des raisons médicales

Si c'est nécessaire du point de vue médical, les mesures nécessaires seront prises en vue du transport de la personne couverte à destination et en provenance du plus proche établissement médical ou à destination d'un établissement médical de la province de son domicile habituel. Les frais engagés pour le transport médical sont remboursables aux conditions précisées à l'alinéa Transport pour des raisons médicales des Frais remboursables.

Si c'est nécessaire du point de vue médical, les frais engagés pour le transport aller-retour d'un accompagnateur médical sont pris en charge.

f) Rapatriement des enfants à charge

Si par suite de l'hospitalisation d'une personne couverte, des enfants à sa charge se retrouvent seuls, l'Assistance-voyage en cas d'urgence organise le voyage de retour des enfants jusqu'à leur domicile et prend en charge la portion non remboursable du voyage.

Si c'est nécessaire, l'Assistance-voyage en cas d'urgence prend également en charge le voyage aller-retour d'une personne qualifiée pour accompagner les enfants.

g) Interruption du voyage ou retard sur le programme

Si un voyage ne peut se poursuivre ou est retardé en raison d'une maladie ou d'une blessure d'une personne couverte, l'Assistance-voyage en cas d'urgence organise le transport en classe économique (aller simple) de chaque personne couverte (et d'un compagnon de voyage s'il y a lieu), afin qu'elle puisse poursuivre le voyage ou rentrer chez elle, et prend en charge la portion non remboursable du voyage.

Un compagnon de voyage est une personne qui voyage avec la personne couverte et dont les frais de transport et d'hébergement ont été payés à l'avance en même temps que ceux de la personne couverte.

Si la personne couverte décide de poursuivre le voyage, les frais engagés ultérieurement et qui sont liés directement ou indirectement à la même maladie ou à la même blessure ne seront pas remboursés.

Si la personne couverte doit revenir à la maison en raison de l'hospitalisation ou du décès d'un proche parent, l'Assistance-voyage en cas d'urgence organise son transport en classe économique (aller simple) et prend en charge la portion non remboursable du voyage.

h) Convalescence après la sortie de l'hôpital

Si, pour des raisons médicales, la personne couverte est dans l'incapacité de voyager suivant sa sortie de l'hôpital, les frais engagés pour les repas et l'hébergement après la date de départ initialement prévue sont remboursés, sous réserve du maximum prévu à l'alinéa l).

i) Déplacement d'un proche parent

Si, pendant un voyage effectué seule, la personne couverte est hospitalisée et que l'hospitalisation doit durer plus de 7 jours, l'Assistance-voyage en cas d'urgence prend en charge le voyage aller-retour en classe économique d'un proche parent jusqu'à l'hôpital. Le déplacement du proche parent doit préalablement être approuvé par la Financière Manuvie.

j) **Retour du véhicule automobile**

Si la personne couverte est dans l'incapacité, pour cause de maladie, de blessure ou de décès, de conduire son véhicule ou un véhicule de location, l'Assistance-voyage en cas d'urgence prend les dispositions nécessaires pour ramener le véhicule à son domicile ou à l'agence de location la plus proche et prend en charge les frais jusqu'à concurrence de 1 000 \$ (en dollars canadiens).

k) **Identification du corps de la personne couverte**

Si la personne couverte décède au cours d'un voyage effectué seule, l'Assistance-voyage en cas d'urgence paie, si cela est nécessaire, le voyage aller-retour d'un proche parent, en classe économique, pour qu'il identifie le corps avant son rapatriement.

l) **Repas et hébergement**

Dans les situations décrites aux alinéas f), g), h), i) et k), les frais d'hébergement et de repas sont pris en charge, sous réserve d'un maximum global de 2 000 \$ (en dollars canadiens) par urgence médicale.

Assistance non médicale

a) **Rapatriement du corps de la personne couverte**

Si la personne couverte décède pendant un voyage, l'Assistance-voyage en cas d'urgence se charge d'obtenir les autorisations nécessaires et prend les dispositions pour que le corps soit rapatrié dans la province de domicile habituel de la personne couverte. Sont remboursables les frais engagés pour la préparation du corps, ainsi que pour son transport, sous réserve d'un remboursement maximal de 5 000 \$ (en dollars canadiens). Les frais liés à l'inhumation, notamment l'achat d'un cercueil ou d'une urne, ne sont pas remboursables.

b) **Remplacement de papiers personnels et de titres de transport**

En cas de perte ou de vol, l'Assistance-voyage en cas d'urgence communique avec les autorités locales pour aider la personne couverte à remplacer les passeports, les visas, les titres de transport ou autres documents de voyage.

c) **Adresses de conseillers juridiques**

L'Assistance-voyage en cas d'urgence donne l'adresse d'un conseiller juridique sur place et, au besoin, aide la personne couverte à se faire avancer des fonds par sa famille, ses amis, ou sur ses cartes de crédit.

d) **Service d'interprétation téléphonique**

L'Assistance-voyage en cas d'urgence offre un service d'interprétation téléphonique dans les principales langues.

e) **Transmission de messages**

Un service de messagerie téléphonique s'occupe de transmettre à la personne couverte les messages de sa famille, de ses amis ou de ses associés. Il achemine également les messages de la personne couverte. Les messages sont gardés pendant 15 jours.

f) **Assistance avant le voyage**

L'Assistance-voyage en cas d'urgence fournit des renseignements à jour sur les exigences du pays où la personne couverte compte se rendre en matière de passeport, visa, vaccination et inoculation.

Vos avantages sociaux

g) **Transfert de l'appel au service 9-1-1**

Si nécessaire, l'appel de la personne couverte est immédiatement acheminé au service 9-1-1 pour assistance médicale.

h) **Suivi**

Si nécessaire, l'infirmière autorisée rappelle la personne couverte dans les 24 heures suivant l'appel afin d'assurer un suivi.

Exclusions

La Financière Manuvie et la compagnie d'assistance-voyage retenue par la Financière Manuvie pour fournir les services offerts au titre de la présente garantie sont dégagées de toute responsabilité quant à la disponibilité, la qualité ou aux résultats des traitements reçus par la personne couverte. Elles sont également dégagées de toute responsabilité si, pour quelque raison que ce soit, la personne couverte ne reçoit pas les traitements médicaux ou les services d'assistance d'urgence.

Les services d'assistance d'urgence peuvent ne pas être offerts dans certains pays en raison de guerre, d'instabilité politique ou d'autres circonstances qui retardent ou empêchent la prestation de tout service.

Comment obtenir les services de l'Assistance-voyage internationale - Votre carte Assistance-voyage internationale

Les numéros de téléphone sans frais à composer en cas d'urgence lorsque vous voyagez à l'extérieur de la province de votre domicile sont indiqués sur votre carte Assistance-voyage internationale. Ces numéros vous permettront d'entrer en communications avec l'organisation d'assistance-voyage internationale.

Votre numéro d'immatriculation et votre numéro de contrat qui sont nécessaires pour confirmer votre droit à la couverture sont également indiqués sur votre carte Assistance-voyage internationale.

Si vous n'avez pas votre carte Assistance-voyage internationale, veuillez communiquer avec l'administrateur de votre régime.

Présentation des demandes de règlement

Pour présenter une demande de règlement au titre de la garantie Soins médicaux complémentaires, vous devez remplir le formulaire « Déclaration de sinistre – Soins médicaux complémentaire », sauf s'il s'agit d'honoraires du médecin ou de frais d'hospitalisation engagés à l'extérieur de la province de votre domicile. Pour ces frais, vous devez utiliser le formulaire « Déclaration de sinistre - Frais engagés à l'extérieur de la province ou à l'étranger ». Vous pouvez obtenir les formulaires auprès de l'administrateur de votre régime.

Faites parvenir la demande de règlement à l'employeur, qui se chargera de la valider et de la transmettre à la Financière Manuvie. Les reçus appropriés doivent être joints au formulaire dûment rempli lorsqu'une demande est présentée à la Financière Manuvie.

Toutes les demandes de règlement doivent être soumises au plus tard à la fin de l'année civile suivant celle au cours de laquelle les frais ont été engagés. Cependant, à la cessation de votre couverture, toutes les demandes doivent être présentées au plus tard 90 jours après la date de cessation.

Les demandes de règlement portant sur des frais engagés à l'étranger doivent d'abord être présentées au régime provincial. Toute demande portant sur un solde impayé peut ensuite être soumise à la Financière Manuvie, accompagnée des explications de remboursement du régime provincial.

Exclusions

Aucun remboursement de frais n'est effectué pour ce qui suit :

- Dans le cas de la couverture Frais engagés à l'étranger et Assistance-voyage internationale seulement, blessures que la personne couverte se serait infligées, directement ou indirectement, à moins qu'une attestation médicale établisse qu'elles sont reliées à une condition de santé mentale.
- Blessure directement ou indirectement attribuable à une insurrection ou une guerre, au service dans les forces armées de tout pays ou à la participation à une émeute.
- Blessure ou maladie ouvrant droit à des prestations en vertu des lois sur les accidents du travail.
- Examens demandés par un tiers.
- Voyages pour raison de santé.
- Honoraires demandés par le médecin ou le dentiste pour le temps perdu en déplacements, les rendez-vous non respectés, le transport, la location d'une chambre ou pour les conseils donnés par téléphone ou par tout autre moyen de télécommunication.
- Traitement considéré par la Financière Manuvie comme ayant des fins purement esthétiques, sauf s'il est donné par suite d'un accident et commence dans les 90 jours qui suivent l'accident.
- Frais engagés pour des services, traitements ou articles
 - que la personne n'aurait pas à payer si elle n'avait pas de couverture,
 - qui sont rendus ou fournis par un proche parent ou une personne qui habite avec le patient,
 - qui sont reçus pendant le séjour à l'hôpital,
 - et qui ne sont pas indiqués dans la description des frais couverts au titre du présent régime.
- À l'étranger, les frais de séjour en salle dans un hôpital, y compris les soins ou fournitures reçus durant l'hospitalisation et les honoraires du médecin, sauf dans le cas des traitements stipulés à la section Frais remboursables de la garantie Frais médicaux - Soins reçus à l'étranger sur la recommandation d'un médecin pratiquant au Canada et Frais engagés à l'étranger. Il est entendu que les frais engagés à l'étranger par choix ne sont pas remboursables.
- Médicaments, sérums, injections ou articles non approuvés par Santé et Bien-être social Canada (Aliments et drogues), ou utilisés à des fins expérimentales ou à usage restreint, qu'ils soient approuvés ou non.
- Méthodes de traitement, ou actes médicaux encore au stade expérimental, non approuvés par l'Association médicale provinciale ou par l'association de médecins spécialistes ayant compétence en la matière.
- Frais payables par le régime d'assurance-maladie de l'état, même si la personne n'est pas couverte par le régime d'état. Seul est remboursable l'excédent sur les prestations qu'elle aurait normalement reçues du régime d'état si elle avait été couverte.
- En ce qui concerne les personnes domiciliées aux États-Unis, sont également exclus les frais qui, dans le cas des personnes domiciliées au Canada, seraient pris en charge, ou couverts exclusivement, par un régime d'assurance-maladie de l'État.

Vos avantages sociaux

Prolongation de la couverture

Si vous êtes totalement invalide lorsque prend fin la garantie Frais médicaux, vous avez droit à une prolongation de cette garantie tant que subsiste l'invalidité, sous réserve d'un maximum de 365 jours. Toutefois, la couverture prend fin si vous devenez admissible à la couverture prévue par un autre régime.

Si l'une des personnes à charge couvertes est hospitalisée lors de la cessation de votre couverture, les prestations continuent d'être versées jusqu'à sa sortie de l'hôpital, sous réserve de la période maximale ci-dessus.

La prolongation de la garantie Frais médicaux prend fin dès la résiliation du contrat.

Garantie Médicaments et Services pharmaceutiques pour les personnes domiciliées au Québec

Si vous et les personnes à votre charge êtes domiciliés au Québec, les clauses suivantes s'appliquent à votre garantie Médicaments.

Frais couverts

Les frais suivants sont couverts :

- Médicaments figurant sur la Liste des médicaments publiée par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (Liste de la RAMQ) au moment où les frais sont engagés.
- Services pharmaceutiques couverts qui doivent être payés lorsque le médicament figure sur la Liste de la RAMQ.
- Médicaments faisant partie des frais couverts précisés dans la présente brochure, mais ne figurant pas sur la Liste de la RAMQ.

Couverture des médicaments figurant sur la Liste des médicaments publiée par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (Liste de la RAMQ) et services pharmaceutiques offerts aux personnes bénéficiant d'un régime privé

Les clauses suivantes s'appliquent aux médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ et aux services pharmaceutiques offerts aux personnes bénéficiant d'un régime privé et sont conformes aux exigences de la " Loi sur l'assurance-médicaments du Québec " et à la Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., c. A-29-01). Les clauses standard précisées dans la présente brochure s'appliquent à tous les autres médicaments couverts.

a) Pourcentage de remboursement

Avant que la contribution maximale annuelle ne soit atteinte, le pourcentage de remboursement des frais couverts par la présente garantie est le suivant :

- i) Médicament qui figure sur la Liste de la RAMQ et qui n'est pas couvert par la présente garantie : le pourcentage prescrit par la réglementation alors applicable.
- ii) Si les services pharmaceutiques prescrits par les lois ne sont pas couverts par le régime, le pourcentage de remboursement est celui prescrit par la réglementation alors applicable.
- iii) Médicament qui figure sur la Liste de la RAMQ et qui est couvert par la présente garantie :
 - le pourcentage précisé dans la brochure, ou
 - le pourcentage prescrit par la réglementation alors applicable, s'il est plus élevé.

Lorsque la contribution annuelle maximale est atteinte, le pourcentage de remboursement des frais couverts au titre de la présente garantie est de 100 %.

b) **Contribution maximale annuelle**

La contribution maximale annuelle correspond à une partie des frais de médicaments ou des services pharmaceutiques couverts que vous et votre conjoint devez payer au cours d'une année civile avant que le pourcentage de remboursement au titre de la présente garantie ne soit de 100 %. Les sommes affectées à ce maximum sont les suivantes :

- i) Le montant de la franchise.
- ii) La partie des frais de médicaments couverts qu'une personne assurée doit payer, lorsque le pourcentage de remboursement prévu par la présente garantie est inférieur à 100 %.
- iii) Les services pharmaceutiques couverts qui sont rendus par les pharmaciens pour des médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ.

Votre contribution maximale annuelle et celle de votre conjoint sont stipulées dans la réglementation et comprennent la partie des médicaments couverts et des services pharmaceutiques couverts liés à un médicament figurant sur la Liste de la RAMQ payés à l'égard de vos enfants à charge.

Aux fins du calcul de votre contribution maximale annuelle et de celle de votre conjoint, la partie des frais de médicaments et des services pharmaceutiques couverts payés à l'égard de vos enfants à charge s'ajoute aux frais de la personne dont la contribution se rapproche le plus du maximum.

c) **Franchise**

Le montant de la franchise de la garantie Médicaments, s'il y a lieu, s'applique, jusqu'à ce que la personne ait atteint la contribution maximale annuelle. Par la suite, la franchise ne s'applique pas.

d) **Maximum la vie durant**

Le maximum la vie durant, s'il y a lieu, ne s'applique pas aux médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ ni aux services pharmaceutiques couverts. Les conditions ci-dessous s'appliquent à la couverture médicaments et des services pharmaceutiques prévue lorsque le maximum la vie durant est atteint :

- i) Seuls sont couverts les médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ.
- ii) Seuls sont couverts les services pharmaceutiques liés à des médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ.
- iii) Le pourcentage de remboursement des frais couverts est le pourcentage prescrit par la réglementation alors applicable.

e) **Enfants à charge admissibles**

Vos enfants à charge admissibles qui fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement reconnu sont couverts jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge suivant :

- i) L'âge précisé dans la brochure (veuillez vous reporter à la définition d'enfant dans la section Définition de termes courants en assurance), ou
- ii) 26 ans, si cet âge est plus élevé.

Vos avantages sociaux

Les conditions ci-dessous s'appliquent à la couverture médicaments et des services pharmaceutiques couverts des enfants à charge ayant atteint l'âge limite précisé dans la présente brochure :

- i) Seuls sont couverts les médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ.
 - ii) Seuls sont couverts les services pharmaceutiques liés à un médicament figurant sur la Liste de la RAMQ.
 - iii) Le pourcentage de remboursement des frais couverts est le pourcentage prescrit par la réglementation alors applicable.
- f) **Cessation de la couverture en raison de l'âge dans le cas des médicaments et des services pharmaceutiques**

À condition que vous soyez admissible à la garantie Médicaments, la cessation de la couverture en raison de l'âge prévue pour cette garantie, s'il y a lieu, ne s'applique pas. Les conditions ci-dessous s'appliquent à la couverture médicaments des participants ayant atteint l'âge de cessation de la couverture :

- i) Seuls sont couverts les médicaments figurant sur la liste de la RAMQ.
- ii) Seuls sont couverts les services pharmaceutiques liés à un médicament figurant sur la Liste de la RAMQ.
- iii) Le pourcentage de remboursement des frais couverts est le pourcentage prescrit par la réglementation alors applicable.
- iv) La contribution maximale annuelle est celle qui est stipulée dans la réglementation alors applicable.
- v) La prime exigée pour la couverture médicaments est celle de la garantie Frais médicaux.

Couverture des médicaments figurant sur la liste des frais couverts précisés dans la présente brochure, mais non sur la Liste de la RAMQ

Toutes les clauses standard précisées dans la brochure s'appliquent aux médicaments couverts au titre de la présente garantie mais ne figurant pas sur la Liste de la RAMQ.

Médicaments à tiers payant

La garantie

Prestation maximale globale - aucun maximum

Franchise - aucune

Pourcentage de remboursement (Coassurance)

80 % du prix d'achat de chaque produit

Cessation de l'assurance - à votre décès

Période probatoire - aucune

Règlement des frais de médicaments

Lorsque vous présentez votre carte médicaments à votre pharmacien, celui-ci peut vérifier immédiatement quels médicaments sont couverts par le régime. Lorsque vous présentez votre carte Médicaments à tiers payant au moment de l'achat, vous et les personnes à votre charge n'avez pas à payer la totalité du coût des médicaments ou des fournitures prescrits.

La carte est acceptée par les pharmaciens participants qui affichent la vignette pertinente ayant trait au programme Médicaments à tiers payant.

Pour obtenir les médicaments ou fournitures couverts qui vous ont été prescrits, vous devez :

- présenter votre carte médicaments au pharmacien au moment de l'achat et
- acquitter la partie des frais qui n'est pas couverte au titre de la présente garantie.

Vous devrez payer la totalité du coût des médicaments ou des fournitures qui vous ont été prescrits au moment de leur achat

- si vous ne trouvez pas de pharmacie participante,
- si vous n'avez pas votre carte médicaments, ou
- si les médicaments qui vous ont été prescrits ne peuvent être payés avec votre carte médicaments.

Pour de plus amples renseignements sur les modalités de remboursement des frais de médicaments que vous avez payés, veuillez vous adresser à l'administrateur de votre régime.

Frais remboursables

- Médicaments, sérums et injections qui ne sont vendus que sur ordonnance du médecin ou du dentiste, et qui sont délivrés par le pharmacien, le dentiste ou le médecin. Les produits anti-tabagisme sont couverts, sous réserve d'un maximum de 300 \$ par personne sa vie durant. Les médicaments pour le traitement de la stérilité sont couverts, à raison de 12 cycles par médicament et de deux médicaments la vie durant. La prestation maximale dans le cas des médicaments servant au traitement des dysfonctions sexuelles est de 750 \$ par personne par année civile.

Vos avantages sociaux

Médicaments qui ne peuvent être obtenus que sur ordonnance en vertu de la loi.

- Médicaments et articles qui, sans être des produits de prescription, sont nécessaires par suite d'une colostomie, d'une caecostomie ou d'une iléostomie, ou pour le traitement de la fibrose kystique, du diabète, de la maladie de Parkinson ou d'une maladie cardiaque.
- Contraceptifs oraux, stérilets et diaphragmes.
- Médicaments de survie et antihistaminiques.

Le remboursement des frais de médicaments est assujéti à la restriction suivante. Lorsqu'un médicament générique pourrait être délivré mais ne l'est pas, le remboursement est limité au coût du médicament générique approprié le moins cher par lequel le médicament délivré aurait pu être remplacé. Toutefois, cette condition doit faire l'objet d'une demande d'autorisation spéciale.

Exclusions

Aucun remboursement n'est effectué pour ce qui suit :

- Frais payables par l'État.
- Atomiseurs, appareils, prothèses, articles de premiers soins et produits diagnostiques, sauf s'ils figurent ci-dessus.
- Condoms, gelées ou appareils contraceptifs, avec ou sans ordonnance. Toutefois, les contraceptifs oraux sont remboursables.
- Vitamines (autres qu'injectables) et suppléments diététiques, que l'ordonnance soit donnée ou non pour une raison médicale, sauf si la loi fédérale ou provinciale stipule qu'ils doivent être vendus sur ordonnance.
- Médicaments Grand Public :
 - visés à l'article 10 de la Loi sur les aliments et drogues du Canada,
 - dont l'étiquette porte un numéro GP,
 - dont l'étiquette ne porte aucun code d'identification DIN.
- Médicaments utilisés strictement à des fins esthétiques.
- Produits utilisés contre la perte de cheveux.

Frais dentaires

Si vous ou vos personnes à charge avez besoin de l'un des services dentaires précisés dans la liste des frais remboursables, votre garantie Frais dentaires peut vous procurer une aide financière.

La garantie

Franchise - aucune

Tarif - tarif 2022 de la province de votre domicile, sur la base des honoraires proposés pour le généraliste dans le tarif des dentistes ou sur la base des honoraires minimaux indiqués dans le tarif des denturologistes.

Pourcentage de remboursement (Coassurance)

80 % pour les Soins ordinaires

80 % pour les Soins importants

50 % pour les Traitements orthodontiques

Prestation maximale

Aucun maximum pour les Soins ordinaires

3 500 \$ par personne par année civile pour les Soins importants

5 000 \$ la vie durant pour les Traitements orthodontiques

Cessation de l'assurance - à votre décès

Période probatoire - premier jour du mois suivant la date de réception de votre demande d'adhésion

Frais remboursables

Les soins dentaires sont remboursables s'ils sont prescrits par le médecin ou le dentiste. Le remboursement est calculé d'après le tarif des dentistes.

Les soins dentaires doivent être prodigués par le dentiste, ou par un denturologiste exerçant dans les limites de ses compétences.

Les régimes d'assurance-maladie de l'état couvrent certains soins dentaires. Le dentiste ou le chirurgien-dentiste peut demander des honoraires plus élevés que les prestations accordées par ces régimes, mais les lois de certaines provinces ne permettent pas le remboursement de l'excédent au titre de la présente garantie.

Partie I - Soins ordinaires

- Examen complet, nouveau patient, tous les 5 mois
- Examen d'un aspect particulier, nouveau patient
- Examen de rappel, tous les 5 mois
- Examen de rappel, parodontie, tous les 5 mois
- Examen d'un aspect particulier
- Examen d'urgence
- Examen parodontal général
- Examen orthodontique
- Série complète de radiographies périapicales et interproximales, tous les 5 mois
- Radiographie périapicale, une radio
- Chaque radiographie additionnelle après la première, total de 15 radios

Vos avantages sociaux

- Radiographie occlusale, une à quatre radios, maximum de six radios par période de 5 mois
- Radiographie interproximale, vue postérieure, une à quatre radios, maximum de six radios par période de 5 mois
- Radiographie extra-orale, tous les 5 mois
- Radiographies de l'articulation temporo-mandibulaire
- Radiographie panoramique, une radio tous les 12 mois
- Radiographie céphalométrique, une à cinq radios, maximum de 5 radios par période de 24 mois

Interprétation de radiographies provenant d'une autre source

- Tests de vitalité pulpaire
- Photographies diagnostiques
- Modèle d'étude non monté
- Modèle d'étude monté
- Plan de traitement
- Consultation avec le patient
- Une unité de détartrage et une unité de polissage (ou prophylaxie (détartrage et polissage) lorsque les soins sont donnés au Québec), tous les 5 mois
- Application topique de fluor, tous les 5 mois
- Conseils en matière de nutrition
- Démonstration de mesures d'hygiène buccale/contrôle de la plaque
- Finition d'obturation
- Scellants de puits et fissures
- Protecteur buccal athlétique, un protecteur par période de 12 mois
- Mainteneur d'espace
- Obturations par un amalgame, un ciment au silicate ou composite, et obturations en résine acrylique
- Tenons de rétention
- Traitements endodontiques - traitement de la pulpe dentaire et du canal radiculaire)

Vos avantages sociaux

- Traitement parodontal des maladies des gencives et d'autres tissus qui soutiennent la dent, y compris ce qui suit :
 - le détartrage non couvert au titre des Actes préventifs, et l'aplanissement des racines, sous réserve d'un maximum combiné de 16 unités par année civile,
 - les contentions provisoires, et
 - l'équilibration occlusale, sous réserve d'un maximum de 8 unités par année civile

Toutefois, les actes de régénération tissulaire avec méthode guidée ne sont remboursables que s'ils sont pratiqués conjointement avec les actes de chirurgie parodontale suivants : opération à lambeau ou greffes osseuses (autogreffes ou allogreffes), à condition que le traitement porte sur des dents naturelles.

- Regarnissage, rebasage ou réparation d'une prothèse amovible ou d'un pont déjà en place
- Radiographies et actes de laboratoire à des fins de diagnostic en vue d'une chirurgie dentaire
- Anesthésie générale ou sédation à des fins de chirurgie dentaire
- Extraction de dents, y compris de dents incluses
- Alvéolectomie simple (résection de la paroi alvéolaire d'une dent) au moment de l'extraction
- Exérèse de tumeurs, de kystes, de néoplasmes, y compris l'incision et le drainage des abcès

Partie II - Soins importants

- Restaurations de la même couleur que la dent ou noyau en amalgame conjointement avec une couronne
- Restaurations préfabriquées en métal (dents permanentes)
- Restaurations préfabriquées en plastique (dents permanentes)
- Facette
- Inlay en métal (3 faces)
- Inlay en composite
- Inlay en porcelaine/céramique
- Onlay en métal (par dent)
- Onlay en composite
- Onlay en porcelaine/céramique
- Tenons dentinaires pour les inlays, onlays et couronnes
- Tenons coulés en métal
- Tenons préfabriqués

Vos avantages sociaux

Couronnes (y compris les temporaires) :

- Couronne en plastique
- Couronne transitoire en plastique
- Couronne en porcelaine/céramique
- Couronne complète coulée
- Couronne 3/4 coulée
- Couronne faite pour une prothèse existante

Actes prothodontiques :

Remplacement d'une prothèse amovible ou d'un pont déjà en place, si l'une des conditions suivantes est remplie :

- a) Le remplacement est nécessité par l'extraction d'autres dents naturelles en cours de garantie.
- b) La prothèse est en place depuis au moins 3 ans et est irréparable.
- c) La prothèse est temporaire et est remplacée par une prothèse permanente dans les 12 mois suivant sa mise en place.

- Prothèse complète
- Prothèse complète immédiate
- Prothèse complète temporaire
- Prothèse hybride complète
- Prothèse hybride complète immédiate (inclusivement)
- Prothèse partielle temporaire
- Prothèse partielle immédiate
- Prothèse hybride partielle (en plastique)
- Prothèse partielle avec selle libre
- Prothèse immédiate avec selle libre
- Prothèse partielle avec appui dentaire
- Prothèse immédiate avec appui dentaire
- Prothèse partielle avec attaches de précision
- Prothèse partielle hybride (base coulée)
- Prothèse partielle immédiate hybride (base coulée)

- Réfection
- Pontiques

Appareils de rétention - Couronnes :

- En plastique/acrylique
- En porcelaine/céramique
- En métal coulé

Appareils de rétention - Inlays et onlays :

- Inlay en métal
- Onlay en métal
- Onlay en métal (lié par mordançage)
- Préparation d'un point d'appui
- Tenons dentinaires
- Transplantation d'une dent ayant fait éruption
- Alvéoloplastie
- Ablation de tissus osseux, excision
- Gingivoplastie
- Vestibuloplastie
- Incision chirurgicale et drainage
- Fractures, réductions, alvéoles
- Réimplantation, remise en place
- Réparations, lacérations
- Chirurgie antrale
- Services complémentaires - Médicaments

Partie III - Traitements orthodontiques

- Tout traitement dentaire ayant pour but de corriger la malocclusion des dents.

Vos avantages sociaux

Choix de traitement

Si deux ou plusieurs méthodes de traitement couvertes au titre de la présente garantie permettent de soigner convenablement une affection donnée, la Financière Manuvie versera des prestations au même titre que si la méthode de traitement la moins chère avait été suivie. La Financière Manuvie déterminera l'efficacité des différents genres de traitement offerts en se référant à un consultant dentaire professionnel.

Prolongation de la couverture

La garantie Frais dentaires ne prévoit pas le remboursement des frais engagés après la cessation de votre couverture, qu'un plan de traitement ait déjà été présenté ou non, sauf dans les cas suivants :

- Des empreintes pour une prothèse, un pont, une couronne, un inlay ou un onlay sont prises avant la cessation de la couverture et la mise en place de l'appareil a lieu dans les 30 jours qui suivent la cessation.
- La couverture a pris fin par suite de votre décès et, dans les 90 jours qui suivent le décès, une personne à votre charge reçoit des soins faisant partie d'une série de traitements comportant plusieurs rendez-vous qui sont fixés avant votre décès ou dont le premier a lieu avant votre décès.

Présentation des demandes de règlement

Pour présenter une demande de règlement, votre dentiste et vous devez remplir le formulaire Déclaration de sinistre - Soins dentaires dont l'administrateur de votre régime possède des exemplaires.

Faites parvenir la demande de règlement à l'employeur, qui se chargera de la valider et de la transmettre à la Financière Manuvie. Les reçus appropriés doivent être joints au formulaire dûment rempli lorsqu'une demande est présentée à la Financière Manuvie.

Toutes les demandes de règlement doivent être soumises au plus tard à la fin de l'année civile suivant celle au cours de laquelle les frais ont été engagés. Cependant, lorsque votre couverture est résiliée, pour quelque raison que ce soit, toutes les demandes doivent être soumises au plus tard 90 jours après la date de la résiliation.

Exclusions

Aucun remboursement n'est effectué dans les cas suivants :

- Blessure directement ou indirectement attribuable à une insurrection ou une guerre, au service dans les forces armées de tout pays ou à la participation à une émeute.
- Blessure ou maladie ouvrant droit à des prestations en vertu des lois sur les accidents du travail.
- Examens demandés par un tiers.
- Honoraires demandés par le médecin ou le dentiste pour le temps perdu en déplacements, les rendez-vous non respectés, le transport, la location d'une chambre ou pour les conseils donnés par téléphone ou par tout autre moyen de télécommunication.
- Traitement considéré par la Financière Manuvie comme ayant des fins purement esthétiques, sauf s'il est donné par suite d'un accident et commence dans les 90 jours qui suivent l'accident.
- Frais engagés pour des services, traitements ou articles
 - que la personne n'aurait pas à payer si elle n'avait pas de couverture,
 - qui sont rendus ou fournis par un proche parent ou une personne qui habite avec le patient,

- et qui ne sont pas indiqués dans la description des frais couverts au titre du présent régime.
- Frais payables par le régime d'assurance-maladie de l'état, même si la personne n'est pas couverte par le régime d'état. Seul est remboursable l'excédent sur les prestations qu'elle aurait normalement reçues du régime d'état si elle avait été couverte.
- Traitements dentaires donnés par le service médical d'un employeur, d'une association ou d'un syndicat.
- Remplacement d'un appareil dentaire perdu, égaré ou volé.
- Frais dentaires engagés pour la restauration de la bouche au complet et pour la correction de la dimension verticale ou de toute dysfonction temporo-mandibulaire.
- Traitement qui n'est généralement pas reconnu par les dentistes comme efficace, approprié et essentiel au traitement d'une affection dentaire.
- Implants et soins relatifs aux implants.

Prolongation de la couverture des survivants

Si vous décédez pendant que vos personnes à charge sont couvertes au titre du présent régime d'avantages sociaux, la Financière Manuvie maintiendra en vigueur les garanties Frais d'hospitalisation, Médicaments, Frais d'optique, Frais médicaux et Frais dentaires jusqu'à celle des dates suivantes qui survient la première :

- la date à laquelle la personne à charge ne répond plus à la définition d'enfant ou de conjoint (voir « Définition de termes courants en assurance »),
- la date à laquelle les personnes à charge deviennent assurées en vertu de garanties semblables auprès d'un autre assureur,
- dans le cas de la garantie Frais dentaires, la date de remariage.

Vos avantages sociaux

Rente d'invalidité de longue durée

Si vous devenez totalement invalide pendant que vous êtes assuré et que vous répondez aux critères d'admissibilité de cette garantie, la Financière Manuvie vous versera des prestations d'invalidité.

Définition de totalement invalide

Pendant les 24 premiers mois consécutifs d'indemnisation, on entend par « invalidité totale » le fait que vous souffrez :

- d'une maladie, d'un trouble ou d'une blessure qui peuvent être diagnostiqués et confirmés par des tests objectifs ou des symptômes observables reconnus par la profession médicale;
- de déficiences de fonctionnement sur le plan physique ou mental, qui résultent de la maladie, de la blessure ou du trouble et qui peuvent être mesurées au moyen d'investigations, de techniques ou d'examen objectifs, reconnus par la profession médicale.

Les déficiences décrites au point ci-dessus doivent être telles que votre employeur ne peut pas vous offrir un milieu de travail raisonnablement adapté et qu'elles vous empêchent de vous acquitter de toutes les tâches de votre emploi (sans égard à la disponibilité des emplois).

Après la période de 24 mois susmentionnée, vous êtes considéré comme totalement invalide lorsque vous êtes incapable d'accomplir toutes les tâches de tout emploi pour lequel vous êtes raisonnablement qualifié, compte tenu de vos études, de votre formation ou de votre expérience (sans égard à la disponibilité des emplois).

Les prestations sont exigibles pour chaque mois complet ou partiel pendant lequel cette invalidité totale persiste au-delà du délai de carence applicable. Les prestations ne sont pas exigibles au-delà de la période d'indemnisation maximale applicable.

La garantie

Montant d'assurance - 60 % de votre salaire mensuel au début de l'invalidité

Maximum sans attestation médicale - Sans objet

Délai de carence - 180 jours ou durée des congés de maladie accumulés, selon la plus longue des deux périodes

- Les prestations sont payables à l'expiration du délai de carence. Aucune prestation n'est versée pendant le délai de carence.
- Vous devez être suivi et traité de façon régulière par un médecin pendant le délai de carence afin d'avoir droit à des prestations à la fin de ce délai.

Période maximale d'indemnisation - jusqu'à l'âge de 65 ans

Âge de cessation - 65 ans moins le délai de carence ou âge au départ à la retraite s'il est moins élevé

Période probatoire - aucune

Critères d'admissibilité

Pour avoir droit aux prestations d'invalidité de longue durée, vous devez répondre aux critères suivants :

- Vous devez être totalement invalide pendant tout le délai de carence.

- Vous devez être suivi par un médecin.

En tout temps, la Financière Manuvie se réserve le droit de vous demander de subir un examen médical, psychiatrique, psychologique et/ou une évaluation pédagogique ou professionnelle par un spécialiste désigné par la Financière Manuvie.

Montant de la prestation d'invalidité

La rente est réduite des prestations et des sommes énumérées ci-après que vous touchez ou auxquelles vous avez droit en raison de la même invalidité ou d'une invalidité connexe :

- Rente payable au membre en vertu de la Loi sur la pension de retraite des enseignants du Nouveau-Brunswick.
- Prestations payables en vertu des lois sur les accidents du travail.
- Prestations d'invalidité payables au titre du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada, à l'exclusion des prestations des personnes à votre charge.

Au besoin, le montant de la prestation payable sera de nouveau réduit de sorte que votre revenu total provenant de sources multiples n'excède pas 85 % de votre rémunération brute avant votre invalidité (rémunération nette si vos prestations ne sont pas imposables). Aux prestations provenant de toutes les sources susmentionnées viennent s'ajouter les prestations suivantes :

- Prestations d'invalidité payables au titre de toute autre assurance collective, ou d'une police individuelle établie dans le cadre d'un contrat groupe ouvert, sauf les versements reçus au titre d'une allocation ponctuelle de retraite.
- Prestations de retraite payables par l'employeur ou par l'état.
- Salaire ou sommes payables par tout employeur.
- Prestations d'invalidité payables au titre d'un régime d'état (sauf les prestations d'assurance-emploi).
- Prestations d'invalidité payables au titre du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada, à l'exclusion des prestations des personnes à votre charge.
- Prestations d'invalidité payables au titre de tout régime d'assurance-automobile.
- Indemnité compensatrice de perte de salaire, reçue à la suite de poursuites judiciaires, conformément aux précisions indiquées ci-après sous la rubrique Responsabilité des tiers.

Toute augmentation des revenus d'autres sources par suite de l'indexation sur le coût de la vie n'aura aucune répercussion sur le montant des prestations versées au titre de la garantie.

Régimes de rentes de l'état

L'augmentation des prestations du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada n'entraîne pas une réduction des prestations, sauf dans les cas suivants :

- Redressement en raison d'une erreur commise au moment du calcul initial de vos prestations.
- Augmentation d'au moins 10 % des prestations du régime d'État, par suite d'un changement dans la méthode de calcul.
- Changement des données sur les personnes à votre charge (s'il y a lieu).

Vos avantages sociaux

La Financière Manuvie accepte d'attendre de connaître le montant exact des prestations du régime de rentes de l'état (Régime de rentes du Québec ou Régime de pensions du Canada) pour les déduire de la rente, à condition que vous lui présentiez avec votre demande d'indemnisation un engagement de remboursement dûment signé.

En l'absence d'engagement, les prestations de l'état dont le montant n'est pas encore fixé font l'objet d'une estimation et sont déduites de la rente. Un rajustement est effectué dès que le montant des prestations de l'état est fixé.

Indexation sur le coût de la vie

Après deux années complètes d'invalidité totale, puis chaque année par la suite, vous avez droit à un rajustement de vos prestations d'invalidité en fonction de l'indexation sur le coût de la vie. Le rajustement débute au versement des prestations de janvier. Votre prestation initiale est accrue selon le changement de l'indice moyen des prix à la consommation ou à 3 % s'il est moins élevé.

Dès l'entrée en vigueur du rajustement des prestations en fonction de l'indexation sur le coût de la vie, vos prestations sont rajustées de façon à suivre les changements de l'indice des prix à la consommation au cours de la période de 12 mois précédente se terminant le 1er janvier, sous réserve d'un maximum de 10 % pendant la période totale d'indemnisation.

D'année en année, le coefficient utilisé pour calculer le montant de l'indexation ne peut jamais baisser. Si l'indice des prix à la consommation décroît, le montant de la rente reste le même.

Responsabilité des tiers

Si vous êtes en droit d'intenter une action en dommages-intérêts contre un tiers par suite de votre invalidité, la Financière Manuvie vous demandera de remplir un engagement de remboursement en vertu du droit de subrogation lorsque vous présenterez votre demande de règlement Invalidité de longue durée.

Après le jugement ou le règlement de votre action en justice, si la somme des dommages-intérêts et des prestations versées par la Financière Manuvie dépasse votre revenu avant l'invalidité, vous devrez rembourser l'excédent à la Financière Manuvie.

Situation fiscale des prestations

Les versements que vous recevrez au titre de la présente garantie seront non imposables ou imposables selon que vous ou votre employeur réglez les primes.

Si votre employeur règle les primes en tout ou en partie, alors toute prestation d'invalidité que vous toucheriez sera imposable. Si vous réglez les primes de la garantie en entier, les prestations d'invalidité que vous toucheriez ne seront pas imposables.

Réadaptation professionnelle

Lorsque la Financière Manuvie aura établi que vous êtes totalement invalide, elle vous offrira, si elle le juge approprié, des services de réadaptation afin de vous aider à occuper à nouveau un emploi rémunéré, soit votre emploi avant votre invalidité soit tout autre emploi.

Toute activité de réadaptation non proposée par la Financière Manuvie doit être approuvée par cette dernière.

La plupart de vos revenus entrent en déduction de la rente d'invalidité; cependant, la rente n'est réduite que de la moitié du revenu de l'activité de réadaptation et le service de la rente se poursuit pendant un maximum de 24 mois.

Par ailleurs, pendant que vous exercez l'activité de réadaptation, votre revenu total ne peut dépasser

100 % de votre salaire avant l'invalidité.

Fin de l'indemnisation

Les versements mensuels prennent fin le jour où se réalise l'une des éventualités suivantes :

- La cessation de votre invalidité totale.
- Votre 65e anniversaire de naissance. Toutefois, si le délai de carence expire entre votre 64e et votre 65e anniversaire de naissance, la rente vous est versée tant que vous êtes invalide, sous réserve d'un maximum de 12 mensualités.
- La négligence ou le refus de vous soumettre, sur la demande de la Financière Manuvie, à un examen médical, psychiatrique ou psychologique, ou à une évaluation de vos études et de votre formation professionnelle. Il est entendu que l'examineur est choisi par la Financière Manuvie.
- Votre internement dans une prison ou dans un hôpital psychiatrique, ordonné par une cour criminelle.
- La négligence ou le refus d'exercer l'activité de réadaptation, ou de subir une cure de désintoxication (alcoolisme, toxicomanie, abus d'une substance toxique), une psychothérapie, un traitement médical ou psychiatrique, recommandés par la Financière Manuvie.
- Votre refus de remplir et de renvoyer l'engagement de remboursement ou d'en exécuter les obligations sur la demande de la Financière Manuvie (précisions sous la rubrique Responsabilité des tiers).
- Votre décès.
- Votre date de départ à la retraite.

Invalidité récidivante

Si vous êtes de nouveau atteint d'invalidité totale en raison des mêmes causes ou de causes analogues au cours des 6 mois de travail effectif suivant la cessation du versement des prestations d'invalidité de longue durée, la Financière Manuvie considérera l'invalidité comme une prolongation de l'invalidité précédente.

Vous ne serez pas tenu de satisfaire à nouveau le délai de carence. Les prestations seront calculées en fonction de votre salaire à la date du début de votre invalidité précédente. Le versement des prestations pour l'ensemble des invalidités ne peut excéder la période maximale d'indemnisation.

Si vous étiez totalement invalide et que vous devenez à nouveau totalement invalide dans les 180 jours suivant immédiatement la période d'indemnisation précédente, en raison d'une affection distincte et non liée à l'affection initiale, la période d'attente sera de 14 jours seulement.

Exonération de la prime

Vous serez exonéré du paiement de la prime de votre garantie Rente d'invalidité de longue durée pendant toute période où vous êtes admissible à des prestations.

Prolongation de la couverture

Le service de la rente d'invalidité de longue durée se poursuit après la cessation, à condition que votre invalidité ait commencé en cours de garantie. Le versement de la rente se poursuit conformément aux stipulations du contrat d'assurance collective, même s'il est résilié par la suite.

Vos avantages sociaux

La Financière Manuvie se réserve le droit d'exiger des attestations d'invalidité et des examens par ses médecins-conseils.

Présentation des demandes de règlement

Pour présenter une demande de règlement, vous devez remplir le formulaire Déclaration de sinistre - Invalidité de longue durée que vous pouvez vous procurer auprès de l'administrateur de votre régime. Votre médecin traitant doit aussi remplir une section de ce formulaire.

Les formulaires de demande de règlement doivent être soumis à la Financière Manuvie, dûment remplis, dans les 6 mois qui suivent la fin du délai de carence.

Exclusions

Les invalidités reliées à ce qui suit n'ouvrent droit à aucune prestation d'invalidité :

- Toute période d'invalidité au cours de laquelle le membre n'est pas traité par un médecin.
- Blessures résultant du fait de l'assuré, à moins qu'une attestation médicale établisse qu'elles sont reliées à une condition de santé mentale.
- Insurrection, guerre, participation à une émeute ou service dans les forces armées de tout pays.
- Affection attribuable directement ou indirectement à la perpétration d'un acte criminel.

Les complications de la grossesse ouvrent droit à des prestations. Cependant, aucune invalidité, quelle qu'en soit la cause, n'ouvre droit à des prestations durant un congé de maternité ou pendant toute période au cours de laquelle votre employeur pourrait vous obliger à prendre ce congé conformément à la loi ou à une entente entre vous et votre employeur.

Garanties d'assurance maladies graves

Veillez consulter vos brochures sur l'assurance maladies graves pour obtenir des renseignements supplémentaires sur cette assurance.

Remarque : La garantie choisie pour l'assurance facultative et l'assurance du conjoint correspondra à celle choisie pour l'assurance de base. Par exemple, si vous bénéficiez de la garantie standard pour l'assurance de base, il en sera de même pour l'assurance facultative et l'assurance du conjoint. Si vous bénéficiez de la garantie complète pour l'assurance de base, il en sera de même pour l'assurance facultative et l'assurance du conjoint.

Assurance maladies graves du membre

Pour les participants actifs seulement

Si, en cours de garantie, vous recevez un diagnostic d'une affection couverte indiquée dans l'annexe portant sur les affections couvertes au titre de l'assurance maladies graves, vous pouvez présenter une demande de règlement au titre de l'assurance maladies graves de base du salarié. Vous devez survivre à cette affection pendant au moins 30 jours après la date d'établissement du premier diagnostic. Nous évaluerons votre demande de règlement en fonction de nos critères d'admissibilité.

La garantie

Garantie - complète garantie

Montant d'assurance - 10 000 \$

Vos avantages sociaux

Âge de cessation - La couverture prend fin au 75^e anniversaire de naissance, au départ à la retraite ou au versement de la prestation d'assurance maladies graves pour chacune des quatre catégories d'affections multiples couvertes, selon la première éventualité.

Période probatoire - aucune

Assurance maladies graves facultative du membre

Si, en cours de garantie, vous recevez un diagnostic d'une affection couverte indiquée dans l'annexe portant sur les affections couvertes au titre de l'assurance maladies graves, vous pouvez présenter une demande de règlement au titre de l'assurance maladies graves facultative du membre. Vous devez survivre à cette affection pendant au moins 30 jours après la date d'établissement du premier diagnostic. Nous évaluerons votre demande de règlement en fonction de nos critères d'admissibilité.

La garantie

Garantie - complète

Montant d'assurance - tranches de 10 000 \$, jusqu'à concurrence de 300 000 \$ (prestation minimale de 10 000 \$)

Maximum sans attestation médicale - Une attestation médicale est exigée pour tout montant d'assurance. Toutefois, une preuve d'assurabilité n'est pas exigée si vous demandez à souscrire un montant d'assurance de 50 000 \$ ou moins dans les 31 jours suivant la date de votre admissibilité dans le cas d'un membre non retraité.

Âge de cessation - Le montant de votre assurance est réduit de 50 % à 65 ans, jusqu'à concurrence d'un maximum de 50 000 \$ pour les participants actifs et de 20 000 \$ pour les participants retraités (montant d'assurance minimal de 10 000 \$). Votre couverture prend fin à 75 ans ou au versement de la prestation d'assurance maladies graves pour chacune des quatre catégories d'affections multiples couvertes, selon la première éventualité. La réduction maximale ne pourra plus être augmentée par la suite.

Période probatoire - aucune

Assurance maladies graves du conjoint

Si, en cours de garantie, votre conjoint reçoit un diagnostic d'une affection couverte indiquée dans l'annexe portant sur les affections couvertes au titre de l'assurance maladies graves, vous pouvez présenter une demande de règlement au titre de l'assurance maladies graves du conjoint. Votre conjoint doit survivre à cette affection pendant au moins 30 jours après la date d'établissement du premier diagnostic. Nous évaluerons votre demande de règlement en fonction de nos critères d'admissibilité.

La garantie

Garantie - Complète

Montant d'assurance - tranches de 10 000 \$, jusqu'à concurrence de 300 000 \$ (prestation minimale de 10 000 \$).

Maximum sans attestation médicale - Une attestation médicale est exigée pour tout montant d'assurance. Toutefois, une preuve d'assurabilité n'est pas exigée si vous demandez à souscrire un montant d'assurance de 50 000 \$ ou moins dans les 31 jours suivant la date de votre admissibilité dans le cas d'un membre non retraité.

Âge de cessation - Le montant d'assurance de votre conjoint est réduit de 50 % lorsqu'il atteint 65 ans, jusqu'à concurrence d'un maximum de 50 000 \$ pour un conjoint de participants actifs et de 20 000 \$ pour un conjoint de participants retraités (montant d'assurance minimal de 10 000 \$). La couverture prend fin à 75 ans (âge du salarié ou âge du conjoint) ou au versement de la prestation d'assurance maladies graves de votre conjoint pour chacune des quatre catégories d'affections multiples couvertes, selon la première éventualité. La réduction maximale ne pourra plus être augmentée par la suite.

Période probatoire - aucune

Assurance maladies graves des enfants

Si, en cours de garantie, votre enfant reçoit un diagnostic d'une affection couverte indiquée dans l'annexe portant sur les affections couvertes au titre de l'assurance maladies graves, vous pouvez présenter une demande de règlement au titre de l'assurance maladies graves des enfants. Votre enfant doit survivre à cette affection pendant au moins 30 jours après la date d'établissement du premier diagnostic. Nous évaluerons votre demande de règlement en fonction de nos critères d'admissibilité.

La garantie

Garantie - complète

Montant d'assurance - 10 000 \$ par enfant

Âge de cessation - l'assurance prend fin à votre 75^e anniversaire de naissance, à l'âge limite de votre enfant précisé à la section Définitions ou lorsque la prestation pour maladie grave des enfants est versée, selon la première éventualité

Période probatoire - aucune

Définitions de termes associés à l'assurance maladies graves

Enfant

Votre enfant naturel, adopté ou par alliance, ou celui de votre conjoint, qui :

- est assuré au titre du régime provincial;
- n'est pas marié;
- ne travaille pas à temps plein;
- n'est pas admissible à l'assurance à titre de membre aux termes de la police ou de toute autre police d'assurance collective;
- est à votre charge; et
- est âgé de moins de 21 ans ou de moins de 27 ans s'il est un étudiant à temps plein.

Proche parent

Proche parent Personne qui est :

- le membre; ou
- le conjoint ou l'enfant du membre.

Vos avantages sociaux

Membre

Personne qui entretient le principal lien avec le titulaire de contrat et qui :

- dans la cas d'un membre non retraité :
 - répond à l'une des conditions suivantes :
 - être membre de l'Association des enseignantes et des enseignants francophones du Nouveau-Brunswick ou de la New Brunswick Teachers' Association,
 - être membre associé de l'Association des enseignantes et des enseignants francophones du Nouveau-Brunswick ou de la New Brunswick Teachers' Association,
 - être membre de l'Association des enseignantes et des enseignants francophones du Nouveau-Brunswick, de la New Brunswick Teachers' Association, de la Fédération des enseignants du Nouveau-Brunswick, du Fonds de fiducie d'assurance collective de la Fédération des enseignants du Nouveau-Brunswick ou de la NBTA Credit Union.
 - être âgée d'au moins 18 ans mais de moins de 75 ans;
 - travailler à temps plein directement pour le titulaire de police et occuper un poste permanent;
 - recevoir une rémunération du titulaire de police;
 - être domiciliée au Canada ou aux États-Unis.
- avoir pris sa retraite et être domiciliée au Canada ou aux États-Unis.

Médecin

Médecin Docteur en médecine dûment autorisé à exercer la médecine à l'endroit au Canada où sont prodigués les soins.

Conjoint

Personne qui est votre conjoint légitime ou avec qui vous vivez une relation de couple de façon continue depuis au moins 12 mois et qui est assurée au titre du régime provincial. Le conjoint dont vous inscrivez le nom sur la demande d'assurance maladies graves du conjoint est le seul conjoint admissible à l'assurance du conjoint au titre de la police. Pour cette assurance, nous ne tiendrons pas compte d'une personne de qui vous avez divorcé, avec qui vous vivez sans relation de couple ou de laquelle vous êtes séparé (peu importe si une ordonnance a été rendue par un tribunal ou si un accord officiel de séparation a été conclu).

Critères d'admissibilité

La Financière Manuvie tient compte des critères suivants pour déterminer votre admissibilité à la prestation d'assurance maladies graves :

- la Financière Manuvie reçoit des renseignements médicaux à l'appui de votre diagnostic de maladie grave couverte;
- le diagnostic de toute maladie grave est posé par un médecin qui exerce la médecine au Canada et qui est spécialisé dans le traitement de la maladie grave visée.

La Financière Manuvie peut en tout temps exiger que vous vous soumettiez à un examen médical ou à une évaluation par la personne de son choix.

Assurance maladies graves - Affections couvertes

Pour obtenir plus d'information sur ces affections, consultez l'annexe portant sur les affections couvertes au titre de l'assurance maladies graves.

Les affections couvertes au titre de l'assurance maladies graves sont décrites dans le tableau figurant à la fin de la présente brochure.

Pour obtenir plus d'information sur ces affections, consultez l'annexe portant sur les affections couvertes au titre de l'assurance maladies graves.

Couverture en cas d'affections multiples

Ne s'applique pas à l'assurance maladies graves des enfants

Cette couverture permet le versement d'une prestation forfaitaire dans l'éventualité où vous ou votre conjoint seriez atteint de deux maladies graves couvertes ou plus. Chaque affection figure dans l'une des quatre catégories d'affections multiples couvertes décrites ci-après. Vous et votre conjoint pouvez présenter une demande de prestation portant sur une maladie grave dans chacune des catégories d'affections multiples couvertes. Vous et votre conjoint ne pouvez présenter qu'une seule demande de prestation dans n'importe laquelle des catégories d'affections couvertes.

Vous ou votre conjoint êtes admissible à la prestation prévue en cas d'affections multiples dans les cas suivants :

- participants actifs : votre état de santé ou celui de votre conjoint doit avoir été déclaré stable, et vous ou votre conjoint devez avoir été effectivement au travail pendant une période d'au moins 60 jours civils consécutifs suivant la date d'établissement du diagnostic de la maladie grave initiale;
- participants retraités : votre état de santé ou celui de votre conjoint doit avoir été déclaré stable pendant une période d'au moins 365 jours civils consécutifs suivant la date d'établissement du diagnostic de la maladie grave initiale.

Si votre conjoint est sans emploi, il ne doit être atteint d'aucune affection physique ou mentale pouvant l'empêcher de travailler dans l'éventualité où il déciderait d'occuper un emploi.

Catégories d'affections multiples couvertes

- Cancer et tumeur cérébrale bénigne
- Accident vasculaire cérébral, crise cardiaque, pontage coronarien, remplacement de valvules cardiaques, chirurgie de l'aorte, myocardiopathie dilatée, perte de l'usage de la parole, coma, paralysie, maladie du motoneurone, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer, hypertension artérielle pulmonaire primitive, perte d'autonomie, méningite purulente, dystrophie musculaire
- Insuffisance rénale, greffe d'un organe vital ou de moëlle osseuse, défaillance d'un organe vital ou de la moëlle osseuse et en attente d'une greffe, anémie aplastique, cécité, hépatite fulminante
- Surdité, brûlures graves, perte de membres, infection   VIH contractée au travail

Vos avantages sociaux

Droit de transformation

Si vous avez moins de 65 ans et que votre assurance collective prend fin, il est possible que vous puissiez transformer votre assurance maladies graves et celle des personnes à votre charge en une assurance maladies graves personnelle, sans avoir à présenter de preuve d'assurabilité. Vous devez souscrire l'assurance personnelle dans les 31 jours suivant la cessation de votre assurance maladies graves. Si vous recevez un diagnostic de maladie grave couverte au cours du délai de transformation de 31 jours, le montant d'assurance transformable est versé, que vous ayez ou non présenté une demande de transformation.

Pour plus de renseignements sur le droit de transformation, consultez l'administrateur de votre régime.

Présentation des demandes de règlement

Pour pouvoir présenter une demande de règlement au titre de l'assurance maladies graves, la personne doit avoir survécu à l'affection pendant au moins 30 jours après la date d'établissement du premier diagnostic.

Pour toute couverture d'assurance maladies graves, nous devons recevoir votre formulaire de demande de règlement dûment rempli dans les 90 jours suivant l'établissement du diagnostic de maladie grave.

Vous pouvez obtenir un formulaire de demande de règlement dans la section Formulaires et dépliants du site protégé à l'intention des participants de l'Assurance collective Financière Manuvie. Autrement, vous pouvez obtenir un formulaire auprès de l'administrateur de votre régime.

Vous trouverez sur le formulaire de demande de règlement tous les renseignements que vous devez fournir à l'appui de votre demande.

Exclusion

Aucune prestation ne peut être versée pour toute maladie grave liée à ce qui suit :

- toute exclusion s'appliquant à une affection donnée, indiquée dans l'annexe portant sur les affections couvertes au titre de l'assurance maladies graves
- blessures ou maladies auto-infligées
- consommation abusive de substances engendrant une dépendance, y compris les drogues et l'alcool
- guerre, insurrection, action hostile d'une force armée, ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire
- perpétration ou tentative de perpétration d'une agression ou d'un acte criminel
- blessures subies pendant que l'assuré était au volant d'un véhicule motorisé et dont les facultés sont affaiblies par tout produit intoxicant ou dont l'alcoolémie est supérieure à 80 milligrammes par 100 millilitres de sang
- prise d'une substance toxique ou inhalation de gaz ou d'émanations toxiques
- affection diagnostiquée chez un enfant né dans les 10 mois suivant la date d'effet de l'assurance des enfants

- dans le cas des membres non retraités, affection préexistante contractée ou diagnostiquée dans les 12 premiers mois de la couverture ou de la dernière remise en vigueur de la couverture. Cette restriction s'applique peu importe si l'assuré connaissait l'existence de l'affection ou s'il avait reçu un diagnostic avant la date d'effet de l'assurance ou de la dernière remise en vigueur

Une affection préexistante consiste en une maladie ou une blessure pour laquelle l'assuré a présenté des signes et des symptômes, a reçu des traitements, des soins ou des services médicaux (y compris des services de diagnostic), a consulté un médecin ou s'est fait prescrire des médicaments - ou pour laquelle il aurait reçu un traitement s'il avait été prudent - dans les 12 mois précédant la date d'effet de l'assurance maladies graves ou de la dernière date de remise en vigueur.

- dans le cas des membres retraités, affection préexistante contractée ou diagnostiquée dans les 24 premiers mois de la couverture ou de la dernière remise en vigueur de la couverture. Cette restriction s'applique peu importe si l'assuré connaissait l'existence de l'affection ou s'il avait reçu un diagnostic avant la date d'effet de l'assurance ou de la dernière remise en vigueur

Une affection préexistante consiste en une maladie ou une blessure pour laquelle l'assuré a présenté des signes et des symptômes, a reçu des traitements, des soins ou des services médicaux (y compris des services de diagnostic), a consulté un médecin ou s'est fait prescrire des médicaments - ou pour laquelle il aurait reçu un traitement s'il avait été prudent - dans les 24 mois précédant la date d'effet de l'assurance maladies graves ou de la dernière date de remise en vigueur.

- dans le cas d'un cancer ou d'une tumeur cérébrale bénigne, aucune prestation ne peut être versée si, dans les 90 jours suivant la date d'effet de la couverture, l'assuré :
 - a présenté des signes ou des symptômes menant à l'établissement d'un diagnostic de cancer ou de tumeur cérébrale bénigne, peu importe la date d'établissement du diagnostic;
 - s'est soumis à des examens ou à des tests médicaux, ou à toute autre forme d'évaluation clinique menant à l'établissement d'un diagnostic de cancer ou de tumeur cérébrale bénigne, peu importe la date d'établissement du diagnostic;
 - a reçu un diagnostic de cancer ou de tumeur cérébrale bénigne.

Vos avantages sociaux

Assurance décès et mutilation de base et facultative

Police no.: BSC 9424810

Police no.: PAI 9424811

Pourquoi avez-vous besoin d'une assurance en cas d'accident?

Une blessure grave ou un décès par suite d'un accident peut avoir d'énormes conséquences même dans le cas d'une famille à deux revenus. Un accident grave peut vous empêcher de faire face à vos obligations financières et suite à votre décès, votre conjoint peut être dans l'impossibilité de défrayer le coût des soins dont vos êtres chers peuvent avoir besoin. Sans une source de revenu fiable, il pourrait vous être impossible de faire vos versements hypothécaires, d'acquitter les frais d'étude collégiale ou d'épargner pour la retraite.

Votre employeur vous offre une assurance en cas d'accident. Il vous offre également l'occasion de tirer parti d'un pouvoir d'achat collectif pour souscrire une assurance individuelle en cas d'accident, simple et économique. Ces deux assurances sont émises par la Compagnie d'Assurance AIG du Canada. Chacune des polices prévoit une prestation globale pour alléger le fardeau financier et assurer que les besoins de votre famille sont satisfaits, si vous ou vos personnes à charge admissibles perdez la vie, ou des « prestations du vivant », dans le cas où un accident couvert entraîne une paralysie, la perte ou la perte de l'usage d'un membre, de la vue, de la parole ou de l'ouïe.

- **Acceptation garantie** — L'assurance est accordée sans égard à vos antécédents médicaux.

- **Protection dans le monde entier, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7** — Votre assurance vous couvre 24 heures sur 24, au travail, à la maison ou durant vos loisirs, partout dans le monde.

Mode de fonctionnement

Sous la Couverture de base BSC 9424810

Vous êtes automatiquement assuré si vous êtes un membre actif ou retraité du Titulaire de police âgé de moins de 70 ans. Vous êtes couvert pour un montant de \$50,000.

Sous la Couverture facultative PAI 9424811

Vous choisissez le Capital assuré qui vous convient, lequel est indiqué dans votre demande d'adhésion à l'assurance. Vous êtes admissible si vous appartenez à une des Catégories suivantes :

Catégorie I : Tous les membres actifs ou retraités du Titulaire de police âgés de moins de 70 ans.

Catégorie II : Membres de la Catégorie I, leurs conjoints et les Personnes à charge admissibles.

Pour un Capital assuré de :

Catégorie I : montant minimum de 10 000 \$ et d'un maximum de 500 000 \$ par tranche de 10 000 \$

Catégorie II : montant minimum de 10 000 \$ et d'un maximum de 500 000 \$ par tranche de 10 000 \$
si la Personne assurée opte pour la couverture familiale et qu'elle a :

Vos avantages sociaux

- a) un conjoint sans enfants à charge, le conjoint bénéficie d'une assurance équivalente à 60% de son Capital assuré
- b) un conjoint et des enfants à charge, le conjoint bénéficie d'une assurance correspondant à 50% du Capital assuré et chacun de vos enfants bénéficie individuellement d'une assurance équivalente à 15% de sa propre assurance
- c) des enfants à charge et pas de conjoint, chacun des enfants à charge est automatiquement assuré à raison de 20 % du Capital assuré

Définitions

Par « **Personne assurée** », on entend vous, si vous êtes un membre actif du Titulaire de police, âgé de moins de 70 ans.

Par « **conjoint** », on entend une personne âgée de moins de 70 ans, qui est légalement mariée à vous ou, en l'absence d'une telle personne, une personne qui sans être légalement mariée à vous, cohabite avec vous depuis au moins 1 an et est représentée en public comme votre partenaire domestique dans la communauté où vous vivez.

Par « **Enfant à charge** », on entend un enfant de sang, un enfant adopté ou un enfant né d'une autre union du conjoint ou un enfant pour qui vous tenez le rôle de parent et qui (i) est âgé de moins de 23 ans, est célibataire et dépend de vous pour son soutien et sa subsistance et qui n'exerce pas d'emploi rémunéré de plus de 25 heures par semaine ou qui (ii) est âgé de moins de 26 ans, est célibataire, fréquente un établissement d'enseignement postsecondaire, dépend de vous pour son soutien et sa subsistance et n'exerce pas d'emploi rémunéré de plus de 25 heures par semaine ou qui (iii) en raison d'infirmité mentale ou physique, est incapable d'exercer un emploi lui permettant de subvenir à ses besoins et est considéré comme votre enfant à charge au sens de la *Loi de l'impôt sur le revenu (Canada)*.

Désignation de bénéficiaire sous la police décès et mutilation accidentelle de base BSC 94241810

En cas de décès accidentel, les prestations seront payables au bénéficiaire désigné par la personne assurée au régime d'assurance-vie collective de base en vigueur du Titulaire de police ou à la succession si aucun bénéficiaire n'est désigné.

Toutes les autres prestations seront payables à la personne assurée.

Désignation de bénéficiaire sous la police décès et mutilation accidentelle facultative PAI 9424811

Vous pouvez désigner un bénéficiaire qui recevra le montant payable en vertu de la présente police si vous décédez par accident. En l'absence d'une désignation par écrit, la prestation sera versée à votre succession. En cas de décès de vos personnes à charge assurées, le montant payable vous est versé.

Toutes les autres prestations vous seront versées.

Prestations et garanties

Décès, mutilation, paralysie et perte de l'usage par accident

Si une perte couverte survient dans les 365 jours suivant la date de l'accident couvert qui en est la cause, le régime prévoit le versement d'une somme forfaitaire correspondant au pourcentage du Capital assuré indiqué dans le Tableau des pertes suivant :

Tableau des pertes

Perte de la vie Le Capital assuré

Vos avantages sociaux

Perte des deux mains ou des deux pieds.....	Le Capital assuré
Perte de la vue complète des deux yeux.....	Le Capital assuré
Perte d'une main et d'un pied.....	Le Capital assuré
Perte d'une main et de la vue complète d'un œil.....	Le Capital assuré
Perte d'un pied et de la vue complète d'un œil.....	Le Capital assuré
Perte d'un bras ou d'une jambe	Quatre cinquièmes du Capital assuré
Perte d'une main ou d'un pied.....	Trois quarts du Capital assuré
Perte de la vue complète d'un œil.....	Trois quarts du Capital assuré
Perte du pouce et de l'index de la même main	Un tiers du Capital assuré
Perte de la parole et de l'ouïe	Le Capital assuré
Perte de la parole ou de l'ouïe	Trois quarts du Capital assuré
Perte de l'ouïe d'une oreille.....	Deux tiers du Capital assuré
Perte de quatre doigts d'une main.....	Un tiers du Capital assuré
Perte de tous les orteils d'un pied	Un quart du Capital assuré

Perte de l'usage

Perte de l'usage des deux bras ou des deux mains	Le Capital assuré
Perte de l'usage d'une main ou d'un pied.....	Trois quarts du Capital assuré
Perte de l'usage d'un bras ou d'une jambe	Quatre cinquièmes du Capital assuré

Paralysie

Quadriplégie (paralysie totale des deux membres supérieurs et des deux membres inférieurs).....	Deux fois le Capital assuré jusqu'à concurrence d'un million de dollars
Paraplégie (paralysie totale des deux membres inférieurs)	Deux fois le Capital assuré jusqu'à concurrence d'un million de dollars
Hémiplégie (paralysie totale d'un membre supérieur et d'un membre inférieur du même côté du corps)	Deux fois le Capital assuré jusqu'à concurrence d'un million de dollars

Si vous subissez plus d'une perte par suite d'un même accident, une seule prestation sera versée, soit la plus élevée.

Par « Perte », on entend les définitions suivantes : par « Quadriplégie », « Paraplégie » et « Hémiplégie », on entend la paralysie complète et irréversible des membres du corps visés; par « Main » ou « Pied », on entend le sectionnement total à l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus, mais en dessous de l'articulation du coude ou du genou; par « Bras » ou « Jambe », on entend le sectionnement total à l'articulation du coude ou du genou ou au-dessus; par « Pouce ou Index », on entend le sectionnement total à la première phalange ou au-dessus; par « Doigts », on entend le sectionnement total à la première phalange, ou au-dessus, des quatre Doigts d'une Main; par « Orteil », on entend le sectionnement total de deux phalanges de tous les Orteils d'un Pied; par « la Vue complète d'un oeil », on entend la Perte totale et irrémédiable de la vue de façon à ce que l'acuité visuelle corrigée de cet oeil soit égale ou inférieure à 20/200; par « la Vue complète des deux yeux », on entend la Perte totale et irréversible de la vue des deux yeux de façon à ce que l'acuité visuelle corrigée des deux yeux soit inférieure ou égale à 20/200 et que le champ visuel soit inférieur à 20 degrés dans les deux yeux. Un ophtalmologue qualifié doit confirmer cliniquement le diagnostic par écrit; par « l'Ouïe d'une oreille », on entend le diagnostic de Perte permanente de l'Ouïe d'une oreille, le seuil

auditif excédant 90 décibels. Un oto-laryngologiste qualifié doit confirmer un tel diagnostic par écrit; par « l'Ouïe », on entend le diagnostic de la Perte permanente de l'Ouïe des deux oreilles, le seuil auditif excédant 90 décibels dans chaque oreille. Un oto-laryngologiste qualifié doit confirmer le diagnostic par écrit; par « Perte de la parole », on entend la Perte totale et irrémédiable de la capacité d'émettre des sons intelligibles; et par « Perte de l'usage », on entend la Perte totale et irrémédiable de l'usage; cette Perte doit être continue pendant 12 mois consécutifs à la fin desquels elle doit être déclarée permanente. Par « Perte », utilisée dans les présentes, on entend aussi la « Perte de la vie ».

Prestation d'invalidité totale et permanente

Si vous subissez une blessure qui entraîne une invalidité totale et permanente, la Compagnie versera un montant correspondant au capital assuré, moins tout montant figurant dans le Tableau des pertes déjà payé ou payable pour la même perte. Par « invalidité totale et permanente », on entend qu'à la suite d'une blessure, vous êtes incapables d'effectuer au moins deux des activités de la vie quotidienne décrites ci-dessous sans l'aide d'une autre personne et ce, pendant une période de 12 mois après la date de la blessure, après quoi vous êtes alors jugés incapables d'effectuer de telles activités sans aide jusqu'à la fin de votre vie et un médecin atteste que l'invalidité est totale, permanente et irréversible.

Les activités de la vie quotidienne sont :

1. Maintien de la continence : contrôle des urines et des selles, y compris l'habilité à utiliser des fournitures pour stomisés ou d'autres appareils, comme les cathéters;
2. Déplacement : se déplacer entre le lit et une chaise ou entre le lit et un fauteuil roulant;
3. Habillement : s'habiller et se déshabiller en mettant ou en enlevant tous les articles d'habillement nécessaires;
4. Toilettes : aller aux toilettes et en revenir, s'asseoir sur la cuvette et se lever et faire les gestes d'hygiène personnelle qui y sont associés;
5. Manger : effectuer toutes les tâches principales nécessaires pour se nourrir; et
6. Prendre une douche ou un bain : se laver dans une baignoire ou prendre une douche, y compris entrer dans la baignoire ou se placer sous la douche.

Prestation pour réadaptation

Remboursement de vos frais de formation professionnelle, jusqu'à concurrence de 20 000 \$, si ces frais sont engagés dans les deux années suivant l'accident à l'origine d'une blessure pour laquelle vous recevez une prestation en vertu du régime.

Prestation pour aménagement de la résidence ou d'un véhicule

Versement d'une prestation allant jusqu'à 15 000 \$ pour la modification de votre résidence ou de votre véhicule, si vous subissez une blessure pour laquelle vous recevez une prestation en vertu du régime et laquelle vous oblige à utiliser un fauteuil roulant pour vous déplacer.

Prestation pour modification et adaptation de l'espace de travail

Versement d'une prestation allant jusqu'à 5 000 \$, si vous subissez une blessure pour laquelle vous recevez une prestation en vertu du régime et laquelle exige l'utilisation d'un équipement spécial adapté ou la modification de l'espace de travail afin de vous permettre un retour au travail à plein temps auprès du Titulaire de police.

Prestation pour thérapie psychologique

Versement d'une prestation allant jusqu'à 5 000 \$, si vous subissez une blessure pour laquelle vous recevez une prestation en vertu du régime et laquelle entraîne le besoin d'une thérapie psychologique dans les deux années qui suivent cette blessure.

Vos avantages sociaux

Prestation pour hospitalisation

Versement d'une prestation de (i) 1 % du Capital assuré jusqu'à concurrence de 2 500 \$ par mois pour une période d'hospitalisation de plus de 30 nuits ou (ii) 1/30 du montant déterminé conformément à l'alinéa (i) par période d'hospitalisation de plus de 5 nuits mais de moins de 30, si vous subissez une blessure pour laquelle vous recevez une prestation en vertu du régime et laquelle entraîne votre hospitalisation pour une période maximale de douze mois.

Prestation pour transport de la famille

Versement d'une prestation allant jusqu'à 15 000 \$ à l'égard des frais engagés pour le transport d'un membre de votre famille immédiate pour se rendre à l'hôpital où vous êtes hospitalisés, à plus de 100 kilomètres de votre résidence, à la suite d'une blessure pour laquelle vous recevez une prestation en vertu du régime.

Prestation de rapatriement

Versement d'une prestation allant jusqu'à 25 000 \$ pour couvrir les frais engagés pour le retour du corps à la ville de résidence, si vous êtes victimes de décès par accident couvert survenant à au moins 50 kilomètres de votre résidence.

Prestation pour identification du corps

Versement d'une prestation allant jusqu'à 25 000 \$ pour le transport d'un membre de votre famille immédiate qui se rend identifier le corps, si vous êtes victimes de décès par accident couvert survenant à au moins 150 kilomètres de votre résidence et si un organisme d'exécution de la loi exige une telle identification.

Prestation pour port de la ceinture de sécurité

V Versement d'une prestation additionnelle équivalant à 10 % du capital assuré, jusqu'à concurrence de 50 000 \$, si vous êtes victimes de décès par accident couvert alors que vous vous trouvez à bord d'un véhicule de tourisme en tant que conducteur ou passagers et que votre ceinture de sécurité est proprement bouclée au moment de l'accident.

Prestation pour frais de garderie

Versement d'une prestation allant jusqu'à 5 % du Capital assuré, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par année, pour les frais de garderie afférents à chaque enfant à charge de moins de 13 ans qui est inscrit dans une garderie au moment où vous êtes victimes de décès par accident couvert ou s'y inscrit dans les 90 jours suivants. La prestation est payable jusqu'à concurrence de quatre années consécutives.

Prestation pour études d'un enfant à charge

Versement d'une prestation allant jusqu'à 5 % du Capital assuré, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par année scolaire, pour les frais de scolarité de chaque enfant à charge qui est inscrit au niveau d'études postsecondaires, si vous êtes victimes de décès par accident couvert. La prestation est payable jusqu'à concurrence de quatre années consécutives.

Prestation pour études du conjoint

Versement d'une prestation allant jusqu'à 20 000 \$ visant les frais engagés par votre conjoint pour suivre un programme de formation professionnelle ou de cours de métier dans le but d'obtenir une source indépendante de revenu, si vous êtes victime d'un décès par accident couvert et si ces frais sont engagés dans une période de 30 mois suivant votre décès.

Prestation pour frais funéraires

Versement d'une prestation allant jusqu'à 5 000 \$ pour rembourser les frais funéraires dans le cas où vous êtes victimes de décès par accident couvert.

Prestations pour les personnes en deuil

Vos avantages sociaux

Versement d'une prestation allant jusqu'à 1 000 \$, dans le cas où, à la suite de votre décès par accident couvert, vos personnes à charge admissibles ont besoin de counseling dans l'année qui suit l'accident.

Prestation suite à un assaut criminel

Versement d'un montant additionnel correspondant à 10 % du capital assuré, si vous subissez une blessure pour laquelle vous recevez des prestations en vertu du régime, à la suite d'un acte délictueux grave délibéré d'une autre personne dirigé contre vous en tant qu'employé du Titulaire de police, à l'exception d'un acte commis par un collègue ou un membre de votre famille ou de votre ménage.

Prestation en cas de maladie grave (à l'exclusion du cancer)

Versement d'un montant additionnel correspondant à 10 % du capital assuré, jusqu'à concurrence de 5 000 \$, si un diagnostic de maladies graves couvertes suivantes est posé à votre endroit :

- Brûlures profondes (troisième degré)
- Sclérose en plaques
- Fasciite nécrosante
- Maladie de Parkinson
- Défaillance d'un organe majeur nécessitant une greffe
- Maladie de motoneurone
- Greffe d'un organe majeur

Veillez consulter la police pour connaître les exigences particulières visant le diagnostic. Vous devez être hospitalisé pendant au moins 48 heures par suite de la maladie grave, rester en vie pendant au moins 30 jours après la date du diagnostic et être âgé de moins de 65 ans au moment du diagnostic. La prestation est versée une seule fois, même si vous êtes diagnostiqué comme ayant plus d'une maladie grave couverte.

Prestation en cas de coma

Versement d'une prestation mensuelle équivalant à 1 % de la différence entre le capital assuré et tout autre montant payable en vertu du régime relativement à une blessure, pendant une période maximale de 100 mois, si vous subissez une blessure pour laquelle vous recevez une prestation en vertu du régime et si dans la période de 90 jours suivant la date de l'accident couvert, vous êtes frappés d'incapacité par un coma qui persiste pendant au moins 6 mois consécutifs et qui, après quoi, est jugé permanent par un médecin.

Prestation en cas de brûlure

Versement d'un pourcentage du capital assuré, jusqu'à concurrence de 25 000 \$, si vous subissez une brûlure au troisième degré. Veillez consulter la police pour plus de précisions.

Indemnité pour décès simultanés (sous la Couverture Facultative seulement)

Si la Personne assurée et son conjoint assuré perdent tous deux la vie dans un même accident, le Capital assuré payable pour la perte de la vie du conjoint sera égal au montant payable pour la perte de la vie de la Personne assurée.

Exonération des primes

Exemption du paiement des primes en vertu du régime si vous recevez des prestations d'invalidité en vertu de la police d'assurance-vie collective du Titulaire de police.

Maintien de la couverture

Vos avantages sociaux

Votre couverture sera maintenue en vigueur pendant une période maximale de 12 mois au cours d'un licenciement temporaire, d'un congé d'invalidité de courte durée, d'une absence autorisée ou d'un congé de maternité, sous réserve du paiement de la prime.

Prolongation de l'assurance familiale

Si vous décédez, l'assurance de votre conjoint assuré et(ou) de vos enfants à charge assurés peut être prolongée pour une période maximale de 6 mois, sous réserve du paiement de la prime.

Droit de transformation

Si vous quittez votre emploi pour quelque raison que ce soit, vous avez 90 jours pour transformer votre assurance en vertu du régime en une police d'assurance individuelle qui prévoit une couverture comparable et un montant d'assurance qui ne doit pas dépasser le Capital assuré, selon les taux alors en vigueur pour les polices d'assurance individuelles.

Exclusions

Le régime ne couvre aucune perte causée ou entraînée en tout ou en partie par ce qui suit :

- (a) le suicide commis ou toute tentative de suicide commise par vous, si vous êtes sains d'esprit;
- (b) des blessures que vous vous infligez intentionnellement ou toute tentative en ce sens, que vous soyez sains d'esprit ou non;
- (c) la guerre, déclarée ou non, ou tout acte de guerre;
- (d) une maladie, une affection ou une infirmité corporelle, directement ou indirectement, à l'origine de la perte ou de la demande de règlement;
- (e) une incapacité mentale, directement ou indirectement, à l'origine de la perte ou de la demande de règlement;
- (f) une blessure subie pendant que vous recevez un traitement médical ou chirurgical pour soigner une maladie, une affection ou une infirmité corporelle ou mentale;
- (g) un accident ou un événement vasculaire cérébral, un accident ou un événement cardiovasculaire, un infarctus du myocarde ou une crise cardiaque, une thrombose coronaire, un anévrisme;
- (h) un voyage ou un vol à bord d'un appareil (y compris à l'embarquement ou au débarquement et en y montant ou en descendant) utilisé pour la navigation aérienne, si vous :
 - i. êtes passagers dans un aéronef non destiné au transport de passagers ou ne détenant pas de permis à cet effet; ou
 - ii. exécutez, apprenez à exécuter ou enseignez à exécuter des manœuvres en tant que pilotes ou membres de l'équipage de tout aéronef; ou
 - iii. êtes passagers d'un aéronef qui appartient au Titulaire de police ou qui est loué par ce dernier.
- (i) une infection, quelle qu'elle soit, peu importe la façon dont elle a été contractée, à l'exception d'infections bactériennes causées directement par le botulisme, l'intoxication alimentaire ou une coupure ou une blessure accidentelles indépendantes et en l'absence de toute autre maladie, affection ou condition sous-jacentes, y compris mais sans s'y limiter, le diabète;
- (j) une blessure que vous subissez pendant que vous êtes au service actif à plein temps des forces armées ou des forces de réserve organisées d'un pays ou d'une autorité internationale quelconques. (Sur demande du Titulaire de police, la Compagnie remboursera toute prime non acquise se rapportant à une période pendant laquelle vous êtes en service actif à temps plein);
- (k) une blessure que vous subissez pendant que vous êtes sous l'effet de substances intoxicantes et que vous conduisez un véhicule ou tout autre moyen de transport ou de déplacement et que le taux d'alcoolémie soit de plus de 80 milligrammes par 100 millilitres de sang;

- (l) une blessure que vous subissez pendant que vous êtes sous l'effet de drogues ou de substances désignées, selon la définition figurant dans la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (Canada) à moins que leur prise soit strictement conforme aux conseils et à l'ordonnance d'un médecin autorisé;
- (m) la perpétration ou toute tentative de perpétration d'un acte par vous ou une blessure subie par vous durant la perpétration ou toute tentative de perpétration d'un tel acte qui, s'il fait l'objet d'un jugement du tribunal, serait un acte illégal aux termes des lois de la juridiction où l'acte a été commis; et
- (n) un acte, toute tentative de perpétrer un acte, ou une omission commise par vous, ou un acte, toute tentative de perpétrer un acte ou une omission commise avec votre consentement dans le but d'interrompre le flux sanguin vers votre cerveau ou de causer l'asphyxie, qu'il y ait ou non intention de nuire; et
- (o) les causes naturelles.

Limite globale par accident

Le montant maximal que paiera la Compagnie pour deux membres assurés ou plus qui subissent une blessure par suite d'un seul accident est le montant correspondant à la limite globale par accident indiqué dans la police. Si les prestations totales que la Compagnie aurait à payer dépassent la limite globale par accident, chaque membre assuré recevra sa part proportionnelle du montant de la limite globale par accident versée par la Compagnie.

Date d'entrée en vigueur pour la police décès et mutilation accidentelle facultative BSC 9424810

Votre assurance entre en vigueur la date à laquelle vous répondez à la définition d'un « membre assuré ».

Date d'entrée en vigueur pour la police décès et mutilation accidentelle facultative PAI 9424811

L'assurance d'un membre assuré, d'un conjoint ou d'un enfant à charge entre en vigueur à la dernière des dates suivantes : 1) la date d'effet de la police, 2) le premier jour du mois qui suit la date de réception de votre demande d'adhésion dûment remplie à votre service des Ressources humaines ou 3) la date à laquelle la personne visée répond à la définition d'un « membre assuré », d'un « conjoint » ou d'un « enfant à charge ».

Date de résiliation

L'assurance prend fin à la première des dates suivantes :

- 1) la date de résiliation de la police, 2) la date d'échéance de la prime en cas de non-paiement d'une prime échue, 3) la date à laquelle vous ne répondez plus à la définition d'un « membre assuré » ou 4) le premier jour du mois suivant la date à laquelle vous ne faites plus partie d'une catégorie d'adhésibles comme il est indiqué dans la police.

La présente brochure ne fait que décrire brièvement la couverture offerte. Les renseignements complets sur les garanties sont contenus dans la police, y compris les dispositions relatives aux limitations, aux exclusions et à la résiliation. En cas d'incompatibilité entre le présent document et la police, la police prévaut. L'assurance est émise par la Compagnie d'Assurance AIG du Canada.

Dans le présent document, l'emploi générique du masculin englobe le féminin.

