

**Régime d'assurance collective**  
**ASSOCIATION GENERALE DES ETUDIANT(E)S DU CEGEP DE**  
**LEVIS-LAUZON**

**Contrat : 4602**

**Émis pour la classe :**  
**1 - TOUS LES ETUDIANTS ADMISSIBLES**

**Édition :**  
**28 sept. 2021**

***En collaboration avec :***

**GRUPE MAJOR INC.  
763, BOUL. ST-JOSEPH  
GATINEAU QC  
G2K 0M6  
Tél. : (819) 777-2882**

La présente brochure constitue un document utile et un guide important.

Elle contient les textes qui décrivent brièvement les garanties du régime d'assurance collective auquel vous participez. Toutefois, noter que les textes de cette brochure ne vous confèrent aucun droit contractuel et ne modifient en rien les garanties du régime. Dans tous les cas, les conditions et les stipulations de la police émise au preneur prévalent.

Nous vous invitons à la lire attentivement et à la conserver pour y référer au besoin.



En collaboration avec :  
Groupe Major Inc.  
763, Boulevard St-Joseph  
Gatineau QC J8Y 4B7  
Téléphone: 819 777-2882  
<https://planmajor.ca/fr/>

# TABLE DES MATIÈRES

CONTRAT NO : 4602, CLASSE 1 - TOUS LES ETUDIANTS ADMISSIBLES

---

---

## SOMMAIRE DES GARANTIES

---

---

Sommaire des garanties	Page 1
------------------------	--------

---

---

## DESCRIPTION DES GARANTIES

---

---

Dispositions générales	Page 5
Garantie d'assurance maladie	Page 10
Garantie d'assurance dentaire (dispositions générales)	Page 17
Garantie d'assurance dentaire (plan A, soins de base)	Page 21
Garantie d'assurance dentaire (plan B, services de restauration mineures)	Page 23
Garantie d'assurance en cas de maladies graves (Adhérent) UV+	Page 25

---

# SOMMAIRE DES GARANTIES

CONTRAT NO : 4602, CLASSE 1 - TOUS LES ETUDIANTS ADMISSIBLES

## ASSURANCE MALADIE

Date d'effet: 1 septembre 2021

### FRANCHISE :

Protection individuelle : 0 \$

### FRAIS ADMISSIBLES :

DESCRIPTION	Coass.	-----Par période-----			Maximum	Type	Fran- chise	Âge max
		Fréquence	Nombre	Visite				
<b>HOSPITALISATION :</b>								
HOP. PROV. DE RÉG. [*]	100 %	Voir remarque		30 \$	300 \$	(P)	Non	99
[*] Chambre semi-privée								
<b>PARAMÉDICAUX :</b>								
ACUPUNCTEUR [1]	100%	Période de couverture		25 \$	200 \$	(P)	Non	99
CHIROPRACTICIEN [2]	100%	Période de couverture		25 \$	200 \$	(P)	Non	99
DIÉTÉTISTE [1]	100%	Période de couverture		25 \$	200 \$	(P)	Non	99
EXAMEN DE LA VUE	100%	Période de 12 mois			30 \$	(P)	Non	99
MASSOTHÉRAPEUTE [1] [R]	100%	Période de couverture		25 \$	200 \$	(P)	Non	99
PHYSIOTHÉRAPEUTE [2]	100%	Période de couverture		25 \$	200 \$	(P)	Non	99
OSTÉOPATHE [2]	100%	Période de couverture		25 \$	200 \$	(P)	Non	99
<b>AUTRES FRAIS :</b>								
AMBULANCE	60 %	Période de couverture			300 \$	(P)	Non	99
FRAIS DE SCOLARITÉ	50 %	Période de couverture			125 \$	(P)	Non	99
LOC. / ACHAT BÉQUILLES [3] [R]	60%	Période de couverture			100 \$	(P)	Non	99
LOC. / ACHAT CHAIS ROUL. [3] [R]	60%	Période de couverture			100 \$	(P)	Non	99
ÉCHOGRAPHIE/RADIOGRAPHIE	60 %	Période de couverture			100 \$	(P)	Non	99
VACCINS NON RAMQ	60 %	Période de couverture			100 \$	(P)	Non	99
TESTS SANGUINS	60 %	Période de couverture			100 \$	(P)	Non	99
<b>SOINS VISUELS :</b>								
LUNETTES	100%	Période de 24 mois			75 \$	(P)	Non	99

Les montants maximums sont combinés pour l'ensemble des frais pour chacun des regroupements.

Voici les différents regroupements : [1], [2] et [3]

Type (A) = montant admissible, Type (P) = montant payable

[R] = recommandation médicale requise pour ces services paramédicaux

# SOMMAIRE DES GARANTIES

CONTRAT NO : 4602, CLASSE 1 - TOUS LES ETUDIANTS ADMISSIBLES

---

---

## ASSURANCE MALADIE

---

---

### CESSATION :

L'âge maximum pour enfant est 21 ans, ou 26 ans si étudiant à temps plein.

---

### REMARQUE(S) SUR L'ASSURANCE MALADIE :

PERIODE DE COUVERTURE : DU 1ER SEPTEMBRE AU 31 AOÛT.

MONTANT MAXIMUM PAYABLE DE 300 \$ PAR PERIODE DE COUVERTURE POUR L'ENSEMBLE DES FRAIS PARAMEDICAUX ET SOINS VISUELS.

MONTANT MAXIMUM PAYABLE DE 400 \$ PAR PERIODE DE COUVERTURE POUR L'ENSEMBLE DES FRAIS D'HOSPITALISATION ET AUTRES FRAIS.

REMBOURSEMENT DES FRAIS D'HOSPITALISATION :  
- MAXIMUM DE 7 JOURS CONSECUTIFS PAR EVENEMENT.

LES FRAIS POUR UN BILAN DE SANTE ET D'ECHOGRAPHIE DE MATERNITE SONT ADMISSIBLES A UN REMBOURSEMENT.

---

# SOMMAIRE DES GARANTIES

CONTRAT NO : 4602, CLASSE 1 - TOUS LES ETUDIANTS ADMISSIBLES

## ASSURANCE DENTAIRE

Date d'effet : 1 septembre 2021

### PLAN(S) DENTAIRE(S) COUVERT(S) :

Plan A, Soins de base : Depuis le 1 janvier 2019  
Plan B, Soins de restauration mineures : Depuis le 1 janvier 2019

### FRANCHISE :

Protection individuelle : 0 \$

### REMBOURSEMENT :

	COASSURANCE	FRANCHISE
Plan A, Soins de base :	65%	Non applicable
Plan B, Soins de restauration :	Voir remarque	Non applicable

### MONTANT D'ASSURANCE MAXIMUM :

Selon les tarifs en vigueur dans le guide de l'association dentaire de la province de résidence de l'assuré à la date à laquelle les services sont rendus. Le montant maximum admissible des services rendus est celui du généraliste.

REGROUPEMENT 1, montants maximums combinés pour : Plan A, Plan B  
300 \$ par période de couverture

FRÉQUENCE EXAMEN DE RAPPEL : 12 mois

### ASSUREUR PRÉCÉDENT :

Plan A, Soins de base : Non  
Plan B, Soins de restauration : Non

### CESSATION :

L'âge maximum pour enfant à charge est 21 ans, ou 26 ans si étudiant à temps plein.  
Cessation de la garantie à l'âge de 99 ans de l'adhérent.

### EXONÉRATION DES PRIMES :

Aucune exonération des primes en cas d'invalidité.

### REMARQUE(S) SUR L'ASSURANCE DENTAIRE :

PERIODE DE COUVERTURE : DU 1ER SEPTEMBRE AU 31 AOUT.

FRAIS ADMISSIBLES DU PLAN A : EXAMEN, NETTOYAGE, RADIOGRAPHIE ET POLISSAGE.

FRAIS ADMISSIBLES DU PLAN B POUR UN MONTANT MAXIMUM PAYABLE DE 250 \$ PAR PERIODE DE COUVERTURE :

- EXTRACTION DES DENTS INCLUANT LES DENTS DE SAGESSE, TRAITEMENT DE CANAL ET TRAITEMENT DE LA GENCIVE : COASSURANCE DE 75%.
- REMBOURSEMENT DES FRAIS DE PLOMBAGES : COASSURANCE DE 55%.

# SOMMAIRE DES GARANTIES

CONTRAT NO : 4602, CLASSE 1 - TOUS LES ETUDIANTS ADMISSIBLES

---

---

## ASSURANCE EN CAS DE MALADIES GRAVES (ADHÉRENT) UV+

---

---

Date d'effet : 1 sept. 2021

---

### TYPE DE PROTECTION :

---

Votre protection en cas de maladies graves couvre 19 maladies.

Ces maladies sont mentionnés dans le texte "Garantie d'assurance en cas de maladies graves (Adhérent)" de la section "DESCRIPTION DES GARANTIES".

---

### MONTANT D'ASSURANCE :

---

Le montant assurable est un montant fixe de 2 500 \$.

Maximum sans preuve : 2 500 \$

Maximum avec preuves : 2 500 \$

Réduction de 100 % à l'âge de 99 ans.

---

## DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### DÉFINITIONS

Dans la présente police, à moins que l'une des garanties, une modification, un avenant ou le "Sommaire des Garanties" stipule autrement, on entend par:

- a) **ACCIDENT**  
Une atteinte corporelle constatée par un médecin, provenant directement et indépendamment de toute autre cause, de l'action soudaine, violente et imprévue d'une cause extérieure.
- b) **ADHÉRENT**  
Un étudiant admissible et assuré en vertu du présent contrat.
- c) **ÂGE**  
L'âge atteint au dernier anniversaire d'un assuré au moment où il est calculé ou le jour où un événement prévu au contrat se produit.
- d) **ASSURÉ**  
Un adhérent ou l'une de ses personnes à charge.
- e) **CONJOINT**  
Celui ou celle avec qui l'adhérent est uni. Cette union doit être un mariage reconnu comme valide par les lois du Québec ou l'état de fait d'une personne célibataire, veuve ou divorcée résidant en permanence depuis plus d'un (1) an avec une personne, elle-même célibataire, veuve ou divorcée, qu'elle présente publiquement comme son conjoint. La période précitée n'est pas applicable si un enfant est issu de l'union. La dissolution du mariage par jugement de divorce ou la séparation de corps fait perdre le statut de conjoint, de même que la séparation de fait depuis plus de trois (3) mois, dans le cas d'une union non légalement contractée.

Le conjoint est celui désigné par l'adhérent. En tout temps une seule personne peut être assurée en tant que conjoint.

- f) **DROGUES**  
Drogues contrôlées ou drogues d'usage restreint incluant les médicaments ou stupéfiants au sens et suivant les dispositions de la Loi sur les aliments et drogues et de la Loi sur les stupéfiants.
- g) **ÉTUDIANT**  
Une personne membre en règle du preneur et couverte par la régie d'assurance maladie de sa province de résidence ou par une assurance privée.
- h) **ENFANT**  
Tout enfant célibataire de l'adhérent ou de son conjoint y compris l'enfant légalement adopté domicilié au Canada et qui satisfait à l'une des conditions suivantes:
  - est âgé de moins de vingt et un (21) ans, ou;

- est âgé de moins de vingt-six (26) ans et est dûment inscrit, à titre d'étudiant à plein temps, dans une institution d'enseignement reconnue, ou;
- est totalement invalide et l'est devenu pendant que l'une des deux (2) conditions précédentes existait, et est domicilié chez l'adhérent.

En ce qui concerne l'assurance sur la vie des personnes à charge, l'enfant doit être âgé d'au moins vingt-quatre (24) heures.

**i) FAMILLE IMMÉDIATE**

La famille immédiate d'un adhérent signifie le conjoint (ou conjoint de fait), les parents, grands-parents, enfants, petits-enfants, frères et sœurs âgés de plus de dix-huit (18) ans.

**j) FRANCHISE**

La franchise est la partie des frais admissibles qui doit être payée par l'assuré à chaque année civile, avant que la garantie ne donne droit à un remboursement. Le montant de la franchise est spécifié au "Sommaire des Garanties" s'il y a lieu.

Si le présent contrat en remplace un autre, les frais déboursés entre le premier (1<sup>er</sup>) janvier et la date d'entrée en vigueur du contrat seront applicables contre la franchise.

Pour la première (1<sup>ère</sup>) année d'assurance dans le cas où il n'y a pas d'assureur précédent, la franchise est proportionnelle au nombre de mois entre la date d'entrée en vigueur et la fin de l'année civile, à moins d'entente différente entre l'assureur et le preneur.

**k) MALADIE**

Une détérioration de la santé ou un désordre de l'organisme certifié par un médecin spécialisé à traiter la maladie. La grossesse n'est pas considérée une maladie; seules les complications graves de la grossesse sont considérées comme une détérioration de la santé.

**l) MÉDECIN**

Désigne toute personne légalement autorisée à exercer la médecine dans le domaine de sa compétence. Le médecin ne doit pas être la personne assurée, ni un membre de sa famille immédiate.

**m) PÉRIODE DE MODIFICATION**

Période minimale de quinze (15) jours par session déterminé par le preneur permettant à l'étudiant admissible de se désister des couvertures du présent contrat ou d'adhérer ses personnes à charge.

**n) PERSONNE À CHARGE**

Un enfant de l'adhérent pris individuellement et répondant à la définition de d'enfant du présent contrat. Il est précisé que les personnes suivantes ne sont pas considérées personnes à charge de l'adhérent:

- 1) l'enfant qui ne dépend pas de l'adhérent pour son soutien financier ou qui travaille à plein temps;
- 2) l'enfant ayant un conjoint.

**o) POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT**

Le pourcentage de remboursement qui s'applique sur les frais admissibles, après déduction de la franchise s'il y a lieu, tel que spécifié au "Sommaire des Garanties".

**p) PRENEUR**

La personne physique ou morale désignée comme tel sur la page frontispice de la présente police ou au "Sommaire des Garanties". Le preneur est le seul et unique titulaire du contrat.

**q) SESSIONS**

Période du premier (1<sup>er</sup>) février au trente-et-un (31) août pour la session d'hiver et du premier (1<sup>er</sup>) septembre au trente-et-un (31) janvier pour la session d'automne.

**ADMISSIBILITÉ DES ÉTUDIANTS**

Un étudiant devient admissible à l'assurance:

- a) à chaque début de session s'il est membre du preneur.

**ADMISSIBILITÉ DES PERSONNES À CHARGE**

Les personnes à charge d'un étudiant deviennent admissibles à la date à laquelle l'étudiant est lui-même admissible.

**ADHÉSION À L'ASSURANCE**

Pour être assuré en vertu du présent contrat, un étudiant admissible est présumé avoir rempli une demande d'assurance lorsqu'il se retrouve sur la liste de membres du preneur et ne pas se désister pendant la période de modification.

Pour adhérer ses personnes à charge, un étudiant doit en faire la demande écrite durant la période de modification.

L'adhésion est confirmée par le preneur suite à la réception du paiement de la prime de l'étudiant.

**CESSATION DE L'ASSURANCE D'UN ADHÉRENT**

L'assurance d'un adhérent, en vertu du présent contrat ou de l'une de ses garanties ou services, prend fin à la première des dates suivantes, à 24:00 heures:

- a) la date de résiliation du présent contrat ou de la garantie concernée;
- b) la date où l'adhérent cesse d'être un étudiant admissible;
- c) la date de réception chez l'assureur d'un avis écrit du preneur de cesser l'assurance d'un adhérent ou à toute date ultérieure mentionnée dans l'avis;
- d) la date d'échéance de toute prime, si à cette date la prime relative à l'adhérent n'est pas payée;
- e) la date du décès d'un adhérent sous réserve du paiement des prestations dues;

- f) rétroactivement à la date d'admissibilité s'il y a désistement de l'étudiant pendant la période de modification;
- g) rétroactivement à la date d'admissibilité si la prime n'a pas été acquittée dans les douze (12) mois suivant cette date.

#### **CESSATION DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE**

L'assurance d'une personne à charge d'un adhérent, en vertu du présent contrat ou de l'une de ses garanties ou services, prend fin à la première des dates suivantes, à 24:00 heures:

- a) la date de résiliation du présent contrat ou de la garantie concernée;
- b) la date où l'adhérent cesse d'être un étudiant admissible;
- c) la date où l'assurance de l'adhérent cesse;
- d) la date où la personne à charge cesse de répondre à la définition de personne à charge;
- e) la date d'échéance de toute prime, si à cette date la prime relative aux personnes à charge n'est pas payée;
- f) la date du décès d'une personne à charge, sous réserve du paiement des prestations dues.
- g) rétroactivement à la date d'admissibilité s'il y a désistement de l'étudiant pendant la période de modification.

#### **ERREUR ET FAUSSE DÉCLARATION**

La fausse déclaration sur l'âge de l'assuré n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Dans ce cas, la date réelle de la naissance, établie à la satisfaction de l'assureur, sert de base au calcul de la prime et il est fait un réajustement équitable des primes et des montants assurés au contrat, s'il y a lieu.

L'assureur est fondé à demander la nullité de l'assurance vie lorsque l'âge de l'assuré se trouve, au moment où se forme le certificat d'assurance, hors des limites d'âge fixées par les tarifs de l'assureur. L'assureur est tenu d'agir dans les trois (3) ans de la conclusion du certificat d'assurance d'un assuré, pourvu qu'il le fasse du vivant de l'assuré et dans les soixante (60) jours de la connaissance de l'erreur par l'assureur.

Aucune erreur d'âge ne peut avoir pour effet de prolonger tout montant d'assurance au delà de la date à laquelle ces montants se seraient terminés, tenant compte de l'âge réel d'un assuré.

#### **INCONTESTABILITÉ**

En l'absence de fraude, la fausse déclaration ou la réticence portant sur le risque ne peut fonder la nullité ou la réduction de l'assurance qui a été en vigueur pendant deux (2) ans. Toutefois, cette règle ne s'applique pas à l'assurance portant sur l'invalidité si le début de celle-ci est survenu durant les deux (2) premières années de l'assurance.

## **INFORMATIONS AUX ADHÉRENTS**

L'assureur fournit au preneur un résumé écrit des droits et devoirs des assurés en vertu du présent contrat ainsi qu'un certificat attestant que l'employé est assuré en vertu des présentes.

Sur demande de l'adhérent, ces informations doivent être remises par le preneur. Elles ont pour but de renseigner l'adhérent sur ses droits et obligations, mais en cas de litige, seul le contrat peut être invoqué.

L'assuré peut consulter la police chez le preneur et en prendre une copie à ses frais.

## **LOIS RÉGISSANT CE CONTRAT**

Dans cette police, la référence à une loi signifie un renvoi à la loi en vigueur à ce moment, ou, si cette loi a été abrogée, à celle qui l'a remplacée ou à toute loi de même nature ou poursuivant la même fin.

## **ACCÈS AU DOSSIER DE L'ASSURÉ**

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements personnels détenus au sujet de l'assuré, l'assureur s'engage de la façon suivante:

À constituer un dossier d'assurance de personnes dans lequel seront versés les renseignements concernant la demande d'assurance de l'assuré, ainsi que les renseignements relatifs à toute réclamation d'assurance.

Seuls les employés, conseillers juridiques ou mandataires de l'assureur qui seront responsables de la souscription, des enquêtes et des déclarations auront accès à ce dossier.

Le dossier de l'assuré est détenu par L'Union-Vie, compagnie mutuelle d'assurance. L'assuré a le droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans ce dossier et le cas échéant, de les faire rectifier en formulant une demande écrite à l'assureur, à l'attention du responsable de l'accès à l'information.

## **GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE**

**Cette garantie comprend l'assurance en cas d'hospitalisation et l'assurance en cas de frais médicaux et paramédicaux**

### **OBJET DE LA GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE**

L'objet de la présente garantie est de rembourser les frais admissibles à la suite d'un accident ou d'une maladie tels qu'indiqués au "Sommaire des Garanties" et pendant que cette garantie est en vigueur.

### **ADMISSIBILITÉ**

Seules les personnes qui sont couvertes par la régie d'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré ou une assurance privée sont admissibles à la garantie d'assurance maladie.

### **HOSPITALISATION**

L'objet de l'assurance hospitalisation est de rembourser un montant pour chaque jour où un assuré doit, à cause de maladie ou de blessure, séjourner dans un hôpital ou un centre de réadaptation sur la recommandation d'un médecin.

#### **a) HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE**

Les frais de séjour selon le type de chambre indiqué au "Sommaire des Garanties" dans un hôpital pour y recevoir des soins de courte durée, excédant ceux qui sont remboursés ou remboursables en vertu d'un régime d'assurance gouvernemental.

Les soins de courte durée couverts sont les soins de prévention, de diagnostic médical et de traitement médical pour maladie aiguë.

### **DÉFINITION DES INSTITUTIONS**

#### **a) HÔPITAL**

Désigne un centre hospitalier de soins de courte durée ou de longue durée tel qu'établi en vertu des lois en vigueur, à l'exclusion de toute partie d'un tel centre qui serait réservée aux soins prolongés.

Un hôpital ne désigne en aucun cas un centre local de services communautaires, un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, un centre d'hébergement et de soins de longue durée, une clinique, un hôpital pour soins psychiatriques ou pour tuberculeux, un sanatorium, un centre d'accueil, une maison de repos ou de retraite, une station thermale, un centre pour sidatiques ou tout autre établissement dont le but est de prodiguer des soins de garde.

### **MONTANT DES PRESTATIONS D'HOSPITALISATION**

Pour les frais admissibles d'hospitalisation, il n'y a aucune franchise et le pourcentage de remboursement tel qu'indiqué au "Sommaire des Garanties".

#### **a) HOSPITALISATION DANS LA PROVINCE DE RÉSIDENCE DE L'ASSURÉ**

Si l'assuré est hospitalisé dans sa province de résidence, l'assureur rembourse pour chaque jour d'hospitalisation une partie des frais de chambre semi-privée et de pension demandés par l'hôpital jusqu'à concurrence du montant maximum payable et de la période indiqués au "Sommaire des Garanties".

#### **MONTANT DES PRESTATIONS**

Le montant des prestations est obtenu en enlevant des frais admissibles celui de la franchise et en multipliant le reste par le pourcentage de remboursement. Le montant maximum des prestations admissibles est spécifié au "Sommaire des Garanties".

#### **LES FRAIS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX ADMISSIBLES**

**Tous les frais énumérés ci-dessous, à l'exception des soins paramédicaux, sont couverts à condition qu'ils soient prescrits par un médecin comme nécessaires au traitement d'une maladie ou d'un accident et qu'ils soient normaux et raisonnables par rapport à la pratique médicale courante. Lorsqu'une recommandation médicale est exigée pour certains soins paramédicaux, une note est inscrite à cet effet au "Sommaire des Garanties".**

- a) soins paramédicaux; les frais pour services paramédicaux rendus par un:
- acupuncteur;
  - chiropraticien;
  - diététiste;
  - massothérapeute;
  - ostéopathe;
  - physiothérapeute.

Le montant maximum et le nombre de visites par fréquence de remboursement pour chaque spécialiste ou chaque regroupement de spécialiste indiqués au "Sommaire des Garanties";

De plus, les frais admissibles sont limités pour chaque assuré à une (1) visite par jour, par spécialiste. Les spécialistes doivent être membre en règle de leur corporation et les services rendus doivent relever de leur spécialité;

- b) en cas d'urgence, les frais de transport à l'hôpital dans une ambulance (terrestre) dûment autorisée à cette fin, à l'hôpital le plus près, si la personne ne peut être transportée autrement. Le montant maximum payable et la période sont indiqués au "Sommaire des Garanties";
- c) lorsqu'ils sont jugés nécessaires pour fins de prévention ou de diagnostic, les frais d'examen radiologiques tels que les frais des rayons X et d'échographies (sauf pour les dents et les orthèses) sont remboursables sous réserve du montant maximum payable et de la période indiqués au "Sommaire des Garanties";

- d) les frais de vaccins non couverts par la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ), jusqu'à concurrence du montant maximum payable et de la période indiqués au "Sommaire des Garanties";
- e) location ou achat d'un modèle de base, lorsque ce dernier mode est jugé plus économique par l'assureur d'une chaise roulante et de béquilles, cannes ou marchettes requis temporairement pour fins thérapeutiques. L'assuré doit obtenir l'autorisation préalable de l'assureur avant tout achat ou toute location et à défaut d'obtenir cette autorisation, l'assureur peut refuser la demande de règlement. Le montant maximum payable et la période sont indiqués au "Sommaire des Garanties";
- f) les frais pour l'examen de la vue pour les assurés âgés entre dix-huit (18) et soixante-quatre (64) ans, effectué par un ophtalmologiste ou par un optométriste licencié, jusqu'à concurrence du montant maximum admissible et de la période indiqués au sommaire des garanties;
- g) les frais de test sanguins, incluant ceux effectués dans le cadre d'un bilan de santé, jusqu'à concurrence du montant maximum payable et de la période indiqués au "Sommaire des Garanties".

#### **REMBOURSEMENT RELATIF AUX FRAIS DE SCOLARITÉ**

Pour avoir droit au remboursement relatif aux frais de scolarité (frais obligatoire ainsi que la cotisation au régime d'assurance) sous réserve du montant maximum payable et de la période indiqués au "Sommaire des Garanties", voici les modalités à respecter :

- a) La situation ne pouvait pas être prévisible au moment de la date limite pour l'annulation sans frais de la session du Collège;
- b) Avoir un billet médical justifiant l'incapacité de poursuivre le programme scolaire pour des raisons médicales;
- c) La date de l'annulation doit survenir après la date limite pour avoir un remboursement du collège;
- d) L'étudiant ne peut pas avoir reçu un remboursement du collège pour ces mêmes frais;
- e) Le collège doit avoir accepté la demande d'interruption.

#### **PREUVES D'UN SINISTRE**

Les frais admissibles sont remboursables sur présentation des factures originales des déboursés.

Pour établir la preuve d'un sinistre, un assuré doit soumettre à l'assureur les notes ou factures originales des fournisseurs de soins ou de produits.

L'assuré doit se soumettre à un examen médical, lorsque l'assureur est justifié de le demander en raison de la nature des soins requis par l'état de santé de la personne assurée. Lorsqu'un examen médical est requis, le médecin est désigné et payé par l'assureur.

l'assureur peut aussi demander, aux frais de l'assuré, un rapport du professionnel de la santé qui traite l'assuré. L'assureur peut exiger des déclarations de la personne qui demande les prestations et aussi l'utilisation des formulaires fournis par l'assureur.

### **RÉDUCTION DE LA GARANTIE DUE À LA COORDINATION DES PRESTATIONS**

Lorsque, en vertu d'un autre contrat d'assurance, un assuré a droit à des prestations semblables à celles prévues par la présente garantie, les prestations payables par l'assureur sont ajustées de sorte que le total des sommes payées pour tous les contrats n'excède pas cent pour cent (100%) des frais admissibles en vertu de la présente garantie.

De plus, l'ordre de versement des prestations pour chacun des contrats est déterminé de la façon suivante:

- a) si un autre contrat ne renferme aucune clause de coordination des prestations, les prestations de cet autre contrat sont censées être versées avant celles du présent contrat;
- b) si un autre contrat renferme une clause de coordination des prestations, la priorité de paiement est accordée au contrat en vertu duquel la personne qui a droit de recevoir les prestations:
  - 1) est un adhérent détenant une couverture d'assurance collective avec son employeur;
  - 2) n'est pas une personne à charge ou, à défaut;
  - 3) est une personne à charge de l'adhérent dont le jour et le mois de naissance arrivent en premier au cours de l'année civile.
- c) si un adhérent est couvert par le régime d'assurance complémentaire de deux (2) associations étudiantes avec deux statuts différents (étudiant à temps plein ou étudiant à temps partiel) et qui renferment une clause de coordination des prestations, la priorité de paiement est accordée au contrat en vertu duquel la personne qui a droit de recevoir les prestations:
  - 1) est un adhérent détenant un statut d'étudiant à temps plein;
  - 2) n'est pas une personne à charge ou, à défaut;
  - 3) est une personne à charge de l'adhérent dont le jour et le mois de naissance arrivent en premier au cours de l'année civile.
- d) si un adhérent est couvert par le régime d'assurance complémentaire de deux (2) associations étudiantes avec le même statut (étudiant à temps plein ou étudiant à temps partiel) et qui renferment une clause de coordination des prestations, la priorité de paiement est accordée au contrat en vertu duquel la personne qui a droit de recevoir les prestations:
  - 1) est l'adhérent pour lequel la date de début de couverture au régime est la plus ancienne;
  - 2) n'est pas une personne à charge ou, à défaut;
  - 3) est une personne à charge de l'adhérent dont le jour et le mois de naissance arrivent en premier au cours de l'année civile.

S'il est impossible de déterminer la priorité selon la manière précitée, les prestations de tous les contrats feront l'objet d'un calcul proportionnel fondé sur les montants qui auraient été versés en vertu de chaque contrat comme si chacune d'elles avait été la seule en vigueur.

## **EXCLUSIONS**

**Aucune prestation n'est payable pour les pertes résultant des causes ou événements suivants:**

- a) la participation de l'assuré à un acte ou tentative d'acte criminel;
- b) toute blessure ou maladie qui résulte de la participation active de l'assuré à un affrontement public, à une émeute, à une insurrection ou à une opération militaire, que la guerre soit déclarée ou non;
- c) la participation de l'assuré à une envolée aérienne à tout autre titre que celui de passager individuel payant sur un vol régulier ou nolisé;
- d) le suicide ou toute blessure ou lésion que l'assuré s'est infligées, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
- e) du fait pour un assuré d'avoir subi des lésions corporelles en conduisant un véhicule quand ses facultés étaient affectées par l'alcool ou la drogue;
- f) de la participation de l'assuré à des courses de véhicules motorisés terrestres ou aquatiques, à de la plongée sous-marine, à du vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, à des sauts à l'élastique (bungee) ou à toutes autres activités ou sports dangereux similaires;
- g) aucuns frais ne sont payés pour une chirurgie ou un traitement facultatif ou non urgent ou si le voyage à l'extérieur de la province de résidence de l'assuré a été entrepris avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non;
- h) les frais encourus pour des soins non médicalement nécessaires, ou donnés dans un but esthétique ou des soins qui excèdent les soins ordinaires;
- i) tous les frais payables ou remboursables en vertu de tout régime d'assurance gouvernemental ou qui habituellement l'auraient été, ou régime privé;
- j) tous les frais en excédent des frais raisonnables, compte tenu de la gravité du cas, des tarifs normaux en usage dans la région et des procédés normalement utilisés;
- k) tous les soins ou services donnés gratuitement ou qui le seraient à défaut d'assurance ou qui ne sont pas à la charge d'un assuré;
- l) les frais relatifs à un voyage de santé, à une cure de repos, à l'alimentation ou à un traitement d'amaigrissement;
- m) les soins ou services donnés par une personne membre de la famille immédiate de l'assuré;

n) les frais médicaux résultant de toute maladie ou blessure attribuable à une occupation ou à un emploi pour salaire ou profit, sauf si l'adhérent bénéficie d'une couverture d'assurance pour un risque professionnel en vertu de la présente garantie;

**N.B.** Les exclusions a) et b) ne s'appliquent pas aux médicaments remboursables publiés sur la liste de la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ).

#### **CESSATION DE L'ASSURANCE**

En plus des motifs de la cessation de l'assurance de l'adhérent stipulés dans la section intitulée "Dispositions générales" de la présente police, l'assurance d'un adhérent en vertu de la présente garantie prend fin à la première des dates suivantes, à 24:00 heures:

- a) la date de cessation ou l'âge limite spécifié au "Sommaire des Garanties";
- b) pour une personne à charge, lorsqu'elle ne répond plus à la définition de personne à charge.

## **SOINS VISUELS**

Le paragraphe qui suit s'ajoute à la garantie d'assurance maladie.

### **SOINS VISUELS**

Sont couverts, pour chaque assuré, les frais pour l'achat ou la réparation de lunettes obtenues sur ordonnance écrite d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste, jusqu'à concurrence du montant maximum payable et de la période indiqués au "Sommaire des Garanties". Les frais pour l'achat de verres de contact, de lunettes de soleil ou de lunettes de protection, avec verres correctifs ou pas, ne sont pas remboursables.

Le pourcentage de remboursement et la franchise sont indiqués au "Sommaire des Garanties", s'il y a lieu.

## **GARANTIE D'ASSURANCE DENTAIRE**

### **FRAIS ADMISSIBLES**

Les frais sont admissibles à l'assurance si ces frais ont été effectivement payés, et:

- a) sont engagés par un assuré pour des fournitures, des soins et des services couverts en vertu des garanties prévues au "Sommaire des Garanties";
- b) sont recommandés, approuvés et considérés comme nécessaires par un dentiste ou un denturologiste;
- c) ne dépassent pas les montants fixés dans le guide des tarifs des actes bucco-dentaires précisés au "Sommaire des Garanties". Pour les frais non déterminés par ce guide, les frais sont limités à ceux généralement demandés au Québec pour des fournitures, des soins ou des services comparables et se rapportant à un état similaire;
- d) sont engagés pendant que l'assurance de l'assuré est en vigueur. Les frais sont considérés engagés à la date à laquelle l'assuré reçoit les soins dentaires donnant lieu à ces frais; si un même traitement dentaire requiert plus d'un rendez-vous, les frais de ce traitement sont considérés engagés à la date de la fin du traitement.
- e) ne sont pas exclus à l'article intitulé "Exclusions" de la présente garantie.

### **MONTANT DES PRESTATIONS**

Le montant des prestations est obtenu en enlevant des frais admissibles celui de la franchise, s'il y a lieu, et en multipliant le reste par le pourcentage de remboursement.

### **MONTANT MAXIMUM**

Le montant maximum de prestations remboursables est un maximum annuel applicable par année civile pour chaque assuré et est spécifié au "Sommaire des Garanties".

### **PREUVES D'UN SINISTRE**

Pour établir la preuve d'un sinistre, un assuré doit soumettre à l'assureur par l'entremise du preneur, une demande de prestation sur le formulaire fourni par l'assureur à cette fin.

L'assureur peut exiger à titre de preuve, des états détaillés des fournitures, des soins et des services reçus, un schéma dentaire complet montrant les extractions, les obturations ou tout autre traitement fait antérieurement. Il peut également exiger des rapports de laboratoire ou d'hôpital, des modèles d'étude de diagnostic, des radiographies ou toute autre justification du traitement ou de l'état pathologique des dents ou de la bouche.

Si un assuré refuse de subir un examen exigé par l'assureur, le paiement de toute prestation cesse automatiquement à partir de la date de la demande de l'examen.

## **RÉDUCTION DE LA GARANTIE DUE À LA COORDINATION DES PRESTATIONS**

Lorsque, en vertu d'un autre contrat d'assurance, un assuré a droit à des prestations semblables à celles prévues par la présente garantie, les prestations payables par l'assureur sont ajustées de sorte que le total des sommes payées pour tous les contrats n'excède pas cent pour cent (100%) des frais admissibles en vertu de la présente garantie.

De plus, l'ordre de versement des prestations pour chacun des contrats est déterminé de la façon suivante:

- a) si un autre contrat ne renferme aucune clause de coordination des prestations, les prestations de cet autre contrat sont censées être versées avant celles du présent contrat;
- b) si un autre contrat renferme une clause de coordination des prestations, la priorité de paiement est accordée au contrat en vertu duquel la personne qui a droit de recevoir les prestations:
  - 1) est un adhérent détenant une couverture d'assurance collective avec son employeur;
  - 2) n'est pas une personne à charge ou, à défaut;
  - 3) est une personne à charge de l'adhérent dont le jour et le mois de naissance arrivent en premier au cours de l'année civile.
- c) si un adhérent est couvert par le régime d'assurance complémentaire de deux (2) associations étudiantes avec deux statuts différents (étudiant à temps plein ou étudiant à temps partiel) et qui renferment une clause de coordination des prestations, la priorité de paiement est accordée au contrat en vertu duquel la personne qui a droit de recevoir les prestations:
  - 1) est un adhérent détenant un statut d'étudiant à temps plein;
  - 2) n'est pas une personne à charge ou, à défaut;
  - 3) est une personne à charge de l'adhérent dont le jour et le mois de naissance arrivent en premier au cours de l'année civile.
- d) si un adhérent est couvert par le régime d'assurance complémentaire de deux (2) associations étudiantes avec le même statut (étudiant à temps plein ou étudiant à temps partiel) et qui renferment une clause de coordination des prestations, la priorité de paiement est accordée au contrat en vertu duquel la personne qui a droit de recevoir les prestations:
  - 1) est l'adhérent pour lequel la date de début de couverture au régime est la plus ancienne;
  - 2) n'est pas une personne à charge ou, à défaut;
  - 3) est une personne à charge de l'adhérent dont le jour et le mois de naissance arrivent en premier au cours de l'année civile.

S'il est impossible de déterminer la priorité selon la manière précitée, les prestations de tous les contrats feront l'objet d'un calcul proportionnel fondé sur les montants qui auraient été versés en vertu de chaque contrat comme si chacune d'elles avait été la seule en vigueur.

## EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS

L'assurance prévue par la garantie d'assurance dentaire ne s'applique pas et l'assureur n'encourt aucune obligation pour:

- a) la participation de l'assuré à un acte ou tentative d'acte criminel;
- b) toute blessure ou maladie qui résulte de la participation active de l'assuré à un affrontement public, à une émeute, à une insurrection, à une opération militaire, que la guerre soit déclarée ou non;
- c) la participation de l'assuré à une envolée aérienne à tout autre titre que celui de passager individuel payant sur un vol régulier ou nolisé;
- d) toute blessure ou lésion que l'assuré s'est infligées, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- e) du fait pour un assuré d'avoir subi des lésions corporelles en conduisant un véhicule quand ses facultés étaient affectées par l'alcool ou la drogue;
- f) les frais encourus à la suite d'un accident survenu lors de la participation de l'assuré à des courses de véhicules motorisés terrestres ou aquatiques, à de la plongée sous-marine, à du vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, à des sauts à l'élastique (bungee) ou à toutes autres activités ou sports dangereux similaires;
- g) tous les frais payables ou remboursables en vertu de tout régime d'assurance gouvernemental ou qui habituellement l'auraient été;
- h) les frais encourus pour des soins non médicalement nécessaires, ou donnés dans un but esthétique ou des soins qui excèdent les soins ordinaires;
- i) les frais pour des soins ou des services qui ont été engagés avant la date d'effet de l'assurance de l'assuré;
- j) les frais facturés pour des dépenses de voyage, des rendez-vous annulés, des conseils donnés par téléphone ou pour remplir les formulaires exigés par l'assureur;
- k) les frais rattachés normalement au port d'un appareil dans l'exercice d'un sport;
- l) les frais qui ne sont pas payés par la Régie de l'Assurance Maladie du Québec du seul fait que le dentiste consulté est un professionnel non participant en regard de la Loi sur l'Assurance Maladie;
- m) tous les soins ou services donnés gratuitement ou qui le seraient à défaut d'assurance ou qui ne sont pas à la charge d'aucune personne assurée;
- n) les frais de traitement admissibles à un remboursement en vertu de la garantie d'assurance maladie de la présente police;
- o) les frais dentaires résultant de toute maladie ou blessure attribuable à une occupation ou à un emploi pour salaire ou profit, sauf si l'adhérent bénéficie d'une couverture d'assurance pour un risque professionnel en vertu de la présente garantie;

- p)** tous les soins ou fournitures nécessaires à la reconstruction de l'arcade dentaire ou à la correction de la dimension verticale.

De plus, s'il existe plus d'un type de traitement pour la condition dentaire de l'assuré, l'assureur rembourse les frais pour le traitement normal et approprié le moins dispendieux.

#### **CESSATION DE L'ASSURANCE**

En plus des motifs de la cessation de l'assurance de l'assuré stipulés dans la section intitulée "Dispositions générales" de la présente police, l'assurance d'un assuré en vertu de la présente garantie prend fin à la première des dates suivantes, à 24:00 heures:

- la date de cessation ou l'âge limite spécifié au "Sommaire des Garanties";
- pour une personne à charge, lorsqu'elle ne répond plus à la définition de personne à charge.

## **OBJET DE L'ASSURANCE DENTAIRE DU PLAN A : SOINS DE BASE**

L'objet du présent plan est de rembourser à l'adhérent, en tout ou en partie, les frais admissibles pour les soins dentaires d'un assuré rendus à la suite de services diagnostiques et de prévention, ainsi que les frais engagés en raison de la mise en place de mainteneurs d'espace.

### **FRAIS ADMISSIBLES DU PLAN A, SOINS DE BASE**

Les frais admissibles en vertu du présent plan, sont ceux qui ont trait aux fournitures, aux services et aux soins suivants:

#### **a) SERVICES DIAGNOSTIQUES**

##### **1) EXAMENS BUCCAUX**

- examen complet (ou initial), sous réserve d'un seul examen au cours d'une période de trente-six (36) mois et incluant les radiographies s'il y a lieu;
- un seul examen de rappel ou périodique par période de douze (12) mois consécutifs et incluant les radiographies, s'il y a lieu;
- examen d'urgence ou d'aspect particulier.

##### **2) RADIOGRAPHIES**

Films intra-oraux et extra-oraux:

- radiographies de toute la bouche, se limitant à une série complète au cours d'une période de trente-six (36) mois;
- pellicules interproximales, se limitant à une série de deux (2) films au cours d'une période de six (6) mois;
- pellicule panoramique, se limitant à un (1) film au cours d'une période de trente-six (36) mois;
- autres radiographies couvertes en vertu de ce plan.

##### **3) SERVICES DIVERS**

- tests et examens de laboratoire;
- modèles diagnostiques.

#### **b) SERVICES DE PRÉVENTION**

- nettoyage des dents (prophylaxie), deux (2) unités au cours d'une période de douze (12) mois;
- application topique de fluorure, une seule fois au cours d'une période de douze (12) mois;
- polissage des dents.

## **EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS DU PLAN A, SOINS DE BASE**

L'assurance en vertu du présent plan ne s'applique pas pour les frais:

- a)** d'éducation et de formation y compris les fournitures requises en ce qui concerne l'alimentation ou la nutrition, l'hygiène buccale et la prévention de la plaque dentaire;
- b)** occasionnés à la suite de services diagnostiques rendus nécessaires pour fins de traitement d'orthodontie ou se rapportant au traitement de l'articulation temporomandibulaire ou aux implants dentaires;
- c)** de finition des obturations, autre qu'au moment de l'obturation.

## **OBJET DE L'ASSURANCE DENTAIRE DU PLAN B : SERVICES DE RESTAURATION DENTAIRE**

L'objet du présent plan est de rembourser à l'adhérent, en tout ou en partie, les frais admissibles pour les soins dentaires d'un assuré rendus à la suite de traitements de restaurations mineures, de chirurgies mineures, d'endodontie et de parodontie.

### **FRAIS ADMISSIBLES DU PLAN B, SERVICES DE RESTAURATION DENTAIRE**

Les frais admissibles en vertu du présent plan, sont ceux qui ont trait aux fournitures, aux services et aux soins suivants:

#### **a) RESTAURATIONS MINEURES**

- obturations en amalgame ou en composite;
- tenon par restauration;
- les frais de restauration de molaires sont limités aux frais de restauration en amalgame.

#### **b) CHIRURGIES MINEURES**

- extractions simples et complexes de dents ou de racines résiduelles;
- alvéoplastie, gingivoplastie et stomatoplastie;
- ablation de tumeur ou de kyste;
- réparation d'une lacération de tissu mou;
- incision et drainage;
- traitement post-chirurgical.

#### **c) ANESTHÉSIE**

- les frais d'anesthésie générale employée en corrélation avec la chirurgie buccale et parodontale, sont limités à cent cinquante dollars (150\$) par année civile;
- sédation consciente;
- médicaments et remèdes nécessitant l'ordonnance d'un dentiste et fournis par un pharmacien autorisé.

#### **d) ENDODONTIE**

Comprenant les services dentaires se rapportant aux traitements des maladies de la pulpe dentaire et des tissus périapicaux:

- coiffage de pulpe;
- pulpotomie;
- traitement de canal;
- traitements périapicaux;
- traitements d'urgence;

#### **e) PARODONTIE**

Comprenant les services dentaires se rapportant aux traitements des maladies du tissu gingival:

- détartrage à raison d'un maximum de deux (2) unités par période de douze (12) mois consécutifs;

## **EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS DU PLAN B, SERVICES DE RESTAURATION DENTAIRE**

L'assurance en vertu du présent plan ne s'applique pas pour les frais:

- a)** occasionnés à la suite d'extractions rendues nécessaires pour fins de traitement d'orthodontie;
- b)** anesthésie employée en fonction de traitements de fractures et dislocation de la mandibule ou employée en fonction de tout traitement non couvert en vertu de ce plan;
- c)** engagés à la suite de traitements pré et post-chirurgicaux rendus en milieu hospitalier;
- d)** reliés à la mise en bouche et à l'achat d'une prothèse amovible;
- e)** d'achat, d'installation et de réparation d'une prothèse fixe;
- f)** se rapportant au traitement de l'articulation temporomandibulaire ou aux implants dentaires.

## **GARANTIE EN CAS DE MALADIES GRAVES D'UN ADHÉRENT**

### **RÉGIME UV+**

#### **OBJET**

L'objet de cette garantie est d'offrir à l'adhérent une indemnité lorsqu'il souffre d'une des maladies ou des conditions médicales admissibles décrites à la section « Maladies et conditions médicales admissibles » de la présente garantie.

L'assureur paie le montant d'assurance applicable à la situation de l'assuré pour autant qu'il soit couvert par cette garantie lorsque l'une de ces maladies ou conditions médicales est diagnostiquée par un spécialiste de façon non équivoque et définitive et que la maladie répond aux définitions décrites à la section « Maladies et conditions médicales admissibles » de la présente garantie. Toutefois, lorsque la maladie ou la condition médicale découle directement d'un accident alors la date de l'accident fait foi de l'assurance.

Le montant de la prestation est payable uniquement si l'assuré survit à une période de 30 jours suivant immédiatement la date du diagnostic de la maladie ou de la condition médicale pour autant que le diagnostic demeure inchangé tout au long de cette période. La période de 30 jours n'inclut pas le nombre de jours sur maintien artificiel des fonctions vitales. Le maintien artificiel des fonctions vitales signifie que l'assuré est sous les soins d'un médecin autorisé à pratiquer et est gardé en vie grâce à un support nutritionnel, respiratoire et/ou cardiovasculaire et ce, même si un arrêt irréversible des fonctions cérébrales s'est produit.

Pour bénéficier de cette garantie, l'assuré doit résider au Canada.

#### **ADMISSIBILITÉ**

Pour être admissible à la garantie de maladies graves, une personne doit être assurée en vertu de la garantie d'assurance vie de base du présent contrat.

#### **MONTANT DE LA PRESTATION**

Le montant de la prestation est égal au montant spécifié au sommaire des garanties, tenant compte, s'il y a lieu, des décroissances d'assurance selon l'âge.

Le montant de la prestation est toutefois limité à 100% du montant d'assurance pour l'ensemble des maladies et conditions médicales dont l'une est la cause d'une ou des autres.

Le montant de la prestation n'est payable que relativement aux conditions médicales couvertes. Cependant si la condition de ré-admissibilité telle que décrite dans la présente garantie est respectée un autre montant de prestation pourrait être versé. Sinon dès qu'une prestation est réglée, la protection prend fin.

Avant de régler la prestation prévue par la présente garantie, l'assureur se réserve le droit de faire examiner l'assuré par un médecin de son choix et de faire confirmer par ce médecin tout diagnostic ou toute intervention chirurgicale se rapportant à la maladie ou la condition médicale couverte.

Le montant de la prestation est versé à l'adhérent, ou à ses ayants droits si l'adhérent est décédé.

## DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE EN CAS DE MALADIES GRAVES

Dans la présente police, à moins qu'une modification, un avenant ou le sommaire des garanties stipule autrement, on entend par :

### a) **Spécialiste**

Un spécialiste est un médecin qui détient un permis d'exercice et détient une formation médicale spécialisée en lien avec la maladie ou condition pour laquelle la prestation est demandée, et dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de spécialité. En l'absence ou la non disponibilité d'un *spécialiste*, et sous réserve de l'approbation de l'assureur, une maladie ou condition médicale peut être diagnostiquée par un médecin qualifié pratiquant tant au Canada qu'aux États-Unis d'Amérique. Le *spécialiste* ne peut pas être l'assuré ou un membre de la famille immédiate de l'assuré.

### b) **Période de survie**

La période de survie est la période qui débute à la date du diagnostic de la maladie ou de la condition et qui se termine 30 jours suivant la date du diagnostic de la maladie ou de la condition, sauf lorsque modifiée ailleurs dans la présente police. *La période de survie* n'inclut pas le nombre de jours sur maintien artificiel des fonctions vitales. Le maintien artificiel des fonctions vitales signifie que la vie assurée est sous les soins d'un médecin autorisé à pratiquer et est gardée en vie grâce à un support nutritionnel, respiratoire et/ou cardiovasculaire et ce, même si un arrêt irréversible des fonctions cérébrales s'est produit. Certaines maladies ou conditions médicales admissibles ont une période de qualification plus longue (voir la section « Maladies et conditions médicales admissibles »)

### c) **Activités de la vie quotidienne**

Les activités de la vie quotidienne sont :

- **prendre son bain** – capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires.
- **se vêtir** – capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris orthèses, membres artificiels ou autres accessoires chirurgicaux.
- **se servir des toilettes** – capacité d'aller aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle complète.
- **être continent** – capacité de gérer les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à conserver un niveau d'hygiène personnelle compatible avec un bon état de santé général.
- **se mouvoir** – capacité d'entrer ou de sortir d'un lit, de s'asseoir ou de se relever d'une chaise ou d'une chaise roulante, avec ou sans l'aide d'équipement d'appoint.
- **se nourrir** – capacité de consommer de la nourriture ou des breuvages qui ont été préparés et servis, avec ou sans l'aide d'ustensiles adaptés.

## PREUVES D'ASSURABILITÉ

Lorsque le montant d'assurance excède le montant maximum d'assurance sans preuve d'assurabilité indiqué au sommaire des garanties, l'adhérent n'est couvert pour cet excédent que s'il soumet des preuves d'assurabilité jugées acceptables par l'assureur. Par la suite, toute augmentation du montant d'assurance ne prend effet que sur acceptation par l'assureur, des preuves d'assurabilité requises.

## **MALADIES ET CONDITIONS MÉDICALES ADMISSIBLES**

Les maladies et conditions médicales visées par la présente garantie sont celles qui sont énumérées ci-après.

1. Cancer (avec risque de décès à court terme);
2. Chirurgie coronarienne;
3. Crise cardiaque (Infarctus du myocarde);
4. Accident vasculaire cérébral (AVC);
5. Sclérose en plaques;
6. Paralyse;
7. Maladie de Parkinson;
8. Dystrophie musculaire;
9. Maladie d'Alzheimer;
10. Maladies du neurone moteur;
11. Infection du VIH dans le cadre de l'occupation;
12. Cécité;
13. Insuffisance rénale;
14. Transplantation d'un organe vital ou insuffisance d'un organe vital sur liste d'attente;
15. Brûlures sévères;
16. Coma;
17. Surdité;
18. Perte de la parole;
19. Soins de longue durée permanents.

1. **Cancer (avec risque de décès à court terme)** est défini comme un diagnostic définitif d'une tumeur caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus. Le diagnostic de cancer doit être posé par un *spécialiste*.

### **Exclusions :**

Aucune prestation n'est payable dans le cas des cancers suivants qui n'ont pas de risque de décès à court terme :

- carcinome in situ, ou
- mélanome malin au stade 1A (mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V), ou
- tout cancer de la peau, autre qu'un mélanome, en l'absence de métastases, ou
- cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b).

### **Période moratoire d'exclusion :**

Aucune prestation n'est payable pour cette condition si dans les 90 premiers jours suivants la plus éloignée des dates suivantes :

- la date de prise d'effet de la garantie, ou;
- la date de prise d'effet de l'augmentation du montant d'assurance,

l'assuré :

- a présenté des signes, symptômes ou subi des investigations menant à un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans cette police), sans égard à la date du diagnostic, ou;
- a fait l'objet d'un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans cette garantie).

Toutefois, la couverture prévue en ce qui concerne toutes les autres maladies ou conditions médicales couvertes demeurent en vigueur.

2. **Chirurgie coronarienne** est définie comme la chirurgie du cœur visant à remédier par pontage aortocoronarien au rétrécissement ou à l'obstruction d'au moins une artère coronaire. Les interventions non chirurgicales ou par biais de cathéters telles que l'angioplastie percutanée et l'utilisation du laser aux fins de désobstruction ne sont pas couvertes. Un *spécialiste* doit déterminer la nécessité médicale de la chirurgie coronarienne.
3. **Crise cardiaque (Infarctus du myocarde)** est définie comme le diagnostic définitif de la nécrose d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de la circulation sanguine mise en évidence par l'élévation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques à des niveaux attestant le diagnostic d'un infarctus, et présentant au moins un des éléments suivants:
  - a) des symptômes de crise cardiaque, ou
  - b) nouvelles modifications électrocardiographiques (ECG) qui indiquent un infarctus du myocarde, ou
  - c) l'apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, mais non limité à, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne.

Le diagnostic de crise cardiaque doit être posé par un *spécialiste*.

#### **Exclusions :**

Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas suivants :

- élévation des marqueurs biochimiques cardiaques résultant d'une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, mais non limité à, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne et en l'absence d'une onde Q, ou
- découverte fortuite de changements à l'ECG suggérant un ancien infarctus du myocarde, lequel ne rencontre pas la définition de crise cardiaque (infarctus du myocarde) décrite précédemment.

4. **Accident vasculaire cérébral** est défini comme un diagnostic définitif d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose, ou hémorragie intracrânienne ou par une embolie de source extracrânienne, avec :
  - apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques, et
  - nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés au cours d'un examen clinique,

persistant pendant plus de trente (30) jours suivant la date du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique. Le diagnostic d'accident vasculaire cérébral doit être posé par un *spécialiste*.

#### **Exclusions :**

Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas suivants :

- attaques ischémiques cérébrales transitoires, ou
- accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme, ou
- infarctus lacunaire, lequel ne rencontre pas la définition d'accident vasculaire cérébral décrite précédemment.

5. **Sclérose en plaques** est définie comme un diagnostic définitif, d'au moins une des conditions suivantes :
- au moins 2 épisodes distincts, confirmés par une résonnance magnétique du système nerveux (IRM) démontrant des lésions multiples de démyélinisation, ou
  - des anomalies neurologiques bien définies persistant pour une période continue d'au moins 6 mois, confirmées par une résonnance magnétique du système nerveux (IRM) démontrant des lésions multiples de démyélinisation, ou
  - un seul épisode, confirmé par plusieurs résonnances magnétiques du système nerveux (IRM) démontrant des lésions multiples de démyélinisation et s'étant développées à des intervalles d'au moins un mois.

Le diagnostic de sclérose en plaques doit être posé par un *spécialiste*.

6. **Paralysie** est définie comme le diagnostic définitif de la perte complète des fonctions musculaires de deux membres ou plus résultant d'un traumatisme ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, durant une période d'au moins 90 jours suivant l'événement déclencheur. Le diagnostic de paralysie doit être posé par un *spécialiste*.

7. **Maladie de Parkinson** est définie comme un diagnostic définitif de la maladie de Parkinson primitive idiopathique, laquelle se caractérise par un minimum de deux des manifestations cliniques suivantes: rigidité musculaire, tremblements ou bradykinésie (lenteur anormale des mouvements, ralentissement des réactions physiques et mentales). L'assuré doit avoir besoin d'aide physique substantielle d'un autre adulte pour effectuer au moins deux (2) des six (6) activités de la vie quotidienne définies à la section «Définitions spécifiques à la garantie en cas de maladies graves» de la présente garantie. Le diagnostic de Maladie de Parkinson doit être posé par un *spécialiste*.

#### **Exclusion :**

Aucune prestation n'est payable pour cette condition pour tout autre type de parkinsonisme.

8. **Dystrophie musculaire** est définie comme un diagnostic sans équivoque et définitif d'une atteinte suffisamment sévère pour que l'assuré ait besoin d'aide physique substantielle d'un autre adulte pour effectuer au moins deux (2) des six (6) activités de la vie quotidienne définies à la section «Définitions spécifiques à la garantie en cas de maladies graves» de la présente garantie pour une période minimale de 6 mois. Le diagnostic doit être confirmé par une électromyographie et une biopsie musculaire. Le diagnostic de la Dystrophie musculaire doit être posé par un *spécialiste*.

9. **Maladie d'Alzheimer** est définie comme un diagnostic définitif d'une affection dégénérative progressive du cerveau. L'assuré doit présenter des signes de détérioration intellectuelle affectant la mémoire et le jugement, et entraînant une réduction marquée du fonctionnement mental et social. Cette réduction doit nécessiter une surveillance journalière de huit heures au minimum. Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer doit être posé par un *spécialiste*.

## **Exclusion :**

Aucune prestation n'est payable pour cette condition pour tout autre désordre organique du cerveau de type démentiel ainsi que pour les maladies psychiatriques.

10. **Maladie du neurone moteur** est définie comme un diagnostic définitif d'une des maladies suivantes: sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), sclérose latérale primaire, amyotrophie spinale progressive, paralysie bulbaire progressive ou paralysie pseudobulbaire, et se limite à ces maladies. Le diagnostic de maladie du neurone moteur doit être posé par un *spécialiste*.
11. **Infection au VIH dans le cadre de l'occupation** est définie comme un diagnostic définitif d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle durant l'exercice des fonctions normales de l'occupation de l'assuré, et qui a exposé celle-ci à des fluides corporels contaminés par le VIH. La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir lieu après la date de prise d'effet de la garantie.

La prestation ne sera payable que si tous les critères suivants sont satisfaits:

- a) la blessure accidentelle doit être rapportée à la Compagnie dans les 14 jours suivant l'événement accidentel;
- b) une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle et le résultat doit être négatif;
- c) une sérologie du VIH doit être effectuée entre 90 et 180 jours suivant la blessure accidentelle et le résultat doit être positif;
- d) tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire approuvé au Canada ou aux États-Unis d'Amérique;
- e) la blessure accidentelle doit être rapportée, enquêtée et documentée selon les normes de santé et de sécurité au travail au Canada ou aux États-Unis d'Amérique.

Le diagnostic d'infection au VIH dans le cadre de l'occupation doit être posé par un *spécialiste*.

## **Exclusions :**

Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas suivants:

- a) l'assuré a refusé d'utiliser tout vaccin, approuvé et disponible, offrant une protection contre le VIH ;
- b) un traitement approuvé et curatif pour l'infection au VIH était devenu disponible avant la blessure accidentelle ;
- c) l'infection au VIH a eu lieu à la suite d'une blessure non-accidentelle (incluant, mais sans s'y limiter, la transmission sexuelle ou l'usage de drogues intraveineuses).

12. **Cécité** est définie comme un diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de la vision des 2 yeux mise en évidence par:
- a) une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins dans les 2 yeux, ou
  - b) un champ visuel de moins de 20 degrés dans les 2 yeux.

Le diagnostic de cécité doit être posé par un *spécialiste*.

13. **Insuffisance rénale** est définie comme un diagnostic définitif du stade terminal d'une insuffisance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite des traitements réguliers par hémodialyse ou par dialyse péritonéale, ou par une greffe rénale. Le diagnostic d'insuffisance rénale doit être posé par un *spécialiste*.

14. **Transplantation d'un organe vital ou insuffisance d'un organe vital sur liste d'attente** est définie comme le diagnostic définitif d'insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse. La transplantation doit être médicalement nécessaire. Le diagnostic d'insuffisance irréversible d'un organe doit être posé par un *spécialiste*.

Pour se qualifier selon la Transplantation d'un organe vital, l'assuré doit subir une chirurgie pour recevoir par transplantation un cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse, en se limitant à ces organes.

Pour se qualifier selon l'insuffisance d'un organe vital sur liste d'attente, l'assuré doit être inscrit comme receveur dans un programme de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis d'Amérique et qui effectue la forme de transplantation requise. Aux fins de la présente, la date du diagnostic est réputée être la date d'inscription de l'assuré à un tel programme de transplantation.

15. **Brûlures sévères** sont définies comme le diagnostic définitif de brûlures au troisième degré sur au moins 20 % de la surface du corps. Le diagnostic de brûlures sévères doit être fait par un *spécialiste*.

16. **Coma** est défini comme un diagnostic définitif d'un état d'inconscience avec absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pour une période continue d'au moins 96 heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer quatre (4) ou moins pendant les 96 heures. Le diagnostic de coma doit être posé par un *spécialiste*.

#### **Exclusions :**

Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas suivants :

- a) Un coma médicalement provoqué;
- b) Un coma résultant directement de l'usage d'alcool ou de drogue;
- c) Un diagnostic de mort cérébrale.

17. **Surdité** est définie comme le diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles avec un seuil d'audition de 90 décibels ou plus à l'intérieur d'un seuil d'intensité vocale de 500 à 3 000 hertz. Le diagnostic de surdité doit être posé par un *spécialiste*.

18. **Perte de la parole** est définie comme le diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de l'usage de la parole résultant d'une blessure ou maladie physique et démontré pour une période continue d'au moins 180 jours. Le diagnostic de perte de la parole doit être posé par un *spécialiste*.

19. **Soins de longue durée permanents** sont définis comme un diagnostic définitif de:

- a) l'incapacité totale et permanente d'effectuer par soi-même au moins deux (2) des six (6) **activités de la vie quotidienne** définies section «Définitions spécifiques à la garantie en cas de maladies graves» de la présente garantie, ou
- b) **déficience cognitive** telle que définie ci-après, pour une période continue sans espoir raisonnable de rétablissement. Le diagnostic de soins de longue durée permanents doit être posé par un *spécialiste*.

La **déficience cognitive** est définie comme une détérioration mentale et perte de l'aptitude intellectuelle, se manifestant par une détérioration de la mémoire, de l'orientation et de la faculté de raisonner, lesquelles sont mesurables et qui résultent d'une cause organique objective diagnostiquée par un *spécialiste*. Le degré de déficience cognitive doit être suffisamment grave pour nécessiter une surveillance journalière continue d'un minimum de 8 heures par jour.

L'établissement de la déficience cognitive sera fondé sur des données cliniques et des évaluations normalisées et valides des dites déficiences.

L'assuré doit aviser la Compagnie dans les 30 jours suivant le début de la présente condition. Il a alors 90 jours pour fournir les documents exigés par l'assureur pour l'étude de la réclamation.

#### **Exclusions:**

Aucune prestation n'est payable pour cette condition pour tout trouble mental ou nerveux non imputable à une cause organique. Aucune prestation n'est payable pour cette condition si l'assuré réside à l'extérieur du Canada et des États-Unis.

#### **PREUVES D'UN SINISTRE**

L'avis de sinistre et les preuves requises démontrant que la maladie ou la condition médicale répond aux caractéristiques de la section «Maladies et conditions médicales admissibles» de la présente garantie doivent être présentés à l'assureur dans les 90 jours suivant la date du diagnostic ou de la fin de la période de survie de la maladie ou de la condition médicale admissible. Les frais reliés à l'obtention des preuves satisfaisantes sont à la charge de l'assuré.

Le défaut de transmettre à l'assureur l'avis de sinistre ou les preuves requises dans les délais indiqués n'invalide pas le droit aux prestations, pourvu que l'avis de sinistre soit transmis à l'Assureur dans les douze (12) mois suivant le sinistre donnant droit aux prestations et pourvu qu'il soit démontré que l'avis a été produit et que les preuves ont été fournies aussitôt qu'il a été raisonnablement possible de le faire.

Si une maladie grave est diagnostiquée à l'extérieur du Canada, la demande de prestation ne sera étudiée que lorsque l'adhérent est de retour au Canada et qu'une évaluation médicale canadienne du diagnostic posé antérieurement a été obtenue.

## **CONDITIONS PRÉEXISTANTES**

Si l'assuré a consulté un médecin, subi un examen par un professionnel de la santé ou reçu un traitement relié aux symptômes d'une des maladies ou conditions médicales décrites à la section «Maladies et conditions médicales admissibles» de la présente garantie dans les 24 mois précédents l'entrée en vigueur de cette garantie ou d'une garantie similaire souscrite auprès d'un assureur précédent, les prestations sont payables uniquement si le diagnostic non équivoque et définitif est établi après plus de 24 mois de couverture ininterrompue par cette garantie ou toute garantie similaire auprès d'un assureur précédent.

## **CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ POUR PRESTATIONS MULTIPLES**

Si l'assuré reçoit le diagnostic d'une maladie grave pour lequel une prestation est versée, et reçoit par la suite un diagnostic d'une autre maladie grave 90 jours après le paiement de cette première prestation, une nouvelle prestation équivalente à 100% du montant d'assurance sera versée pour une autre maladie grave couverte, mais non apparentée au groupe de la maladie grave précédente, à la condition que le paiement de la prime soit maintenu et sujette aux limitations de la section «Exclusions pour Ré-admissibilité» de la présente garantie.

## **EXCLUSIONS**

Aucune prestation n'est payable pour les pertes résultant des causes ou événements suivants:

- a) la participation de l'assuré à un acte ou tentative d'acte criminel;
- b) toute blessure ou maladie qui résulte de la participation active de l'assuré à un affrontement public, à une émeute, à une insurrection ou à une opération militaire, que la guerre soit déclarée ou non;
- c) la participation de l'assuré à une envolée aérienne à tout autre titre que celui de passager individuel payant sur un vol régulier ou nolisé;
- d) le suicide ou toute blessure ou lésion que l'assuré s'est infligées, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
- e) du fait pour un assuré d'avoir subi des lésions corporelles en conduisant un véhicule quand ses facultés étaient affectées par l'alcool ou la drogue;
- f) un abus ou une mauvaise utilisation de médicaments, d'alcool, de drogues ou d'hallucinogènes;
- g) une dépendance à des médicaments, de l'alcool, des drogues ou des hallucinogènes. Cependant cette exclusion ne s'applique pas si la dépendance est due à un traitement approuvé par un médecin en raison d'une blessure ou maladie;
- h) l'omission d'obtenir ou de suivre un avis médical;
- i) un traitement de nature esthétique ou facultative;
- j) des traitements expérimentaux et ceux qui sont attribuables à l'application de nouveaux procédés ou de nouveaux traitements qui ne sont pas encore utilisés couramment;
- k) la prise d'une substance toxique ou l'inhalation de gaz ou de fumées toxiques;
- l) de la participation de l'assuré à tout sport ou toute activité dangereuse tel que mais non limité à : courses de véhicules motorisés, terrestres ou aquatiques, plongée sous-marine, vol plané ou à voile, alpinisme, parachutisme en chute libre ou non, sauts à l'élastique (bungee), sports de neige hors-piste, sports de

combat, ou toutes autres activités ou sports dangereux similaires. En général, les sports jugés dangereux sont les sports extrêmes, de contact ou d'aventure. Ces sports peuvent se pratiquer sur mer, dans le ciel ou sur terre. Ils impliquent habituellement de la vitesse, du matériel spécialisé, des cascades ou des contacts physiques et comportent un plus haut risque d'accident ou de blessure.

### **EXCLUSIONS POUR RÉ-ADMISSIBILITÉ**

L'assuré peut faire la demande d'une prestation subséquente pour le diagnostic d'une autre maladie grave admissible, à la condition que la maladie grave subséquente soit dans un groupe de maladie différente de la précédente sous réserve des restrictions suivantes :

<b>Groupe de maladies graves</b>	<b>Groupe Maladies graves ayant fait l'objet d'une maladie grave précédente</b>	<b>Groupe de maladies graves exclues pour ré-admissibilité</b>
1	Cancer (avec risque de décès à court terme).	Cancer (avec risque de décès à court terme).
2	Chirurgie coronarienne; Crise cardiaque (Infarctus du myocarde); Accident vasculaire cérébral.	Chirurgie coronarienne; Crise cardiaque (Infarctus du myocarde); Accident vasculaire cérébral.
3	Sclérose en plaques; Paralyse; Maladie de Parkinson; Dystrophie musculaire; Maladie d'Alzheimer; Maladies du neurone moteur; Cécité; Coma; Surdité; Perte de la parole; Soins de longue durée permanents.	Sclérose en plaques; Paralyse; Maladie de Parkinson; Dystrophie musculaire; Maladie d'Alzheimer; Maladies du neurone moteur; Cécité; Coma; Surdité; Perte de la parole; Soins de longue durée permanents.
4	Infection du VIH dans le cadre de l'occupation; Transplantation d'un organe vital ou insuffisance d'un organe; Insuffisance rénale vital sur liste d'attente; Brûlures sévères.	Infection du VIH dans le cadre de l'occupation; Transplantation d'un organe vital ou insuffisance d'un organe; Insuffisance rénale vital sur liste d'attente; Brûlures sévères.

Toutefois le nombre de prestations est limité au nombre de groupe de maladie présent au tableau.

### **TRANSFORMATION**

Dans les 31 jours suivant la cessation d'emploi de l'assuré. Celui-ci peut demander la transformation de sa protection en une police individuelle s'il est âgé de moins de 65 ans. La nouvelle police sera une police individuelle temporaire 1 an dont la première prime sera garantie et dont les primes subséquentes seront non garanties et pourrait être sujette à un changement. Le montant d'assurance résultant de la transformation de ne devra pas excéder le capital assuré de base de l'assurance maladie grave jusqu'à concurrence de 50 000\$.