



Catégorie : 32 – Médecin chef

- ❖ [Sommaire des garanties](#)
- ❖ [Assurance vie du salarié](#)
- ❖ [Assurance vie facultative du salarié](#)
- ❖ [Assurance vie facultative des personnes à charge](#)
- ❖ [Assurance de base en cas de mort accidentelle et mutilation](#)
- ❖ [Assurance complémentaire de frais de soins médicaux](#)
- ❖ [Soins dentaires](#)
- ❖ [Invalité de longue durée](#)

Date : le 1 décembre 2013

Soins Continus Bruyère

Catégorie : 32 – Médecin chef

Bienvenue au régime d'assurance collective

Date d'effet du contrat collectif : Le 1er novembre 1996

Le présent livret des garanties a été conçu expressément pour répondre à vos besoins. Il 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.

Votre service des Ressources humaines peut vous renseigner sur vos garanties.

Table des matières

<u>Sommaire des garanties</u>	1
<u>Comment utiliser votre livret des garanties</u>	7
<u>Définition de termes courants en assurance</u>	8
<u>Pourquoi des garanties collectives?</u>	11
<u>Votre service des Ressources humaines</u>	11
<u>Comment adhérer à l'assurance collective</u>	11
<u>Modifications</u>	12
<u>Traitement des demandes de règlement</u>	13
<u>Coordination des prestations prévues par l'assurance complémentaire de frais de soins médicaux et l'assurance de soins dentaires</u>	13
<u>Qui peut bénéficier des garanties</u>	16
<u>Admissibilité</u>	16
<u>Preuve d'assurabilité</u>	16
<u>Adhésion tardive</u>	17
<u>Adhésion tardive à la garantie Soins dentaires</u>	17
<u>Date d'effet de l'assurance</u>	17
<u>Résiliation de l'assurance</u>	18
<u>Vos garanties collectives</u>	19
<u>Assurance vie du salarié</u>	19
<u>Assurance vie facultative du salarié</u>	20
<u>Assurance vie facultative des personnes à charge</u>	22
<u>Assurance de base en cas de mort accidentelle et mutilation</u>	24
<u>Assurance complémentaire de frais de soins médicaux</u>	31
<u>Frais couvert</u>	33
<u>Soumission des demandes de règlement</u>	40
<u>Soins dentaires</u>	42
<u>Soumission des demandes de règlement</u>	45
<u>Garantie complémentaire pour les personnes à charge survivantes</u>	47
<u>Invalidité de longue durée</u>	47
<u>Invalidité récidivante</u>	52
<u>Soumission des demandes de règlement</u>	53

Sommaire des garanties

Assurance vie du salarié

Montant d'assurance - 2 fois votre salaire annuel, jusqu'à concurrence de 500 000 \$

Âge de la résiliation - le montant de la garantie diminue de 50 % le 1er avril suivant votre 65e anniversaire de naissance, et diminue de plus à 1 000 \$ le premier avril suivant votre 70^e anniversaire de naissance et prend fin à l'âge au départ en retraite.

Assurance vie facultative du salarié

Montant de la garantie - tranches de 10 000 \$ - maximum de 500 000 \$

Âge de la résiliation - 65 ans ou l'âge au départ en retraite, s'il est moins élevé

Assurance vie facultative des personnes à charge

Montant de la garantie - Conjoint - tranches de 10 000 \$ - maximum de 500 000 \$

Montant de la garantie - Enfant - un choix d'un des montants suivants :

- 5,000 \$
- 10,000 \$
- 15,000 \$
- 20,000 \$

Âge de la résiliation - dès que le salarié atteint l'âge de 65 ans ou, s'il est moins élevé, la date à laquelle le salarié prend sa retraite

Sommaire des garanties

Assurance complémentaire de frais de soins médicaux

La garantie

Garantie maximale globale - aucun plafond

Franchise - \$10 garantie individuelle, 20 \$ garantie familiale, par année (s) civile(s)

Ne s'applique pas à ce qui suit :

Soins hospitaliers

Services et matériel médicaux

Chaussures orthopédiques

Services professionnels

Soins de la vue

Maximum des frais d'exécution d'ordonnance - \$6.54 par ordonnance

Taux de remboursement (Coassurance) -

100 % pour - Médicaments - Soins hospitaliers - Services et matériels médicaux - Services professionnels - Soins de la vue

Âge de la résiliation - dès que le salarié atteint l'âge de 70 ans ou prend sa retraite

Médicaments sur ordonnance

Les frais suivants sont couverts s'ils sont engagés pour des médicaments ou des fournitures prescrits par écrit par un médecin ou un dentiste et délivrés par un pharmacien autorisé :

- médicaments pour le traitement d'une maladie ou d'une blessure qui, légalement ou par convention, ne peuvent être délivrés que sur ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste (les frais engagés pour les médicaments antitabac ne sont pas couverts)
- contraceptifs oraux
- médicaments injectables (les frais demandés par un professionnel de la santé ou un médecin pour l'administration de médicaments injectables ne sont pas couverts)
- médicaments essentiels au maintien de la vie
- vaccins et médicaments préventifs (par voie orale ou injection)
- aides diagnostiques, aiguilles et seringues ordinaires nécessaires pour le traitement du diabète (les frais pour les tampons d'ouate, l'alcool à friction, les injecteurs automatiques à pression et autres appareils semblables ne sont pas couverts.)
- Les frais engagés pour des médicaments, des produits biologiques et des préparations similaires qui sont destinés à être administrés à l'hôpital à un patient hospitalisé ou en consultation externe et qui ne sont pas destinés à être utilisés par un patient à la maison ne sont pas couverts.

Sommaire des garanties

- Maximum pour les médicaments

Médicaments contre la stérilité - 2 500 \$ par année civile

Viagra - 8 comprimés par mois

Tous les autres médicaments couverts - aucun plafond

- Prestations payables

Le remboursement des frais engagés pour des médicaments couverts tient compte de la franchise, du maximum des frais d'exécution d'ordonnance et du taux de remboursement de 100 % applicables aux médicaments

Le montant des frais remboursables ne pourra dépasser le coût du médicament générique le moins cher pouvant être substitué légalement au médicament prescrit et figurant sur la liste des médicaments couverts par le régime provincial.

Lorsqu'il n'existe aucun médicament générique pouvant être substitué au médicament prescrit, le montant des frais remboursables est égal au coût du médicament prescrit.

- Médicaments sur ordonnance - aucune substitution

Lorsque le médecin ou le dentiste indique sur l'ordonnance que le médicament prescrit ne doit pas être remplacé par un autre, la totalité des frais engagés pour ce médicament sera remboursable si celui-ci est couvert par la présente garantie.

Le remboursement des frais engagés pour des médicaments couverts tient compte de la franchise, du maximum des frais d'exécution d'ordonnance et du taux de remboursement de 100 % applicables aux médicaments.

- Limite relative à la quantité de médicaments

La quantité maximum de médicaments couverte au titre de la garantie sera la plus petite des quantités suivantes :

- a) la quantité prescrite par le médecin ou le dentiste ou
- b) la quantité devant être utilisée pendant 34 jours.

Une quantité de médicaments suffisante pour une période pouvant aller jusqu'à 100 jours pourra être couverte dans le cas d'un traitement de longue durée, si le médecin et le pharmacien jugent qu'il convient de prescrire une plus grande quantité de médicaments.

Sommaire des garanties

- Paiement d'ordonnances

Lorsque vous présentez votre carte médicaments à votre pharmacien, ce dernier peut obtenir immédiatement les détails de votre couverture. Au moment de l'achat, vous et les personnes à votre charge n'avez donc pas à payer le coût intégral des médicaments ou des fournitures prescrits.

Cette carte est acceptée par les pharmaciens participants qui affichent la vignette pertinente ayant trait au paiement direct de produits pharmaceutiques.

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

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

Vous devrez payer le coût intégral des médicaments ou des fournitures qui vous ont été prescrits au moment de leur achat :

- si vous ne pouvez trouver une 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 détails sur les modalités de remboursement à l'égard des frais des médicaments que vous avez payés intégralement, veuillez vous adresser à l'administrateur de votre régime.

Soins de la vue

- un examen de la vue par période de 2 années civiles, jusqu'à concurrence de 75 \$
- l'achat et l'ajustement des lentilles de lunettes sur ordonnance – une paire par période de 2 années civiles ou lentilles cornéennes au choix – une demande de règlement par période de 2 années civiles

Remarque : Les lentilles de lunettes et les lentilles cornéennes seront remboursées et basées sur les frais raisonnables et habituels.

- réparations, lunettes de remplacement ou les montures de lunettes, jusqu'à concurrence de 60 \$ toutes les 2 années civiles
- interventions au laser visant à corriger la vue au choix, jusqu'à concurrence de 250 \$ toutes les 2 années civiles

Sommaire des garanties

Services professionnels

Services offerts par les praticiens diplômés suivants :

- Chiropraticien - 500 \$ par année(s) civiles(s)
- Ostéopathe - 500 \$ par année(s) civiles(s)
- Podiatre - 500 \$ par année(s) civiles(s)
- Chiropodist - 500 \$ par année(s) civiles(s)
- Massothérapeute - 500 \$ par année(s) civiles(s)
- Naturopathe - 500 \$ par année(s) civiles(s)
- Orthophoniste - 1,000 \$ par année(s) civile(s)
- Physiothérapeute - Aucun plafond
- Psychologue - 1,000 \$ par année(s) civile(s)
- Acupuncteur - 500 \$ par année(s) civile(s)

Soins dentaires

La garantie

Franchise - aucune

Guide des frais dentaires – guide actuel des honoraires des praticiens généralistes de la province où les services sont rendus

Si les soins sont rendus en Alberta, on entend par guide actuel, le guide des frais dentaires de 1997 de l'Alberta pour les praticiens généralistes, accru des ajustements inflationnistes.

Pourcentage payable des frais couverts (Coassurance) -

100 % - Services de base

100 % - Services complémentaires de base

100 % - Prothèses dentaires

50 % - Services de restaurations majeures

50 % - Orthodontie

Sommaire des garanties

Plafonds de la garantie

aucun plafond – pour les Services de base

aucun plafond – pour les Services complémentaires de base

aucun plafond – pour les Prothèses dentaires

1 000 \$ par année civile – pour les Services de restaurations majeures

1 000 \$ la vie durant – pour l'Orthodontie

Âge de la résiliation – dès que le salarié atteint l'âge de 70 ans ou prend sa retraite

Invalidité de longue durée

Montant d'assurance – 66,7 % de votre revenu mensuel, jusqu'à concurrence d'un minimum de 50 \$ et un maximum de 11 000 \$

Période d'attente - 119 jours

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

Âge de la résiliation – 65 ans moins la période d'attente ou à la date de retraite, si antérieure

Comment utiliser votre livret des garanties

Conçu pour répondre à vos besoins

Le présent livret des garanties a été conçu expressément pour répondre à VOS besoins et fournit les renseignements suivants sur le régime d'assurance collective :

- 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 le présent livret des garanties;
- une explication claire et précise de vos garanties collectives;
- les renseignements dont vous avez besoin pour présenter une demande de règlement.

Avis important

Le présent livret a pour objectif d'expliquer dans les grandes lignes les garanties auxquelles vous avez droit à titre de salarié de l'entreprise Soins Continus Bruyère. Les renseignements qu'il contient ne font que résumer les dispositions de votre contrat collectif. S'il y avait divergence entre le livret et le contrat (que vous pouvez consulter en vous adressant à votre service des Ressources humaines), le contrat l'emporterait.

Le livret des garanties, qu'il s'agisse d'une version imprimée ou d'une version électronique, n'est fourni qu'à titre documentaire et ne confère aucun droit et n'impose aucune obligation.

Le simple fait de posséder ce livret ne signifie aucunement que vous ou les personnes à votre charge êtes assurés. Le contrat d'assurance collective doit être en vigueur et vous devez répondre à toutes ses exigences.

Nous vous recommandons de lire attentivement ce livret des garanties, puis de le conserver en un lieu sûr avec tous vos autres documents de valeur.

Votre carte d'identité

Le document le plus important qui puisse être établi à votre nom à titre de participant au régime d'assurance collective est votre carte d'identité. C'est le seul document qui témoigne de votre participation au régime. Avant qu'on vous admette à l'hôpital ou qu'on vous dispense des soins dentaires ou médicaux, il se pourrait qu'on exige le numéro de votre contrat collectif ou de votre certificat personnel.

Il vous faudra aussi indiquer ces numéros CHAQUE FOIS que vous adresserez des documents à votre administrateur de régime. Pour retrouver plus facilement le numéro de votre certificat, vous pouvez l'inscrire sur la couverture du présent livret.

Votre carte d'identité constitue un important document; ayez-la toujours à portée de la main.

Définition de termes courants en assurance

Taux de remboursement (Coassurance)

le pourcentage des frais couverts payable

Frais couverts

frais qui seront pris en considération dans le calcul du paiement exigible en vertu de votre assurance complémentaire de frais de soins médicaux et de votre assurance de soins dentaires.

Franchise

la partie des frais couverts que vous ou vos personnes à charge devez assumer avant que des prestations puissent être versées.

Personne à charge

votre conjoint ou enfant doit être assuré au titre du régime provincial.

- Conjoint

votre conjoint légitime, ou une personne habitant maritalement avec vous depuis au moins 12 mois.

- Enfant

- un enfant naturel ou adopté ou un enfant par alliance qui vit sous votre toit, non marié :
 - qui est âgé de moins de 21 ans ou de moins de 26 ans s'il s'agit d'un étudiant à plein temps;
 - n'est pas employé à temps plein; et
 - n'est pas admissible à l'assurance, à titre d'employé, en vertu du présent régime ou de tout autre régime d'assurance collective.
- un enfant qui est atteint d'incapacité à la date à laquelle son assurance arriverait normalement à échéance, continuera d'être considéré comme une personne à charge admissible. Toutefois, l'enfant doit avoir été couvert au titre du régime d'assurance collective jusqu'à cette date.

L'enfant est considéré atteint d'incapacité s'il n'est pas à même d'exercer un emploi suffisamment rémunérateur et qu'en raison d'un handicap physique ou mental, il dépend du salarié pour ses besoins et sa subsistance.

Une preuve par écrit de l'état de santé de la personne à charge peut-être exigée aussi souvent que cela s'avérera raisonnablement nécessaire.

- pour être admissible à l'assurance vie facultative pour personnes à charge, l'enfant doit avoir au moins 24 heures.

pour être admissible, l'enfant par alliance doit habiter avec vous.

Définition de termes courants en assurance

Frais d'exécution d'ordonnance

du total des frais engagés pour les produits de prescription, la partie des frais facturés pour les honoraires professionnels du pharmacien pour exécuter une ordonnance.

Frais maximums d'exécution d'ordonnance

la prestation maximale remboursable pour les frais d'exécution d'ordonnance.

Rémunération

le taux salarial normal que vous touchez de votre employeur (avant retenues) excluant les primes habituelles et les heures supplémentaires. La rémunération peut inclure les autres revenus que votre employeur a déclarés par écrit à la Financière Manuvie.

Les prestations auxquelles vous aurez droit advenant une demande de règlement seront calculées selon le moindre des montants suivants :

- le revenu que vous aurez déclaré sur le formulaire de demande de règlement, ou
- le revenu que votre employeur aura déclaré à la Financière Manuvie et au titre duquel des primes auront été versées.

Proche parent

vous, votre conjoint ou vos enfants, vos parents ou les parents de votre conjoint, vos frères ou sœurs ou les frères ou sœurs de votre conjoint.

Médicaments de soutien vital

médicaments qui sont nécessaires à la survie du patient.

Maximum sans preuve d'assurabilité

le montant d'assurance au-dessus duquel vous devez fournir une preuve d'assurabilité satisfaisante.

Régime provincial

tout régime public prévoyant des prestations d'hospitalisation, médicales ou dentaires, établi par le gouvernement de la province ou du territoire où réside la personne assurée.

Période d'attente

période continue d'invalidité totale que vous devez accomplir avant d'avoir droit aux prestations d'invalidité.

Salaire net

votre rémunération, moins les retenues normales faites aux fins de l'impôt fédéral et de l'impôt provincial.

Définition de termes courants en assurance

Période probatoire

période continue de service que vous devez accomplir chez votre employeur pour avoir droit aux garanties collectives.

Salle

une chambre d'hôpital comptant trois lits ou plus, destinée à héberger les patients.

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 garantie 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.

Des régimes privés d'assurance maladie et invalidité viennent s'ajouter aux régimes gouvernementaux et peuvent offrir des garanties que ces derniers ne renferment pas, permettant ainsi à votre famille et à vous-même de jouir d'une sécurité au moment où vous en avez le plus besoin.

Votre service des Ressources humaines

Il incombe à votre service des Ressources humaines de veiller à ce que tous les salariés soient assurés au titre des garanties auxquelles ils ont droit. Pour ce faire, le service des Ressources humaines 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 d'assurance collective, il vous appartient de fournir à votre service des Ressources humaines tous les renseignements nécessaires à la bonne marche de son travail

Le correspondant à votre service des Ressources humaines est _____

Numéro de téléphone : (_____) _____ - _____

Veillez inscrire le nom du correspondant à votre service des Ressources humaines et son numéro de téléphone dans l'espace prévu à cette fin.

Comment adhérer à l'assurance collective

Pour adhérer à l'assurance collective, vous devez présenter le formulaire **Demande d'adhésion ou de réadhésion** que vous pouvez vous procurer auprès de votre service des Ressources humaines. Ce dernier se chargera de faire parvenir votre formulaire à Cowan, l'administrateur de régime.

Pourquoi des garanties collectives?

Modifications

Afin que nos dossiers soient constamment à jour pour ce qui est de vos garanties d'assurance et celles de vos personnes à charge, il est essentiel que vous communiquiez tout changement à votre service des Ressources humaines. Il peut s'agir :

- d'un changement dans l'assurance des personnes à charge;
- d'un changement du bénéficiaire;
- d'un changement de nom;
- d'une demande visant une garantie à laquelle vous aviez précédemment renoncé.

Pour apporter de telles modifications, vous devez remplir le formulaire [Demande de modifications](#) que vous pouvez vous procurer auprès de votre service des Ressources humaines.

Traitement des demandes de règlement

Comment soumettre une demande de règlement

Tous les formulaires de demande de règlement, que vous pouvez vous procurer auprès de votre service des Ressources humaines, doivent être dûment remplis, signés et datés. N'oubliez pas de toujours indiquer le numéro de votre contrat collectif et de votre certificat personnel (qui figurent sur votre carte d'identité) afin d'éviter que le traitement de votre demande ne soit retardé inutilement.

Votre service des Ressources humaines peut vous aider à remplir les formulaires et vous renseigner sur le traitement des demandes et sur votre régime d'assurance collective.

Règlement des sinistres – Assurance complémentaire de frais de soins médicaux et assurance de soins dentaires

Une fois la demande de règlement approuvée, un formulaire de déclaration de sinistre vous sera parvenu.

La partie supérieure du formulaire résume la ou les demandes de règlement présentées, la somme retenue pour les besoins de la franchise et le facteur de coassurance ayant servi au calcul final des prestations auxquelles vous avez droit. Si vous avez des questions à propos de la somme versée, votre administrateur de régime pourra vous fournir des explications.

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

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

Coordination des prestations prévues par l'assurance complémentaire de frais de soins médicaux et l'assurance de soins dentaires

Si vous ou les personnes à votre charge êtes couverts par un autre régime à l'égard de garanties semblables, l'administrateur 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.

Traitement des demandes de règlement

Régime s'entend de :

- tout autre programme d'assurance collective
- toute autre entente prise pour couvrir les personnes d'un groupe
- 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 la première partie des 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 la première partie des frais admissibles.
- Si l'autre régime prévoit la coordination des prestations, les règles suivantes s'appliquent afin que soit déterminé 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, en tant que **salarié ou participant** avant le régime qui vous couvre, vous ou votre conjoint, 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 salarié actif à temps plein,
- en deuxième lieu le régime au titre duquel la personne est un salarié actif à temps partiel, et enfin
- le régime au titre duquel la personne est assurée en tant que personne retraitée.

- Frais engagés pour un enfant à votre charge :

Le régime qui couvre le parent dont la date de naissance (jour et mois) tombe la première au cours de l'année civile est le régime principal. Si l'anniversaire de naissance des deux parents coïncide, le régime du parent dont le prénom commence par la plus basse lettre de l'alphabet est réputé être le régime principal.

Traitement des demandes de règlement

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).
- Lorsque vous et votre conjoint partagent la garde de l'enfant (garde partagée), le régime principal est réputé être le régime du parent dont la date de naissance (jour/mois) tombe la première au cours de l'année civile. Si l'anniversaire de naissance des deux parents coïncide, le régime du parent dont le prénom commence par la plus basse lettre de l'alphabet est réputé être le régime principal.
 - En ce qui concerne les demandes de règlement portant sur les traitements de blessures accidentelles aux dents naturelles, les régimes dont la garantie Assurance complémentaire de frais de soins médicaux couvre 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 assurée 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 l'assureur principal et lequel est 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 état du règlement. Soumettez à l'assureur secondaire cet état 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 des garanties?

Admissibilité

Pour être admissible aux garanties collectives, vous devez :

- être salarié à temps plein au service de l'entreprise Soins Continus Bruyère et travailler au moins le nombre d'heures exigé;
- appartenir à une catégorie admissible;
- ne pas avoir atteint l'âge de la résiliation;
- être domicilié au Canada; et
- avoir accompli la période probatoire.

L'âge de la résiliation 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 qui sont à votre charge ont également droit à l'assurance à la date où vous y devenez admissible. Lorsque vous obtenez la charge d'autres personnes, celle-ci deviennent de ce fait admissibles à l'assurance. Toutefois, vous devez présenter une demande d'assurance pour vous-même afin que les personnes à votre charge soient admissibles à l'assurance.

Nombre d'heures exigé

Salarié à temps plein – 37,5 heures par semaine

Preuve d'assurabilité

Une attestation médicale est nécessaire pour tout montant d'assurance en excédent du maximum sans preuve d'assurabilité.

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

Qui peut bénéficier des garanties?

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; ou
- demandez la remise en vigueur d'une assurance qui avait été annulée précédemment.

Si vous voulez adhérer à certaines garanties auxquelles vous aviez renoncé parce que vous bénéficiez 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 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.

Pour soumettre une attestation médicale, remplissez le formulaire Preuve d'assurabilité que vous pouvez vous procurer auprès de votre service des Ressources humaines. Des attestations médicales supplémentaires peuvent être exigées.

Adhésion tardive à la garantie Soins dentaires

En cas d'adhésion tardive à la garantie Soins dentaires pour vous ou vos personnes à charge, la prestation maximale est limitée à 250 \$ pour chaque personne assurée au cours des 12 premiers mois de couverture.

Date d'effet de l'assurance

- Lorsqu'une preuve d'assurabilité n'est pas exigée, votre assurance collective entre en vigueur à la date à laquelle vous y devenez admissible.
- Lorsqu'une preuve d'assurabilité est exigée, votre assurance collective entre en vigueur le jour de votre admissibilité ou le jour où cette preuve est approuvée, s'il est postérieur.

L'assurance n'entrera en vigueur que si vous êtes un employé activement au travail. Si vous n'êtes pas activement au travail à la date à laquelle votre assurance devrait normalement entrer en vigueur, celle-ci entrera en vigueur le jour suivant quand vous serez de nouveau activement au travail.

L'assurance des personnes à votre charge entre en vigueur le jour où ces dernières y deviennent admissibles. Par contre, si une preuve d'assurabilité est exigée à leur égard, leur assurance n'entrera en vigueur que le jour où cette preuve sera approuvée.

Qui peut bénéficier des garanties?

L'assurance des personnes à votre charge n'entrera pas en vigueur avant la date d'effet de votre assurance. (Cette règle ne vaut pas pour l'assurance vie facultative qui, bien qu'elle vous soit refusée, peut tout de même être accordée aux personnes à votre charge.)

Résiliation de l'assurance

Votre assurance collective sera résiliée dès que :

- vous cesserez d'être un salarié admissible;
- la date à laquelle vous cessez d'être au travail de façon régulière et continue, à moins que le contrat collectif ne prévoit la prolongation de votre couverture;
- la date où votre employeur met fin à votre couverture;
- la date de votre entrée à temps plein dans les forces armées de tout pays;
- la date de résiliation du contrat ou de cessation de l'assurance de la catégorie à laquelle vous appartenez;
- la date où vous atteignez l'âge de la résiliation de la garantie; ou
- la date de votre décès.

L'assurance de votre ou vos personnes à charge prendra fin en même temps que votre propre assurance ou dès que celles-ci cesseront d'être considérées comme étant à votre charge.

Vos garanties collectives

Assurance vie du salarié

Si vous décédez pendant que votre assurance 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 - 2 fois votre salaire annuel, jusqu'à concurrence de 500 000 \$

Maximum sans preuve d'assurabilité 500 000 \$

Âge de la résiliation - le montant de la garantie diminue de 50 % le 1er avril suivant votre 65^e anniversaire de naissance, et diminue de plus à 1 000 \$ le premier avril suivant votre 70^e anniversaire de naissance, et prend fin à l'âge au départ en retraite.

Période probatoire

le premier jour du mois qui coïncide avec ou suit 3 mois pour les salariés embauchés au plus tard à la date d'effet du contrat collectif
le premier jour du mois qui coïncide avec ou suit 3 mois pour tous les autres salariés

Soumission des demandes de règlement

Pour présenter une demande de règlement d'assurance vie, votre bénéficiaire doit remplir le formulaire Déclaration de sinistre – Décès qu'il pourra se procurer auprès de votre service des Ressources humaines.

Les documents qui doivent être soumis en même temps que le formulaire sont énumérés dans ce dernier.

Après avoir rempli le formulaire, il faut attacher les documents nécessaires et le retourner à votre service des Ressources humaines qui le fera parvenir à la Financière Manuvie.

Les formulaires de déclaration de sinistre doivent être soumis, dûment remplis, dans les 90 jours qui suivent le décès.

Droit de transformation

En cas de cessation ou de réduction de votre couverture, il se pourrait que vous ayez le droit de transformer en assurance individuelle l'assurance vie collective, sans avoir à présenter de preuve d'assurabilité. Votre demande de transformation de l'assurance vie collective en assurance individuelle et la première prime mensuelle doivent parvenir à la Financière Manuvie dans les 31 jours suivant la cessation de votre assurance vie collective. Si vous décédez au cours de 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, contactez l'administrateur de votre régime.

Vos garanties collectives

Assurance vie facultative du salarié

Advenant votre décès pendant que l'assurance vie facultative est en vigueur, votre bénéficiaire toucherait à la fois le capital-décès de cette assurance et de l'assurance vie du salarié. 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 de la garantie - tranches de 10 000 \$ - maximum de 500 000 \$

Maximum sans preuve d'assurabilité - Une preuve d'assurabilité est exigée pour tout montant d'assurance vie facultative.

Période d'attente pour l'exonération de la prime - 6 mois

Âge de résiliation - 65 ans ou l'âge au départ en retraite, s'il est moins élevé

Période probatoire

le premier jour du mois qui coïncide avec ou suit 3 mois pour les salariés embauchés au plus tard à la date d'effet du contrat collectif

le premier jour du mois qui coïncide avec ou suit 3 mois pour tous les autres salariés

Pour adhérer à l'assurance vie facultative du salarié, il vous faut remplir la Proposition d'assurance vie facultative que vous pouvez vous procurer auprès de votre service des Ressources humaines.

Pour obtenir des détails quant à la soumission des demandes de règlement ou quant au droit de transformation, veuillez vous reporter à la section portant sur l'assurance vie du salarié.

Exonération de la prime

Si vous devenez totalement invalide en cours de garantie et avant d'avoir atteint l'âge de 65 ans et que vous répondez aux critères d'admissibilité précisés ci-dessous, votre assurance vie facultative est maintenue en vigueur sans que vous ayez à acquitter la prime.

Définition de totalement invalide

Invalidité totale s'entend de l'empêchement ou de l'incapacité, en raison d'une maladie ou d'une blessure, d'accomplir les tâches essentielles de :

- votre emploi habituel au cours de la période d'attente et des 2 années suivant(e)s
- tout emploi convenant à la formation, à l'instruction ou à l'expérience que vous possédez ou pourriez acquérir, après la période de 2 années précisée ci-dessus

La Financière Manuvie ne tient pas compte des possibilités d'emploi lors de l'évaluation de l'invalidité.

Vos garanties collectives

Critères d'admissibilité

Pour avoir droit à l'exonération de la prime, vous devez répondre aux critères suivants :

- vous devez être totalement invalide pendant toute la période d'attente. Si l'invalidité n'a pas été continue, la Financière Manuvie tiendra compte des différentes périodes d'invalidité pour satisfaire la période d'attente si :
 - l'intervalle entre les périodes d'invalidité est de trois semaines ou moins, et
 - les invalidités sont attribuables à la même blessure ou maladie ou à une blessure ou maladie analogue.
- La Financière Manuvie doit recevoir des attestations médicales confirmant votre empêchement ou votre incapacité, en raison d'une maladie ou d'une blessure, d'accomplir les tâches essentielles de :
 - votre emploi habituel au cours de la période d'attente et des 2 années suivant(e)s, et
 - tout emploi convenant à la formation, à l'instruction ou à l'expérience que vous possédez ou pourriez acquérir, après la période de 2 années précisée ci-dessus.
- vous devez être suivi par un médecin et recevoir les soins et traitements appropriés, compte tenu de votre invalidité, selon la Financière Manuvie.

En cas de litige portant sur la nature et l'étendue de l'invalidité et/ou la pertinence des soins ou des traitements reçus, la Financière Manuvie peut exiger un examen par un spécialiste indépendant.

Cessation de l'exonération

L'exonération de primes prend fin dès que se réalise l'une des éventualités suivantes :

- la date à laquelle vous ne répondez plus à la définition d'invalidité totale de la garantie.
- le jour où vous négligez de fournir à la Financière Manuvie les attestations médicales appropriées confirmant votre empêchement ou votre incapacité, en raison d'une maladie ou d'une blessure, d'accomplir les tâches essentielles de :
 - votre emploi habituel au cours de la période d'attente et des 2 années suivant(e)s, et
 - tout emploi convenant à la formation, à l'instruction ou à l'expérience que vous possédez ou pourriez acquérir, après la période de 2 années précisée ci-dessus.
- la date à laquelle vous n'êtes pas suivi par un médecin et ne recevez pas les soins et les traitements appropriés, compte tenu de votre invalidité, selon la Financière Manuvie.
- le jour où vous refusez de vous laisser examiner par un spécialiste indépendant choisi par la Financière Manuvie.
- le jour de votre 65^e anniversaire de naissance.
- la date de votre décès.

Vos garanties collectives

Invalidité récidivante

Si vous êtes de nouveau atteint d'invalidité totale au cours des 6 mois suivants la cessation de l'exonération de primes, et que votre invalidité soit attribuable aux mêmes causes ou à des causes connexes ayant ouvert droit à l'exonération de primes au titre de la présente garantie, vous ne serez pas tenu de satisfaire la période d'attente.

Le montant d'assurance dont les primes faisaient l'objet d'une exonération sera rétabli.

Si vous êtes de nouveau atteint de la même invalidité plus de 6 mois suivant la cessation de votre exonération de primes, cette invalidité sera considérée comme une invalidité distincte.

Deux invalidités attribuables à des causes différentes sont considérées comme des invalidités distinctes si elles sont séparées par au moins une journée de travail.

Exclusions

Dans le cas d'un suicide, nous ne verserons aucun montant au titre de toute assurance vie facultative ayant été en vigueur depuis moins de 2 ans.

Assurance vie facultative des personnes à charge

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

La garantie

Montant de la garantie - Conjoint - tranches de 10 000 \$ - maximum de 500 000 \$

Montant de la garantie - Enfant - un choix d'un des montants suivants :

- 5 000 \$
- 10 000 \$
- 15 000 \$
- 20 000 \$

Maximum sans preuve d'assurabilité – Une preuve d'assurabilité est exigée pour tout montant d'assurance vie facultative des personnes à charge.

Âge de la résiliation – dès que le salarié atteint l'âge de 65 ans ou, s'il est moins élevé, la date à laquelle le salarié prend sa retraite

Vos garanties collectives

Période probatoire

le premier jour du mois qui coïncide avec ou suit 3 mois pour les salariés embauchés au plus tard à la date d'effet du contrat collectif

le premier jour du mois qui coïncide avec ou suit 3 mois pour tous les autres salariés

Pour adhérer à l'assurance vie facultative des personnes à charge, il vous faut remplir la Proposition d'assurance vie facultative que vous pouvez vous procurer auprès de votre service des Ressources humaines.

Soumission des demandes de règlement

Pour présenter une demande de règlement d'assurance vie facultative des personnes à charge, il vous faut remplir la Déclaration de sinistre décès que vous pouvez vous procurer auprès de votre service des Ressources humaines.

Vous trouverez énumérés dans ce formulaire tous les documents qui doivent l'accompagner.

Les formulaires de déclaration de sinistre doivent être soumis, dûment remplis, dans les 90 jours qui suivent le décès.

Exonération de la prime

Veillez vous reporter à la section Assurance vie facultative du salarié pour plus de précisions sur la clause Exonération de la prime.

- Exclusion

Si vous n'avez pas adhéré à l'assurance vie facultative du salarié, la clause Exonération de la prime ne peut s'appliquer à l'assurance vie facultative des personnes à charge dont bénéficie votre conjoint, sauf si :

- au moment de l'adhésion de votre conjoint à l'assurance vie facultative des personnes à charge, vous avez présenté à la Financière Manuvie une preuve d'assurabilité pour vous-même, et
- la Financière Manuvie a accepté votre preuve d'assurabilité

Droit de transformation

Si l'assurance vie facultative des personnes à charge prend fin, votre conjoint pourrait être en droit de faire transformer cette assurance en une assurance individuelle sans avoir à soumettre d'attestation médicale. La demande de transformation de l'assurance vie collective en 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, veuillez communiquer avec l'administrateur de votre régime.

Exclusions

Dans le cas d'un suicide, nous ne verserons aucun montant au titre de toute assurance vie facultative des personnes à charge ayant été en vigueur depuis moins de 2 ans.

Vos garanties collectives

Assurance de base en cas de mort accidentelle et mutilation

La présente couverture est garantie par «SSQ Groupe Financier». La présentation de la couverture a été fournie par «SSQ Groupe Financier». Toute divergence entre cette présentation et la police mise par ladite compagnie est imputable à «SSQ Groupe Financier» qui en assume l'entière responsabilité.

Admissibilité

Si vous êtes un salarié actif, à temps plein âgé de moins de 70 ans et que vous participez au régime d'assurance vie collective de base de votre employeur, vous êtes automatiquement assuré en vertu de ce programme.

Montant de Capital Assuré

Le capital assuré est égal au montant d'assurance que prévoit votre régime d'assurance vie collective de base.

Définitions

Tel qu'utilisé dans ce livret :

« Vous » et « votre », signifie le salarié admissible qui a adhéré à cette assurance et qui est salarié de l'employeur

« Police », signifie la police collective n° 9223356, laquelle fait partie des dossiers de l'employeur.

« Blessure », signifie le dommage corporel résultant d'un accident qui se produit en cours d'assurance de la police et entraînant directement et indépendamment de toute autre cause, une perte couverte en vertu de la police, vingt-quatre (24) heures sur 24, dans le monde entier.

« Capital assuré », signifie un montant égal au montant d'assurance en vertu de votre assurance vie collective de base

« Employeur », signifie Soins continus Bruyère.

« Assuré », signifie le salarié assuré en vertu de la police.

« Famille immédiate », signifie votre fils, votre fille, votre père, votre mère, votre frère, votre sœur, votre beau-fils, votre belle-fille, votre beau-père, votre belle-mère, votre beau-frère, votre belle-sœur – peu importe que leur lien de parenté soit naturel ou résulte d'une adoption ou d'un remariage -, votre conjoint, votre petit-fils, votre petite-fille, votre grand-père, votre grand-mère est exclue toute personne qui n'a pas au moins dix-huit (18) ans

Vos garanties collectives

« Conjoint » signifie une personne âgée de moins de 70 ans, et

a) à laquelle vous êtes marié, ou

b) avec laquelle vous faites vie commune et que vous présentez publiquement comme votre conjoint depuis au moins 1 an avant la survenance du sinistre.

Une seule personne est admissible à titre de conjoint.

Si, tout en étant toujours marié, vous faites vie commune avec une personne décrite précédemment en b), vous pouvez choisir par écrit laquelle est assurée à titre de conjoint. La déclaration doit être remise au contractant avant la réalisation du risque assuré, sans quoi elle ne lie pas l'assureur. Si le contractant ne reçoit aucune déclaration, on présume que le conjoint est la personne à laquelle vous êtes marié.

Garanties

Prestations en cas de perte accidentelle

Si une blessure entraîne une des pertes ci-après dans les trois cent soixante-cinq (365) jours qui suivent l'accident, l'assureur s'engage à verser des prestations comme suit :

Perte

- La vie (décès) - Le capital assuré
- La vue complète des deux yeux - Le capital assuré
- La parole et l'ouïe des deux oreilles - Le capital assuré
- Une main et la vue complète d'un œil - Le capital assuré
- Un pied et la vue complète d'un œil - Le capital assuré
- La vue complète d'un œil - Les deux tiers du capital assuré
- La parole - Les deux tiers du capital assuré
- L'ouïe des deux oreilles - Les deux tiers du capital assuré
- L'ouïe d'une oreille - Le tiers du capital assuré
- Tous les orteils d'un pied - Le quart du capital assuré

Vos garanties collectives

Perte ou perte de l'usage

- Les deux mains - Le capital assuré
- Les deux pieds - Le capital assuré
- Une main et un pied - Le capital assuré
- Un bras - Les trois quarts du capital assuré
- Une jambe - Les trois quarts du capital assuré
- Une main - Les deux tiers du capital assuré
- Un pied - Les deux tiers du capital assuré
- Le pouce et l'index ou au moins quatre doigts d'une main - Le tiers du capital assuré

Paralysie totale

- Membres supérieurs et inférieurs (quadriplégie) - Deux fois le capital assuré
- Membres inférieurs (paraplégie) - Deux fois le capital assuré
- Membres supérieur et inférieur d'un côté du corps (hémiplégie) - Deux fois le capital assuré

Par « perte », on entend, dans le cas :

d'une main ou d'un pied, 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;

d'un bras ou d'une jambe, le sectionnement total à l'articulation du coude ou du genou ou au-dessus;

d'un pouce, le sectionnement total d'une phalange;

d'un doigt, le sectionnement total de deux phalanges;

d'un orteil, le sectionnement total d'une phalange du gros orteil et de toutes les phalanges des autres orteils;

d'un œil, la perte totale et irrémédiable de la vue;

de la parole, la perte totale et irrémédiable de la capacité d'émettre des sons intelligibles;

de l'ouïe, la perte totale et irrémédiable de l'ouïe;

de la quadriplégie, de la paraplégie et de l'hémiplégie, la paralysie totale et irrémédiable des membres atteints;

Vos garanties collectives

de la perte de l'usage, la perte totale et irrémédiable de l'usage; la perte doit toutefois se poursuivre pendant 12 mois consécutifs, au terme desquels elle est déclarée permanente.

Si, par suite d'un seul accident, l'assuré reçoit des blessures multiples à un membre, les prestations prévues par la présente disposition ne sont versées que pour une seule perte, la plus importante.

La prestation accordée en vertu de la présente garantie pour toutes les pertes subies par le même assuré, suite à un seul et même accident, est limitée comme suit :

- a) Le capital assuré, sauf en cas de quadriplégie, de paraplégie ou d'hémiplégie;
- b) le double du capital assuré en cas de quadriplégie, de paraplégie ou d'hémiplégie et de survie de l'assuré pendant au moins quatre-vingt-dix (90) jours après l'accident, sinon le capital assuré.

Suite à un même accident, le montant global d'indemnisation ne peut dépasser le double du capital assuré.

Rapatriement *

Si vous décédez accidentellement à plus de 50 kilomètres de votre résidence et que des prestations sont payables aux termes du présent programme, une indemnité maximale de 10 000 \$ sera versée en compensation des frais engagés pour le retour de la dépouille mortelle (y compris les frais de préparations du corps en vue du transport).

Prestations d'études *

Si vous décédez accidentellement et que des prestations sont payables en vertu du présent programme, chacun de vos enfants à charge inscrits dans un établissement d'enseignement postsecondaire ou qui le seraient dans les 365 jours suivants la date de votre décès a droit à une indemnité égale à 5 % de votre capital assuré ou à 5 000 \$, selon le montant le moins élevé.

Le maximum de 5 000 \$ pour cette garantie est payable en combinaison avec ce régime et la même garantie prévue en vertu de toute autre police émise au contractant par l'assureur.

Cette indemnité est payable annuellement (jusqu'à concurrence de 4 années consécutives), à condition que l'enfant fréquente à plein temps un établissement d'enseignement postsecondaire.

La chambre, pension ou tous les autres frais de subsistance, déplacement ou habillement ne sont pas couverts.

S'il remplit les conditions stipulées ci-dessus, on présume que l'enfant est le bénéficiaire des prestations payables en vertu de la présente disposition.

Si aucun de vos enfants à charge ne rencontre les exigences décrites ci-haut ou celles de la garantie « Garantie des frais de garde des enfants », une somme correspondant à cinq pour cent (5 %) de votre capital assuré jusqu'à concurrence de 2 500 \$ sera versée à votre bénéficiaire.

Par « établissement d'enseignement postsecondaire », on entend, entre autres, une université, un collège, un cégep ou une école de formation professionnelle et technique.

Vos garanties collectives

Par « enfant à charge », on entend un enfant légitime ou non, un enfant adopté, un enfant d'un autre lit ou tout enfant avec lequel l'assuré a un lien de filiation. Il doit avoir moins de vingt-six (26 ans, être célibataire et dépendre de l'assuré pour sa subsistance.

Frais de garde des enfants **

Si vous décédez accidentellement et que des prestations sont payables aux termes du programme, la présente garantie couvre les frais de garde de vos enfants à charge de moins de 13 ans qui sont inscrits à une garderie de jour dûment autorisée à la date de l'accident ou qui le seraient dans les 365 jours suivants la date de votre décès, jusqu'à concurrence de 5 % de votre capital assuré ou un maximum de 5 000 \$ par enfant, selon le moindre des deux. Le maximum de 5 000 \$ pour cette garantie est payable en combinaison avec ce régime et la même garantie prévue en vertu de toute autre police émise au contractant par l'assureur.

Cette indemnité est payable annuellement (jusqu'à concurrence de 4 années consécutives)

La pension ou tous les autres frais de subsistance, déplacement ou habillement ne sont pas couverts.

Si l'enfant remplit les conditions stipulées ci-dessus, les prestations de garde des enfants sont payables au conjoint survivant si celui-ci a la garde de l'enfant. S'il n'y a pas de conjoint survivant ou si l'enfant n'habite pas avec le conjoint, les prestations sont alors payables au tuteur de l'enfant.

Si aucun de vos enfants à charge ne rencontre les exigences décrites ci-dessus ou celles de la garantie « Prestations d'études », une somme correspondant à cinq pour cent (5 %) de votre capital assuré jusqu'à concurrence de 2 500 \$ sera versée à votre bénéficiaire.

Par « enfant à charge », on entend un enfant légitime ou non, un enfant adopté, un enfant d'un autre lit ou tout enfant avec lequel l'assuré a un lien de filiation. Il doit avoir moins de treize (13) ans et dépendre de l'assuré pour sa subsistance.

Réadaptation professionnelle *

En cas de perte accidentelle entraînant le versement de prestations, la présente garantie couvre, pendant 3 ans et jusqu'à concurrence de 10 000 \$, les frais que vous devez engager pour obtenir une formation particulière afin d'exercer un emploi différent.

La chambre, pension ou tous les autres frais de subsistance, déplacement ou habillement ne sont pas couverts.

Formation professionnelle *

Si vous décédez, êtes paralysez, perdez la vue des deux yeux, perdez l'usage des deux mains ou l'usage des deux pieds accidentellement et que des prestations sont payables aux termes du programme, la présente garantie couvre, pendant 3 ans après la date de votre décès et jusqu'à concurrence de 10 000 \$, les frais engagés par votre conjoint pour s'inscrire à un programme de formation ou de perfectionnement professionnel dans le but d'améliorer ses qualifications.

La chambre, pension ou tous les autres frais de subsistance, déplacement ou habillement ne sont pas couverts.

Vos garanties collectives

Déplacement pour raisons familiales *

Si par suite d'une perte couverte en vertu du présent programme vous êtes hospitalisé ou si par suite de toute autre blessure vous êtes hospitalisé pour 4 jours et que tel hôpital est à plus de 150 kilomètres de votre résidence, la présente garantie prévoit le remboursement des frais d'hébergement et de transport (selon le trajet le plus court) engagés par les membres de votre famille immédiate, sous réserve d'un maximum de 5 000 \$. Les frais de déplacement dans un véhicule particulier sont couverts, sous réserve d'un maximum de 0,20 \$ du kilomètre.

Sont exclus les frais de pension ou tous les autres frais habituels de subsistance, de voyage ou d'habillement, à l'exception des frais stipulés ci-dessus.

Identification de la dépouille mortelle *

Si vous décédez par suite d'un accident qui donne droit à des prestations en vertu du régime et que les forces de l'ordre exigent l'identification de votre dépouille, la présente garantie prévoit le remboursement, jusqu'à concurrence de 5 000 \$, des frais de pension (maximum de 3 nuits consécutives) et de transport jusqu'à la ville où se trouve la dépouille (selon le trajet le plus court) ces frais doivent toutefois être effectivement engagés par un membre de votre famille immédiate, sous réserve que votre dépouille se trouve à au moins 150 km de la résidence de ce dernier. Les frais de déplacement dans un véhicule particulier sont limités à 0,20 \$ le kilomètre.

Garantie pour le port de la ceinture de sécurité *

Si un assuré se trouve à bord d'un véhicule comme conducteur ou passager et porte adéquatement une ceinture de sécurité au moment d'un accident et que tel accident entraîne une perte couverte par le présent programme, le montant du capital assuré sera alors augmenté de 10 %, sous réserve d'un maximum de cinquante mille dollars (50 000 \$) s'appliquant à toutes les polices de même nature établies au nom du contractant par l'assureur.

Le conducteur du véhicule doit détenir un permis de conduire valide et ne doit pas être sous l'influence de l'alcool ni de stupéfiants au moment de l'accident, sauf s'il s'agit de substances prescrites par un médecin.

Par « être sous l'influence de l'alcool ou de stupéfiants », on entend le sens donné par les autorités de la région où se produit l'accident.

Par « véhicule », on entend une voiture de tourisme, une familiale, une camionnette, un tout terrain, un camion, une ambulance ou tout genre de véhicule automobile utilisé par les corps de police municipaux, provinciaux ou fédéraux.

Aménagement de la résidence et/ou d'un véhicule *

Si vous perdez l'usage des deux pieds, des deux jambes ou devenez quadriplégique, paraplégique ou hémiparalysé et que des prestations sont payables aux termes du programme, la présente garantie couvre, pendant les 3 années suivant la date de l'accident et jusqu'à concurrence de 10 000 \$, les frais de travaux d'aménagement raisonnables et nécessaires pour permettre l'accès de votre fauteuil roulant à votre domicile principal ou à un (1) véhicule automobile d'usage personnel.

Vos garanties collectives

Indemnité en cas d'hospitalisation *

Si par suite d'une perte couverte en vertu du présent programme, vous êtes hospitalisé et sous les soins d'un médecin, vous recevrez une prestation journalière égale à 1/30^e de 1 % de votre capital assuré, du premier jour d'hospitalisation jusqu'à un maximum de 2 500 \$ par mois, pour une durée maximale de 365 jours par accident.

Une hospitalisation pour des traitements rendus à la suite de tout autre accident pour une perte non définie à la section « Prestations » donnera également droit à la prestation prévue ci-dessus, mais la prestation journalière ne sera payable qu'à compter du 5^e jour d'hospitalisation.

Remarque : Les garanties suivies d'un astérisque (*) ne donnent droit à des prestations qu'en vertu d'un seul contrat émis à votre employeur par SSQ Groupe Financier.

Les garanties suivies de deux astérisques (**) sont assujetties à un maximum combiné pour des garanties similaires prévues dans tout autre contrat émis à votre employeur par SSQ Groupe Financier.

Assurance de voyages aériens

L'assurance couvre vos voyages à titre de passager à bord d'un aéronef pour lequel on a émis un certificat de navigabilité valable (à l'exception de tout appareil que votre employeur possède, loue ou exploite), à condition que le pilote détienne un brevet en bonne et due forme. La couverture s'applique également lorsque l'assuré voyage à titre de passager dans un avion militaire et pendant l'embarquement ou la descente de tout aéronef ou le heurt par tout aéronef.

Exposition aux éléments et disparition

Si par suite d'un accident couvert en vertu de la police vous ne pouvez éviter d'être exposé aux éléments, toute perte résultant de cette exposition est couverte.

Si l'on ne retrouve pas votre corps dans l'année qui suit la date de la disparition, du naufrage ou de la destruction du véhicule à bord duquel vous vous trouviez au moment de l'accident, il est présumé que vous avez perdu la vie au cours de cet accident.

Vos garanties collectives

Exonération de primes

Si votre invalidité totale se poursuit pendant au moins 6 mois consécutifs, votre prime est exonérée. L'exonération cesse dès que survient l'une des éventualités ci-après :

1. La résiliation de la police;
2. Votre 65^e anniversaire;
3. La cessation de l'invalidité totale;
4. L'omission de remettre à l'assureur l'attestation de la poursuite de l'invalidité totale dans les 90 jours qui en suivent la demande, ou votre refus de subir un examen médical.

Toutes les modalités prévues par le présent programme sont maintenues en vigueur pendant la durée de l'exonération de primes, y compris toute disposition relative à la réduction des montants d'assurance.

Maintien en vigueur de l'assurance

Sous réserve du paiement de la prime, votre assurance est maintenue en vigueur pendant un maximum de 12 mois lors d'une absence autorisée, d'une mise à pied ou d'un congé de maternité. Dans le cas de l'invalidité, l'assurance prévue en vertu de la présente disposition prend fin dès que survient l'une des éventualités suivantes : votre 65^e anniversaire, l'entrée en jeu d'une garantie d'exonération de primes ou votre retour au travail.

Toutes les conditions contractuelles, y compris celles prévoyant la réduction du montant d'assurance, s'appliquent lors de l'absence.

Nonobstant toute stipulation contraire de la police, les prestations payables en raison d'une perte subie lors du maintien en vigueur ne peuvent dépasser le montant payable au début de l'absence.

Droit de transformation

Si, pendant que la police est en vigueur, votre assurance prend fin pour un des motifs ci-dessous :

1. La cessation d'emploi;
2. La non-admissibilité à l'assurance;
3. Le non-retour au travail à la fin de l'invalidité totale;

vous pouvez transformer, sans preuve d'assurabilité, votre assurance en un contrat d'assurance individuelle.

Vous devez demander la transformation avant votre 70^e anniversaire et dans les 31 jours suivants la résiliation de votre assurance.

Seules sont offertes les garanties stipulées au Tableau des pertes accidentelles établies par SSQ Groupe Financier à la transformation. Le montant à transformer ne peut dépasser celui qui est en vigueur à la cessation d'emploi (total global de 200 000 \$). La prime est calculée d'après le tarif en vigueur établi par SSQ Groupe Financier à la transformation.

La police individuelle d'assurance accident est renouvelable annuellement et la prime annuelle est payable par anticipation.

Vos garanties collectives

Exclusions

Le présent programme ne couvre aucune perte, mortelle ou non, causée principalement ou accessoirement par ce qui suit :

1. L'automutilation si l'assuré est dément, l'automutilation avec préméditation s'il est sain d'esprit.
2. La guerre, déclarée ou non, ou tout fait de guerre.
3. Le service à plein temps dans les forces armées d'un pays.
4. Tout voyage, à titre de passager ou autre, à bord d'un véhicule ou d'un appareil de navigation aérienne, sauf ce qui est prévu à la disposition « Assurance de voyages aériens ».

Qui reçoit la prestation au moment d'une réclamation?

La prestation de décès accidentel sera payée à votre bénéficiaire désigné sur votre fiche d'adhésion au régime d'assurance vie collective de base. Toutes les autres prestations payables vous seront versées.

Procédures pour une réclamation

Vous ou votre bénéficiaire devez informer votre employeur immédiatement.

Dans le cas d'une réclamation, un avis écrit de l'accident doit être transmis à SSQ Groupe Financier dans les 30 jours de la date de l'accident et une preuve écrite de la perte doit être fournie à SSQ Groupe Financier dans les 90 jours de la date de la perte.

Le défaut de fournir l'avis ou la preuve dans les délais prescrits n'entraînera pas la réduction de la protection s'il est établi qu'il n'était pas raisonnablement possible de fournir l'avis ou la preuve et que l'avis ou la preuve furent fournis aussitôt qu'il fut raisonnablement possible de le faire. En aucun cas toutefois, il ne doit s'écouler plus d'un an de la date de l'accident.

Ce livret résume en langage non technique les termes et conditions de votre programme d'assurance en cas d'accident et devrait être conservé pour référence. Tous les droits et obligations sont régis en accord avec la police collective #9223356 et non pas avec ce livret. Pour plus d'informations, veuillez communiquer avec le service des ressources humaines de votre employeur.

Vos garanties collectives

Assurance complémentaire de frais de soins médicaux

Si les personnes à votre charge engagent ou vous-même engagez des frais couverts parmi ceux énumérés ci-après, vous aurez peut-être droit à une aide financière au titre de votre assurance complémentaire de frais de soins médicaux.

Le remboursement des frais couverts est limité à tout maximum précisé par la présente garantie ci-après et dans la liste des frais de la section Frais couverts.

Les sommes prises en compte dans le calcul de la prestation maximale correspondent aux sommes versées après l'application de la franchise, du taux de remboursement et des autres dispositions du régime.

La garantie

Garantie maximale globale – aucun plafond

Franchise – 10 \$ garantie individuelle, 20 \$ garantie familiale, par année(s) civile(s)

Ne s'applique pas à ce qui suit :

Soins hospitaliers

Services et matériel médicaux

Chaussures orthopédiques

Services professionnels

Soins de la vue

Maximum des frais d'exécution d'ordonnance - 6,54 \$ par ordonnance

Taux de remboursement (Coassurance) -

100 % pour – Médicaments – Soins hospitaliers – Services et matériel médicaux – Services professionnels – Soins de la vue

Âge de la résiliation – dès que le salarié atteint l'âge de 70 ans ou prend sa retraite

Période probatoire

le premier jour du mois qui coïncide avec ou suit un mois pour les salariés embauchés au plus tard à la date d'effet du contrat collectif

le premier jour du mois qui coïncide avec ou suit un mois pour tous les autres salariés

Vos garanties collectives

Frais couverts

Les frais précisés sont couverts pourvu qu'ils soient raisonnables et habituels, et qu'ils soient :

- jugés nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure et recommandés par un médecin
- engagés pendant que vous êtes assuré, en cours de garantie, en vertu de ce régime d'assurance collective
- raisonnables compte tenu de tous les facteurs
- non remboursables au titre du régime provincial ou de tout autre régime gouvernemental
- assurables en vertu de la loi

Remarque : Le terme maladie comme il est employé ci-dessus ne comprend pas la stérilité.

Le remboursement de fournitures qui sont couvertes au titre de la présente garantie et qu'on peut se procurer en grandes quantités sera limité à un approvisionnement de 3 mois au maximum par achat, sauf dans le cas des frais engagés pour des médicaments couverts.

Soins hospitaliers

À compter du premier jour de l'année durant laquelle la personne assurée atteint l'âge de 65 ans, le montant maximal remboursable est de 500 \$, moins le total des sommes remboursées au cours des 3 années civiles précédentes.

- les frais qui dépassent les frais de séjour dans une salle commune d'hôpital (trois lits et plus) pour une chambre privée, à condition que :
 - la personne soit hospitalisée, et
 - le type de chambre a été expressément choisi par écrit par la personne couverte.
- frais de séjour en chambre privée dans une maison de soins palliatifs ou de soins de réadaptation, jusqu'à concurrence de 180 jours par l'invalidité
- la partie des frais de séjour en salle ou des frais modérateurs facturée au patient à l'hôpital (ou les frais similaires) n'est pas couverte

Maison de soins infirmiers

Frais de séjour en chambre à un lit dans une maison de soins infirmiers pour chaque jour où l'assuré a droit à des soins de longue durée au titre de la Loi sur l'assurance maladie de l'Ontario, à condition que le séjour soit recommandé par le médecin, sous réserve d'un remboursement maximal de 200 \$ par jour et jusqu'à concurrence d'une période maximale de 120 jours par séjour.

Tous les séjours attribuables aux mêmes causes ou à des causes connexes sont réputés n'en être qu'un seul, à moins qu'une période de 30 jours dans le cas d'un employé, ou de 180 jours dans le cas d'une personne à charge, ne les sépare.

Vos garanties collectives

Médicaments sur ordonnance

Les frais suivants sont couverts s'ils sont engagés pour des médicaments ou des fournitures prescrits par écrit par un médecin ou un dentiste et délivrés par un pharmacien autorisé :

- médicaments pour le traitement d'une maladie ou d'une blessure qui, légalement ou par convention, ne peuvent être délivrés que sur ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste (les frais engagés pour les médicaments antitabac ne sont pas couverts)
- contraceptifs oraux
- médicaments injectables (les frais demandés par un professionnel de la santé ou un médecin pour l'administration de médicaments injectables ne sont pas couverts)
- médicaments essentiels au maintien de la vie
- vaccins et médicaments préventifs (par voie orale ou injection)
- aides diagnostiques, aiguilles et seringues ordinaires nécessaires pour le traitement du diabète (les frais pour les tampons d'ouate, l'alcool à friction, les injecteurs automatiques à pression et autres appareils semblables ne sont pas couverts.)
- Les frais engagés pour des médicaments, des produits biologiques et des préparations similaires qui sont destinés à être administrés à l'hôpital un patient hospitalisé ou en consultation externe et qui ne sont pas destinés à être utilisés par un patient à la maison ne sont pas couverts.

- Maximum pour les médicaments

Médicaments contre la stérilité – 2 500 \$ par année civile

Viagra – 8 comprimés par mois

Tous les autres médicaments couverts – aucun plafond

- Prestation payable

Le remboursement des frais engagés pour des médicaments couverts tient compte de la franchise, du maximum des frais d'exécution d'ordonnance et du taux de remboursement de 100 % applicable aux médicaments.

Le montant des frais remboursables ne pourra dépasser le coût du médicament générique le moins cher pouvant être substitué légalement au médicament prescrit et figurant sur la liste des médicaments couverts par le régime provincial.

Lorsqu'il n'existe aucun médicament générique pouvant être substitué au médicament prescrit, le montant des frais remboursables est égal au coût du médicament prescrit.

Vos garanties collectives

Médicaments sur ordonnance – aucune substitution

Lorsque le médecin ou le dentiste indique sur l'ordonnance que le médicament prescrit ne doit pas être remplacé par un autre, la totalité des frais engagés pour ce médicament sera remboursable si celui-ci est couvert par la présente garantie.

Le remboursement des frais engagés pour des médicaments couverts tient compte de la franchise, du maximum des frais d'exécution d'ordonnance et du taux de remboursement de 100 % applicables aux médicaments.

- limite relative à la quantité de médicaments

La quantité maximum de médicaments couverte au titre de la garantie sera la plus petite des quantités suivantes :

- a) la quantité prescrite par le médecin ou le dentiste ou
- b) la quantité devant être utilisée pendant 34 jours.

Une quantité de médicaments suffisante pour une période pouvant aller jusqu'à 100 jours pourra être couverte dans le cas d'un traitement de longue durée, si le médecin et le pharmacien jugent qu'il convient de prescrire une plus grande quantité de médicaments.

- Paiement d'ordonnances

Lorsque vous présentez votre carte médicaments à votre pharmacien, ce dernier peut obtenir immédiatement les détails de votre couverture. Au moment de l'achat, vous et les personnes à votre charge n'avez donc pas à payer le coût intégral des médicaments ou des fournitures prescrits.

Cette carte est acceptée par les pharmaciens participants qui affichent la vignette pertinente ayant trait au paiement direct de produits pharmaceutiques.

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

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

Vous devrez payer le coût intégral des médicaments ou des fournitures qui vous ont été prescrits au moment de leur achat :

- si vous ne pouvez trouver une 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 détails sur les modalités de remboursement à l'égard des frais des médicaments que vous avez payés intégralement, veuillez vous adresser à l'administrateur de votre régime.

Vos garanties collectives

Soins de la vue

- un examen de la vue par période de 2 années civiles, jusqu'à concurrence de 75 \$
- l'achat et l'ajustement des lentilles de lunettes sur ordonnance – une paire par période de 2 années civiles ou lentilles cornéennes au choix – une demande de règlement par période de 2 années civiles

Remarque : Les lentilles de lunettes et les lentilles cornéennes seront remboursées et basées sur les frais raisonnables et habituels.

- réparations, lunettes de remplacement ou les montures de lunettes, jusqu'à concurrence de 60 \$ toutes les 2 années civiles
- interventions au laser visant à corriger la vue au choix, jusqu'à concurrence de 250 \$ toutes les 2 années civile.

Services professionnels

Services offerts par les praticiens diplômés suivants :

- Chiropraticien - 500 \$ par année(s) civile(s)
- Ostéopathe - 500 \$ par année(s) civile(s)
- Podiatre - 500 \$ par année(s) civile(s)
- Chiroprodist - 500 \$ par année(s) civile(s)
- Massothérapeute - 500 \$ par année(s) civile(s)
- Naturopathe - 500 \$ par année(s) civile(s)
- Orthophoniste - 1 000 \$ par année(s) civile(s)
- Physiothérapeute - Aucun plafond
- Psychologue - 1 000 \$ par année(s) civile(s)
- Acupuncteur - 500 \$ par année(s) civile(s)

La recommandation d'un médecin n'est pas exigée pour les services professionnels.

Services et matériel médicaux

Dans le cas du matériel médical couvert au titre de la présente garantie, les frais remboursables sont limités au coût de l'appareil ou de l'article qui répond adéquatement aux besoins médicaux fondamentaux du patient.

Vos garanties collectives

Soins infirmiers privés

Soins infirmiers relevant de la compétence d'une infirmière et dispensés au domicile du patient par :

- une infirmière autorisée, ou
- une infirmière auxiliaire (ou toute autre désignation équivalente) qui a complété un programme de formation reconnu en médication

Les frais couverts sont remboursables, jusqu'à concurrence de 90 quarts de 8 heures chacun, par personne, jusqu'à concurrence de 175 \$ par jour et d'un maximum de 15 750 \$ par année civile

Les frais engagés pour les services suivants ne sont pas couverts :

- soins de garde, travaux ménagers ou services de surveillance
- soins donnés par une infirmière qui est un proche parent ou qui vit sous le même toit que le patient
- soins donnés pendant que le patient séjourne dans un hôpital, une maison de repos ou autre établissement semblable
- soins pouvant être donnés par une personne n'ayant pas les compétences requises, par un parent, un ami du patient ou une personne vivant sous le même toit que lui

Détermination préalable des frais remboursables

L'administrateur du régime vous suggère de soumettre un plan de traitement détaillé, y compris une évaluation des coûts, avant que ne commencent les soins infirmiers privés. L'administrateur du régime vous avisera ensuite des indemnités qui seront accordées.

Ambulance

- le transport en ambulance autorisée, y compris en ambulance aérienne, fournie dans la province du domicile du patient, pour transférer le patient à l'hôpital le plus proche qui soit en mesure de dispenser le traitement requis, comprenant une personne accompagnatrice si celui-ci n'est pas effectué par un service d'ambulance licencié

Appareils médicaux

- location ou achat, si l'administrateur du régime le permet, du matériel suivant :
 - Matériel de mobilité : béquilles, cannes, ambulateurs, fauteuils roulants, et fauteuils roulants électriques médicalement nécessaires; et
 - Équipement médical durable : lit d'hôpital, lit électrique médicalement nécessaire, respirateur et appareil pour l'administration de l'oxygène et autres appareils médicaux que l'on retrouve habituellement dans les hôpitaux

Vos garanties collectives

Prothèses non dentaires, supports et aides auditives

- prothèses externes
- les frais engagés pour des prothèses myoélectriques
- les frais engagés pour la première paire de lunettes ou de lentilles cornéennes nécessaires à la suite d'une chirurgie de la cataracte ou lorsque la personne assurée n'a pas de cristallin
- achat de 6 paires de bas de soutiens par année civile
- achat de 2 soutiens-gorge post-mastectomie par années civile
- attelles (sauf les attelles podologiques), bandages herniaires, colliers, orthèses de la jambe, plâtres et éclisses
- chaussures orthopédiques de série et modifications ou ajustements aux chaussures orthopédiques de série ou aux chaussures ordinaires, jusqu'à concurrence de 2 paires (maximum de 225 \$ par paire) par année(s) civile(s) (la recommandation d'un médecin ou d'un podiatre est exigée)
- chaussures fabriquées sur mesure par un spécialiste en chaussures orthopédiques, qui sont nécessaires en raison d'une anomalie physiologique, jusqu'à concurrence d'une paire par année civile
- orthèse moulée, fabriquée sur mesure, sous réserve d'un maximum de 2 paires (maximum de 225 \$ par paire) par année(s) civile(s) (la recommandation d'un médecin ou d'un podiatre est exigée)
- coût, mise en place, réparation et entretien des aides auditives (y compris l'achat de piles), jusqu'à concurrence de 500 \$ toutes les 5 année(s) civile(s)

Autres services et matériel médicaux

- frais d'un glucomètre pour toute personne assurée souffrant d'un diabète insulino-dépendant, jusqu'à concurrence de 1 par 4 année(s) civile(s)
- frais de fournitures requises par suite d'une trachéotomie, pour des raisons d'incontinence et pour respirateurs
- fournitures nécessaires contre l'incontinence ou par suite d'une iléostomie ou d'une colostomie
- pansements médicamenteux et vêtements pour brûlés
- perruques et prothèses capillaires pour les patients qui ont temporairement perdu leurs cheveux par suite d'un traitement médical, sous réserve d'un maximum de 1 500 \$ la vie durant
- oxygène

Vos garanties collectives

- tests microscopiques et d'autres actes et tests diagnostiques semblables effectués dans un laboratoire autorisé dans la province de Québec
- frais engagés pour une chirurgie buccale ou pour l'excision d'une tumeur maligne
- frais pour le traitement de blessures accidentelles causées aux dents naturelles ou aux mâchoires, pourvu que les traitements soient fournis dans les 90 jours suivant l'accident et qu'ils soient complétés dans les 12 mois qui suivent la date de l'accident. Les frais encourus sont remboursables jusqu'à concurrence d'un maximum de 2 500 \$ par accident. Sont exclues les blessures causées par les morsures et le mâchonnement.

Soumission des demandes de règlement

Pour faire une demande de règlement en vertu de la garantie de soins médicaux complémentaires, vous devez remplir le formulaire [Demande de règlement – Assurance maladie complémentaire](#). Vous pouvez obtenir les formulaires auprès de votre service de Ressources humaines ou sur le site internet de Cowan, www.cowangroup.ca

Les reçus appropriés doivent être joints au formulaire dûment rempli lorsqu'une demande est présentée à votre administrateur de régime.

Toutes les demandes de règlement doivent être soumises dans les 12 mois qui suivent la date à laquelle les frais ont été engagés. Cependant, lorsque votre assurance sera résiliée, toutes les demandes doivent être soumises au plus tard 90 jours après la date de la résiliation.

Subrogation

Si les frais médicaux engagés par suite d'une blessure causée par un tiers vous donnent le droit d'intenter une action en dommages-intérêts, l'administrateur de votre régime peut vous demander de remplir un engagement de remboursement en vertu du droit de subrogation lorsque vous présentez votre demande de règlements.

Après le jugement ou le règlement de votre action en justice, si la somme des dommages-intérêts et des prestations versées par l'administrateur de votre régime dépasse les frais effectivement engagés, vous devrez rembourser l'excédent à l'administrateur de votre régime.

Vos garanties collectives

Exclusions

- Sont *exclus de la garantie assurance complémentaire de frais de soins médicaux les frais liés à ce qui suit* :
- blessures volontaires
- guerre, insurrection, action hostile d'une force armée, participation à une émeute ou à un mouvement populaire
- perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel ou d'une agression
- une maladie ou une blessure pour laquelle des prestations sont payables au titre d'un régime gouvernemental ou de la Commission de la santé et de la sécurité du travail ou autre organisme semblable
- examens médicaux périodiques, rendez-vous manqués, examens demandés par un tiers, voyages pour raisons de santé ou la rédaction de formules de demande de règlement
- services ou fournitures payés par le service médical ou dentaire de l'employeur
- services ou fournitures pour lesquels aucuns frais ne seraient normalement exigés s'il n'y avait pas eu d'assurance
- services ou fournitures pour lesquels le remboursement aurait été fait en vertu d'un régime du gouvernement si l'assurance n'existait pas
- services ou fournitures que la loi ne nous autorise pas à payer
- services ou fournitures nécessaires à des fins récréatives ou sportives
- services ou fournitures pour lesquels un remboursement aurait été fait en vertu d'un régime provincial si une demande avait été présentée en bonne et due forme
- traitements médicaux inhabituels ou qui sont de nature expérimentale ou encore qui sont administrés à des fins d'investigation
- soins médicaux ou chirurgicaux à des fins esthétiques

Vos garanties collectives

Soins dentaires

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

Le paiement de frais couverts est assujéti au montant des prestations maximales figurant ci-dessous sous la rubrique la garantie et dans la liste des frais couverts.

La somme prise en compte dans le calcul de la prestation maximale est le montant de la prestation versée après déduction de la franchise et l'application du pourcentage de remboursement ou de toute autre clause applicable.

La garantie

Franchise - aucune

Guide des frais dentaires – guide actuel des honoraires des praticiens généralistes de la province où les services sont rendus

Si les soins sont rendus en Alberta, on entend par guide actuel, le guide des frais dentaires de 1997 de l'Alberta pour les praticiens généralistes, accru des ajustements inflationnistes déterminés

Pourcentage payable des frais couverts (Coassurance) -

100 % - Services de base

100 % - Service complémentaires de base

100 % - Prothèses dentaires

50 % - Services de restaurations majeures

50 % - Orthodontie

Plafonds de la garantie

aucun plafond – pour les services de base

aucun plafond – pour les services complémentaires de base

aucun plafond – pour les prothèses dentaires

1 000 \$ par année civile – pour les services de restaurations majeures

1 000 \$ la vie durant – pour l'orthodontie

Âge de résiliation – dès que le salarié atteint l'âge de 70 ans ou prend sa retraite

Période probatoire

le premier jour du mois qui coïncide avec ou suit un mois pour les salariés embauchés au plus tard à la date d'effet du contrat collectif

le premier jour du mois qui coïncide avec ou suit un mois pour tous les autres salariés

Vos garanties collectives

Frais couverts

Les frais suivants sont couverts :

- s'ils sont engagés par une personne assurée, en cours de garantie, pour des soins nécessaires
- s'ils sont engagés pour les services d'un dentiste ou d'un hygiéniste dentaire travaillant sous la supervision d'un dentiste, ou par un denturologiste exerçant dans les limites de ses compétences
- s'ils sont raisonnables, compte tenu de tous les facteurs
- s'ils ne dépassent pas les honoraires proposés dans le tarif des dentistes ou les frais raisonnables et habituels si ceux-ci ne figurent pas dans le tarif des dentistes

Services de base

- examen buccal complet, un examen par période de 2 années civiles
- radiographies de la bouche au complet et radiographies panoramiques, une fois tous les 36 mois
- une unité de détartrage et une unité de polissage deux fois par année civile, lorsque les soins sont donnés au-dehors de Québec, ou prophylaxie (détartrage et polissage), deux fois par année civile, lorsque les soins sont donnés au Québec
- examens de rappel, radiographies interproximales, et application de fluorure, deux fois par année civile
- actes diagnostiques de routine et épreuves de laboratoire
- enseignement de mesures d'hygiène buccale
- obturations et tenons. Les frais de remplacement des obturations sont couverts seulement si :
 - l'obturation actuelle est vieille d'au moins 12 mois et son remplacement est nécessaire par suite d'un bris important de l'obturation actuelle ou de carie dentaire récurrente, ou
 - l'obturation existante est en amalgame et des preuves médicales indiquent que le patient est allergique aux amalgames
- endigement des puits et des fissures sous réserve d'une fois par dent pour les enfants à charge de moins de 16 ans
- la restauration complète préfabriquée (du métal ou du plastique)
- dispositifs de maintien d'espace (sauf les appareils posés à des fins orthodontiques)
- actes chirurgicaux mineurs et soins postchirurgicaux
- extractions (y compris les dents incluses et résiduelles)

Vos garanties collectives

- visites et consultations professionnelles spéciales, anesthésie et analgésie
- réparations de dentier, regarnissage et rebasage, une fois tous les 36 mois
- l'injection d'antibiotiques administrée par un dentiste relativement à une chirurgie dentaire

Services complémentaires

- actes chirurgicaux qui ne sont pas prévus aux Services de base (sauf la chirurgie pour implants)
- tout traitement des maladies des gencives et d'autres tissus qui soutiennent la dent, y compris :
 - le détartrage non couvert au titre du Service de base, et l'aplanissement des racines, sous réserve d'un maximum combiné de 16 unités par année civile;
 - les contentions provisoires;
 - l'équilibration occlusale, sous réserve d'un maximum de 8 unités par année civile; et
 - les appareils contre le bruxisme
- les services d'endodontie, y compris les traitements radiculaires et les obturations de canaux, l'amputation de racines, les apexifications et les traitements périapicaux. Les traitements radiculaires et les obturations de canaux sont couverts sous réserve d'un traitement initial et d'un traitement subséquent par dent la vie durant. Les traitements subséquents sont couverts seulement si les frais sont engagés plus de 12 mois après le traitement initial

Prothèses dentaires

- première prothèse dentaire mobile complète ou partielle, y compris les prothèses transitoires et les prothèses hybrides
- remplacement d'une prothèse dentaire amovible, pourvu que la prothèse soit nécessaire pour une des raisons suivantes :
 - une dent naturelle est extraite et la prothèse existante ne peut plus être utilisée;
 - la prothèse existante date d'au moins 60 mois et ne peut plus être utilisée; ou
 - la prothèse existante est temporaire et est remplacée par des prothèses dentaires permanentes dans les 12 mois qui suivent sa mise en place

Vos garanties collectives

Services de restaurations majeures

- couronnes et incrustations avec recouvrement uniquement lorsque l'usage des dents est réduit en raison de dommages causés par une lésion ou une carie à l'angle de la cuspide ou à l'angle incisif
- incrustations sans recouvrement (couvrant au moins 3 faces de la dent, à condition que la cuspide soit fracturée)
- premier pont fixe
- remplacement d'un pont, pourvu que la prothèse soit nécessaire pour une des raisons suivantes :
 - une dent naturelle est extraite et la prothèse existante ne peut plus être utilisée;
 - la prothèse existante date d'au moins 60 mois et ne peut plus être utilisée; ou
 - la prothèse existante est temporaire et est remplacée par un pont permanent dans les 12 mois qui suivent sa mise en place

Traitements orthodontiques

- traitements orthodontiques (pour les enfants à charge uniquement, pourvu que le traitement commence avant qu'ils n'aient atteint l'âge de 18 ans)

Restriction pour adhésion tardive

Si votre assurance de soins dentaires ou celle de l'une de vos personnes à charge entre en vigueur plus de 31 jours après la date à laquelle vous êtes devenu admissible à cette assurance, la somme payable au cours des 12 premiers mois de l'assurance ne dépassera pas 250 \$ par personne assurés.

Détermination préalable des frais remboursables

Si vous prévoyez que le coût d'un traitement dentaire recommandé dépassera 500 \$, il est suggéré de soumettre, avant que ne commence le traitement, une description détaillée du traitement rédigée par votre dentiste. Vous serez ensuite informé de la somme à laquelle vous avez droit au titre de cette garantie

Traitement au cours à la fin de l'assurance

Les frais relatifs à un traitement dentaire en cours à la cessation de la couverture (pour une raison autre que la résiliation du présent contrat ou de la garantie d'assurance de frais dentaires) sont remboursables à condition que ces frais aient été engagés dans les 30 jours suivants la date de cessation de la couverture.

Soumission des demandes de règlement

Pour présenter une demande de règlement, votre dentiste et vous devez remplir le formulaire Déclaration de sinistre – Soins dentaires dont votre service des Ressources humaines possède des exemplaires.

Toutes les demandes de règlement doivent être soumises dans les 12 mois qui suivent la date à laquelle les frais ont été engagés. Cependant, lorsque votre assurance sera résiliée, toutes les demandes doivent être soumises au plus tard 90 jours après la date de la résiliation.

Vos garanties collectives

Subrogation

Si les frais dentaires engagés par suite d'une blessure causée par un tiers vous donnent le droit d'intenter une action en dommages-intérêts, l'administrateur du régime peut vous demander de remplir un engagement de remboursement en vertu du droit de subrogation lorsque vous présenterez votre demande de règlements.

Après le jugement ou le règlement de votre action en justice, si la somme des dommages-intérêts et des prestations versées par l'administrateur du régime dépasse les frais effectivement engagés, vous devrez rembourser l'excédent à l'administrateur du régime.

Exclusions

Sont exclus de l'assurance de soins dentaires les frais découlant de ce qui suit :

- blessures volontaires
- la guerre, l'insurrection, toute action hostile d'une force armée ou la participation à une émeute ou à toute agitation civile
- perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel ou d'une agression
- soins dentaires à des fins esthétiques, à moins que le traitement soit rendu nécessaire par suite d'une blessure accidentelle survenue pendant que la personne était couverte en vertu de cette garantie
- appareils pour prévenir le ronflement et l'apnée du sommeil
- rendez-vous manqués, examens demandés par un tiers, frais de déplacement ou frais de rédaction de formules de demande de règlement
- services assurés par un régime gouvernemental
- services ou fournitures offerts par le service médical ou dentaire de l'employeur
- services ou fournitures pour lesquels aucuns frais ne seraient normalement exigés s'il n'y avait pas eu d'assurance
- traitement ayant pour but la restauration de la bouche au complet, ainsi que la correction de la dimension verticale ou de toute dysfonction temporomandibulaire
- remplacement d'appareils dentaires mobiles qui ont été perdus, égarés ou volés
- les frais de laboratoire qui dépassent les frais ordinaires et raisonnables

Vos garanties collectives

Garantie complémentaire pour les personnes à charge survivantes

Si vous décédez pendant que vos personnes à charges sont assurées au titre du présent régime d'assurance collective, l'assurance complémentaire de frais de soins médicaux et l'assurance de frais dentaires seront maintenues, sans qu'il soit nécessaire d'acquitter la prime, jusqu'à celle des dates suivantes qui surviendra la première :

- la date où la personne à charge ne répond plus à cette définition (voir « Définition de termes courants en assurance »);
- la date où les personnes à charge deviennent assurées en vertu de garanties semblables auprès d'un autre assureur,
- 2 années après votre décès, ou
- la date où le contrat d'assurance collective prend fin.

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

Invalidité totale s'entend de l'empêchement ou de l'incapacité, en raison d'une maladie ou d'une blessure, d'accomplir les tâches essentielles de :

- votre emploi habituel au cours de la période d'attente et des 2 année(s) suivante(s)
- tout emploi convenant à la formation, à l'instruction ou à l'expérience que vous possédez ou pourriez acquérir, après la période de 2 années précisée ci-dessus

La Financière Manuvie ne tient pas compte des possibilités d'emploi lors de l'évaluation de l'invalidité.

La garantie

Montant d'assurance - 66.7 % de votre revenu mensuel, jusqu'à concurrence d'un minimum de 50 \$ et un maximum de 11 000 \$

Maximum sans preuve d'assurabilité 11 000 \$

Période d'attente - 119 jours

- Les prestations sont payables à l'expiration de la période d'attente. Aucune prestation n'est versée pour ou pendant la période d'attente.
- Vous devez être suivi et traité de façon régulière par un médecin pendant la période d'attente afin d'avoir droit à des prestations à la fin de cette période.

Vos garanties collectives

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

Âge de la résiliation – 65 ans moins la période d'attente ou à la date de retraite si antérieure

Période probatoire

le premier jour du mois qui coïncide avec ou suit 3 mois pour les salariés embauchés au plus tard à la date d'effet du contrat collectif

le premier jour du mois qui coïncide avec ou suit 3 mois pour tous les autres salariés

Critères d'admissibilité

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

- vous devez être totalement invalide pendant toute la période d'attente. Si l'invalidité n'a pas été continue, la Financière Manuvie tiendra compte des différentes périodes d'invalidité pour satisfaire la période d'attente si :
 - l'intervalle entre les périodes d'invalidité est de trois semaines ou moins, et
 - les invalidités sont attribuables à la même blessure ou maladie ou à une blessure ou maladie analogues.
- La Financière Manuvie doit recevoir des attestations médicales confirmant votre empêchement ou votre incapacité, en raison d'une maladie ou d'une blessure, d'accomplir les tâches essentielles de :
 - votre emploi habituel au cours de la période d'attente et des 2 années suivant(e)s, et
 - tout emploi convenant à la formation, à l'instruction ou à l'expérience que vous possédez ou pourriez acquérir, après la période de 2 années précisée ci-dessus.
- vous devez être suivi par un médecin et recevoir les soins et traitements appropriés, compte tenu de votre invalidité, selon la Financière Manuvie.

En cas de litige portant sur la nature et l'étendue de l'invalidité et/ou la pertinence des soins ou des traitements reçus, la Financière Manuvie peut exiger un examen par un spécialiste indépendant.

Périodes n'ouvrant pas droit au versement de prestations

Aucune prestation n'est versée dans les cas suivants :

- si vous n'êtes pas suivi et traité par un médecin pour votre état d'invalidité, selon la Financière Manuvie
- pendant une période où vous recevez des allocations de maternité ou parentales au titre du régime d'assurance emploi
- Si vous êtes mis à pied et devenez totalement invalide pendant cette période

Vos garanties collectives

- si vous êtes en congé autorisé et devenez totalement invalide pendant cette période, à moins que l'employeur ne soit tenu de payer des prestations au cours de cette période en vertu d'une loi, d'un règlement ou de la jurisprudence
- si vous recevez des prestations au titre d'une assurance salaire ou d'un régime de remplacement du revenu de courte durée
- si vous occupez un emploi, à l'exclusion d'une activité prévue au titre du programme de réadaptation
- si vous êtes emprisonné, ou interné dans un établissement correctionnel ou dans un établissement psychiatrique, sur ordonnance d'une cour criminelle

Montant de la prestation d'invalidité

Le montant de la prestation payable correspond au montant indiqué ci-dessus, réduit de toute somme que vous recevez ou à laquelle vous avez droit en raison de la même invalidité ou d'une invalidité connexe :

- l'assurance contre les accidents du travail ou d'une couverture semblable
- les prestations versées en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec
- les prestations versées au titre de tout régime d'assurance automobile de l'État, sauf si la loi l'interdit

Au besoin, le montant de la prestation payable sera de nouveau réduit de sorte que la somme totale 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

a) toute somme que vous touchez ou êtes en droit de toucher au titre :

- de toute autre assurance collective ou de toute assurance d'une association ou pour franchisés
- de tout régime de pension ou de retraite
- du salaire ou sommes payables par tout employeur, y compris les indemnités de départ ou les paies de vacances
- de travail à votre propre compte
- de tout régime d'État, à l'exclusion des prestations d'assurance emploi

b) les prestations versées en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec qu'un autre membre de votre famille reçoit ou auxquelles il a droit en raison de votre invalidité

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.

Vos garanties collectives

Règles de calcul des prestations

La Financière Manuvie appliquera les règles suivantes au calcul des prestations :

- les prestations d'autres sources et dont le versement a commencé avant le début de l'invalidité actuelle de l'employé ne seront pas prises en considération;
- les prestations d'autres sources ne seront pas rajustées pour prendre en considération la différence entre la situation fiscale de ces prestations et celle des prestations payables par la Financière Manuvie;
- les modifications touchant toute prestation, autres que les indexations sur le coût de la vie, seront prises en considération et la prestation pourra alors faire l'objet d'un nouveau calcul;
- les prestations payables au titre d'une assurance salaire individuelle ne seront pas prises en considération;
- pour ce qui est des prestations qui ne sont pas versées mensuellement, la Financière Manuvie calculera l'équivalent mensuel de ces prestations; et
- lorsque vous ne présentez aucune demande visant une prestation à laquelle vous êtes admissible, la Financière Manuvie déterminera le montant approximatif de cette prestation et celle-ci sera réputée vous avoir été versée.

Subrogation

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.

Paiement des prestations

Les prestations d'invalidité sont versées chaque mois à terme échu. Si un paiement ne porte pas sur un mois complet, il est prévu pour chaque jour d'invalidité une indemnité égale à 1/30 de la prestation mensuelle.

Vos garanties collectives

Indemnité de 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 ou tout autre emploi.

En vue de déterminer s'il y a lieu de vous offrir un programme de réadaptation, la Financière Manuvie tiendra compte de ce qui suit :

- la nature, l'étendue et la durée prévue de votre invalidité
- votre formation, votre instruction ou votre expérience
- la nature, la portée, les objectifs et les coûts d'un programme de réadaptation

- Programme de réadaptation

Un programme de réadaptation est un programme de formation ou de placement destiné à vous aider à occuper à nouveau un emploi rémunéré.

S'il s'avère que des services de réadaptation sont appropriés à votre cas, la Financière Manuvie mettra sur pied, en collaboration avec vous et votre employeur, un programme de réadaptation structurée qui vous préparera à retourner au travail, que ce soit :

- pour votre employeur
- pour un autre employeur
- à votre propre compte

La Financière Manuvie peut demander que vous soyez examiné par un spécialiste indépendant pour aider à déterminer la pertinence et la structure du programme de réadaptation.

- Prestations d'invalidité pendant la réadaptation

Vous continuerez d'avoir droit aux prestations d'invalidité pendant la réadaptation. Si vous touchez un revenu de l'activité de réadaptation, vos prestations d'invalidité seront réduites si votre revenu total (prestations d'invalidité plus le revenu de l'activité de réadaptation) excède 100 % de votre salaire brut avant l'invalidité, ou de votre salaire net si vos prestations ne sont pas imposables.

Si vous cessez de participer à l'activité de réadaptation en raison d'un changement de votre état de santé, la Financière Manuvie exigera des documents médicaux attestant que votre état de santé vous empêche de poursuivre l'activité de réadaptation.

Si vous n'êtes pas disponible ou si vous refusez de coopérer ou de participer à l'activité de réadaptation, vous n'aurez plus droit aux prestations d'invalidité.

Vos garanties collectives

Cessation du versement des prestations

Le versement des prestations d'invalidité prend fin dès que se réalise l'une des éventualités suivantes :

- la date à laquelle vous ne répondez plus à la définition d'invalidité totale de la garantie.
- le jour où vous négligez de fournir à la Financière Manuvie les attestations médicales appropriées confirmant votre empêchement ou votre incapacité, en raison d'une maladie ou d'une blessure, d'accomplir les tâches essentielles de :
 - votre emploi habituel au cours de la période d'attente et des années suivant(e)s, et
 - tout emploi convenant à la formation, à l'instruction ou à l'expérience que vous possédez ou pourriez acquérir, après la période de 2 années précisée ci-dessus.
- le jour où vous refusez de vous laisser examiner par un spécialiste indépendant choisi par la Financière Manuvie.
- la date à laquelle la période d'indemnisation maximale prend fin.
- la date à laquelle vous avez atteint l'âge de résiliation.
- la date de votre décès.

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 suivants, la cessation du versement de vos prestations au titre de la garantie Assurance contre l'invalidité de longue durée, la Financière Manuvie considérera l'invalidité comme une prolongation de l'invalidité précédente.

Vous ne serez pas tenu de satisfaire la période d'attente. 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 d'indemnisation maximale.

Si vous êtes de nouveau atteint de la même invalidité plus de 6 mois suivant la cessation du versement des prestations, cette invalidité sera considérée comme une invalidité distincte.

Deux invalidités attribuables à des causes différentes sont considérées comme des invalidités distinctes si elles sont séparées par au moins une journée de travail.

Exonération de primes

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

Vos garanties collectives

Soumission des demandes de règlement

Pour présenter une demande de règlement, il vous faut remplir le formulaire Déclaration de sinistre - Invalidité de longue durée que vous pouvez vous procurer auprès de votre service des Ressources humaines. Votre médecin traitant doit aussi remplir une partie de ce formulaire.

Les formulaires de demande de règlement doivent être soumis à la Financière Manuvie, dûment remplis, dans les 180 jours qui suivent la fin de la période d'attente.

Exclusions

Aucune prestation ne sera versée pour les invalidités relevant de ce qui suit :

- blessures ou maladies provoquées volontairement.
- guerre, insurrection, toute action hostile d'une force armée ou participation à une émeute ou à toute agitation civile.
- soins médicaux ou chirurgicaux qui ne sont pas nécessaires du point de vue médical.
- perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel ou d'une agression.
- abus de substances engendrant une dépendance, y compris drogue et alcool, sauf si vous participez activement ou coopérez à un programme de traitement médical pour toxicomanes en établissement approuvé par la Financière Manuvie.