



Desjardins

Assurances

Vie • Santé • Retraite

VILLE DE MONTRÉAL

Police n° Q1637

**Cols blancs auxiliaires ayant au moins 5 ans
d'ancienneté et Cols blancs permanents**

Montréal

Votre régime d'assurance collective

VILLE DE MONTRÉAL

Police n° Q1637

**Cols blancs auxiliaires ayant au moins 5 ans
d'ancienneté et Cols blancs permanents**

Certaines garanties décrites dans cette brochure sont assurées par un autre assureur. Les renseignements relatifs à ces garanties ont été incorporés dans cette brochure aux fins de commodité et de référence seulement. Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie n'est aucunement responsable des garanties en question, en raison de l'inclusion de ces renseignements et de leur formulation.

Le présent document fait partie intégrante de l'attestation d'assurance. Il constitue un résumé de votre police d'assurance collective qui a pris effet le 1^{er} juillet 2019. Seule la police d'assurance collective peut servir à trancher les questions d'ordre juridique.

Cette version électronique de la brochure a été mise à jour le 1^{er} novembre 2023. Veuillez prendre note que cette version électronique est mise à jour plus régulièrement que la version imprimée de votre brochure. Des divergences peuvent donc apparaître entre les deux documents.

TABLE DES MATIÈRES

COMMUNIQUER AVEC NOUS	1
BON À SAVOIR	1
DÉFINITIONS	2
DISPOSITIONS GÉNÉRALES	9
ADMISSIBILITÉ	10
DROIT AUX GARANTIES	11
ADHÉSION	12
PRISE D'EFFET DE LA COUVERTURE	13
PROLONGATION DE LA COUVERTURE DURANT UNE ABSENCE DU TRAVAIL	15
CESSATION DES GARANTIES ET DE LA COUVERTURE	17
DEMANDES DE PRESTATIONS	19
EXONÉRATION DES PRIMES	22
GARANTIE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE	24
GARANTIE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE	30
GARANTIE VIE	37
ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS	40

COMMUNIQUER AVEC NOUS

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Pour obtenir toute autre information, visiter la section “Nous joindre” sur le site web de DSF à www.desjardinsassurancevie.com.

BON À SAVOIR

ACCÈS À LA POLICE D'ASSURANCE COLLECTIVE

L'adhérent peut demander à DSF d'obtenir une copie de sa demande d'adhésion, de son rapport d'assurabilité et de la police.

COMMENT DÉPOSER UNE PLAINTE

Si l'adhérent n'est pas satisfait pour quelque chose que nous avons dit ou fait, ou s'il estime avoir été lésé ou s'il veut que nous corrigions une situation, il peut déposer une plainte auprès de l'Officier du règlement des différends de DSF. Le rôle de cet officier consiste à évaluer le bien-fondé des décisions et des pratiques de l'entreprise lorsqu'un de ses clients estime qu'il n'a pas obtenu le service auquel il avait droit.

Il peut joindre l'Officier du règlement des différends de trois façons :

Par écrit, à l'adresse suivante :

Officier du règlement des différends
Desjardins Sécurité financière,
200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 6R2

Par courriel à : officierplaintes@dsf.ca

Par téléphone au : 1 877 938-8184

Pour obtenir des renseignements additionnels sur la procédure à suivre en cas de plainte ou pour obtenir notre formulaire de plainte, l'adhérent est invité à visiter notre site www.desjardinsassurancevie.com sous l'onglet « Nous joindre ».

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la police, les termes indiqués ci-après sont définis de façon à être interprétés en conséquence. Ils s'appliquent à l'ensemble de la police, à moins d'indication contraire.

Accident

Toute atteinte corporelle constatée par un médecin et provenant directement et indépendamment de toute autre cause, de l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure. Cette définition exclut toute forme de maladie ou de processus dégénératif, ou une hernie inguinale, fémorale, ombilicale ou abdominale, toute infection autre qu'une infection provenant d'une coupure ou d'une blessure apparente et externe, subie par accident.

Adhérent

Tout employé couvert en vertu de la police.

Assureur

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, ci-après nommée DSF.

Chirurgie d'un jour

Chirurgie ambulatoire qui permet à un patient de retourner à la maison le jour même de la chirurgie. Une chirurgie pratiquée par un médecin et nécessitant une anesthésie locale ou générale, à l'exclusion de toute chirurgie mineure pouvant être effectuée dans le bureau du médecin.

Congé de maternité

Toute période d'absence du travail prise par l'adhérent en raison d'une grossesse, conformément à toute loi sur les normes du travail applicable dans la province de résidence de l'adhérent.

Congé parental

Toute période d'absence du travail prise par l'adhérent pour s'occuper de son enfant nouveau-né ou adopté, conformément à toute loi provinciale ou fédérale sur les normes du travail ou à une entente entre l'adhérent et l'employeur.

Congé pour raisons familiales
Toute période d'absence du travail prise par l'adhérent conformément à toute loi provinciale ou fédérale ou à une entente entre l'adhérent et l'employeur.
Conjoint
Toute personne qui réside au Canada et qui, au moment de l'événement qui ouvre droit à des prestations : 1) est légalement mariée ou unie civilement à l'adhérent; 2) vit conjugalement avec l'adhérent depuis au moins 12 mois et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union; ou 3) vit conjugalement avec l'adhérent, a eu un enfant avec lui et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union. En présence de deux conjoints, un seul sera reconnu admissible par DSF. La priorité sera accordée dans l'ordre suivant : 1) le conjoint qui a été le dernier à être désigné comme tel par un avis écrit de l'adhérent à DSF, sous réserve de l'acceptation de toute preuve d'assurabilité exigible en vertu de la police; ou 2) le conjoint à qui l'adhérent est uni légalement par les liens du mariage ou civilement.
Effectivement au travail
Le fait pour un employé d'exercer toutes les tâches habituelles de son occupation, selon l'horaire de travail prévu. Un employé est réputé effectivement au travail au cours d'un congé payé ou d'un jour férié. Toutefois, l'employé n'est pas réputé effectivement au travail s'il prend un congé payé le jour prévu de retour au travail après une période d'absence du travail durant laquelle les garanties n'ont pas été maintenues en vigueur ou après une période d'invalidité.
Emploi que l'employeur peut offrir
Un emploi qui existe chez l'employeur, qu'il soit disponible ou non lorsque l'adhérent y est raisonnablement apte à l'occuper.
Emploi substantiellement rémunérateur
Tout emploi qui comporte une rémunération au moins égale à la prestation que l'adhérent aurait reçue s'il avait continué de participer à son régime de retraite jusqu'à l'âge de 60 ans ou, s'il n'est pas assujéti à un régime de retraite à prestations déterminées, tout emploi qui comporte une rémunération au moins égale à la prestation de base.

Employé

La personne qui réside au Canada, qui est au service de l'employeur à temps plein ou temps partiel à titre permanent ou auxiliaire, qui est membre du Syndicat des fonctionnaires municipaux de Montréal (SFMM) et qui fait partie des catégories CA1 ou CA2. Toutefois, un employé qui réside en dehors du Canada est considéré comme résidant au Canada si DSF a préalablement donné son approbation par écrit.

Employeur

Le titulaire de la police ou toute société désignée comme tel par le titulaire de police et approuvée par DSF.

Enfant

La personne qui réside au Canada et qui, au moment de l'événement qui ouvre droit à des prestations, n'a pas de conjoint et dépend du soutien financier de l'adhérent ou du conjoint de l'adhérent pour subvenir à ses besoins. Il s'agit d'un enfant naturel de l'adhérent ou du conjoint de l'adhérent ou d'un enfant adopté. Cet enfant :

- 1) a moins de 18 ans;
- 2) a moins de 26 ans, fréquente à temps plein, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement; ou
- 3) est majeur et atteint d'une incapacité en raison d'une invalidité physique ou mentale survenue lorsqu'il répondait à l'une ou l'autre des définitions données dans les paragraphes 1) ou 2) ci-dessus.

L'enfant est considéré atteint d'incapacité s'il ne peut exercer un emploi suffisamment rémunérateur et qu'en raison de son invalidité physique ou mentale, il dépend entièrement du soutien financier de l'adhérent ou du conjoint de l'adhérent pour subvenir à ses besoins. De plus, il doit être domicilié chez l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent qui exercerait l'autorité parentale ou détiendrait la tutelle légale si cet enfant était mineur.

Hôpital

Tout établissement légalement désigné comme tel, reconnu par DSF et qui procure 24 heures sur 24 :

- 1) une vaste gamme de soins médicaux et chirurgicaux aux malades et aux blessés; et
- 2) des soins infirmiers.

Sont notamment exclus les foyers pour personnes âgées ou malades chroniques, les maisons de soins infirmiers, les maisons de repos, les maisons de convalescence/réadaptation ou les établissements destinés au traitement de l'alcoolisme, la toxicomanie ou toute autre dépendance.

Hospitalisation

Une admission à l'hôpital comme patient interne alité pour un séjour qui dure plus de 18 heures consécutives ou tout séjour à l'hôpital dans le but de subir une chirurgie d'un jour.

Indice monétaire d'inflation (IMI)

Un indice monétaire égal à 1 plus la moyenne arithmétique pour les 60 mois civils se terminant le 31 décembre de l'année précédente, des taux de rendement des obligations du gouvernement du Canada échéant dans 10 ans ou plus, publié par la Banque du Canada, le tout divisé par 1,02.

Invalidité totale ou totalement invalide – Catégorie CA1

- 1) Pendant les 18 premiers mois qui suivent le début de l'invalidité, un état d'incapacité qui résulte d'une maladie ou d'un accident et qui empêche complètement l'adhérent de remplir les fonctions principales de son emploi habituel;
- 2) après l'écoulement des 18 premiers mois qui suivent le début de l'invalidité, un état d'incapacité qui résulte d'une maladie ou d'un accident et qui empêche complètement l'adhérent de se livrer à tout emploi substantiellement rémunérateur que l'employeur peut lui offrir pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de son éducation, de sa formation et de son expérience.

Formation et expérience désignent l'ensemble des connaissances et des compétences que l'adhérent a pu acquérir au cours de ses études, dans l'exercice de ses activités professionnelles actuelles ou passées, ou durant ses heures de loisir.

L'adhérent n'est pas considéré comme invalide du seul fait qu'un travail pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de son éducation, de sa formation et de son expérience n'est pas disponible dans la région où il réside.

L'adhérent qui est tenu de détenir un permis de conduire émis par l'État pour accomplir les fonctions principales de son emploi habituel n'est pas considéré comme invalide du seul fait que ce permis lui est retiré ou n'est pas renouvelé.

Invalidité totale ou totalement invalide – Catégorie CA2

- 1) Pour la garantie invalidité de courte durée, un état d'incapacité qui résulte d'une maladie ou d'un accident et qui empêche complètement l'adhérent de remplir les fonctions principales de son emploi habituel.
- 2) Pour toutes les autres garanties :
 - a) pendant les 18 premiers mois qui suivent le début de l'invalidité, un état d'incapacité qui résulte d'une maladie ou d'un accident et qui empêche complètement l'adhérent de remplir les fonctions principales de son emploi habituel;
 - b) après l'écoulement des 18 premiers mois qui suivent le début de l'invalidité, un état d'incapacité qui résulte d'une maladie ou d'un accident et qui empêche complètement l'adhérent de se livrer à tout emploi substantiellement rémunérateur que l'employeur peut lui offrir pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de son éducation, de sa formation et de son expérience.

Formation et expérience désignent l'ensemble des connaissances et des compétences que l'adhérent a pu acquérir au cours de ses études, dans l'exercice de ses activités professionnelles actuelles ou passées, ou durant ses heures de loisir.

L'adhérent n'est pas considéré comme invalide du seul fait qu'un travail pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de son éducation, de sa formation et de son expérience n'est pas disponible dans la région où il réside.

L'adhérent qui est tenu de détenir un permis de conduire émis par l'État pour accomplir les fonctions principales de son emploi habituel n'est pas considéré comme invalide du seul fait que ce permis lui est retiré ou n'est pas renouvelé.

Maladie

Toute détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un médecin. Les dons d'organes et leurs complications sont également considérés comme des maladies.

Médecin
Un praticien qualifié et légalement autorisé à pratiquer la médecine à l'endroit où il fournit les services médicaux.
Période maximale des prestations
La durée maximale de la période pendant laquelle les prestations d'invalidité sont payables.
Personne à charge
Le conjoint ou un enfant qui résident au Canada. Toutefois, une personne à charge qui réside en dehors du Canada est considérée comme résidant au Canada si elle est couverte en vertu d'un régime provincial de soins médicaux et que DSF a préalablement donné son approbation par écrit.
Personne couverte
L'adhérent ou une personne à charge.
Preuve d'assurabilité
Toute attestation relative à l'état de santé physique de la personne ou d'autres données factuelles pouvant influencer sur l'acceptation du risque. Seules sont acceptées les attestations faites à l'aide de formulaires approuvés par DSF.
Revenu – Catégorie CA1
Le taux de rémunération réellement versé par l'employeur durant l'année précédente.
Revenu – Catégorie CA2
Le taux de rémunération habituel versé par l'employeur, y compris tout paiement pour une nomination temporaire, auquel s'ajoute tout montant forfaitaire versé à l'adhérent lorsque son traitement antérieur excède le maximum de son groupe de traitement selon la convention collective ainsi que tout bonus d'ancienneté auquel il a droit mais à l'exclusion de toute autre rémunération.
Revenu final
Le revenu moyen des 3 années consécutives les mieux rémunérées de la participation de l'employé au régime de rentes de l'employeur ou de la durée de sa participation si elle est inférieure à 3 ans.

Revenu net
Le revenu brut hebdomadaire ou mensuel immédiatement avant le début de l'invalidité totale moins les retenues salariales suivantes : 1) tous les impôts sur le revenu; 2) les cotisations au Régime de pensions du Canada ou au Régime de rentes du Québec; 3) les cotisations à l'assurance-emploi; et 4) toute autre cotisation à un régime public de remplacement de revenu.
Soins médicaux continus
La nature des soins que doit recevoir l'adhérent. Ces soins doivent être : 1) reconnus comme efficaces, appropriés et essentiels pour l'établissement d'un diagnostic ou le traitement d'une personne en raison d'une maladie ou d'un accident; 2) raisonnables et de pratique courante; et 3) donnés ou prescrits par un médecin ou, lorsque DSF l'estime nécessaire, par un spécialiste du domaine approprié. Ces soins ne se limitent pas à des examens ou à des tests, et leur fréquence doit correspondre à celle qu'exige l'affection en cause.
Titulaire de police
La société ou l'organisation spécifiée sur la page couverture de la police.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

MODIFICATION AUX RÉGIMES GOUVERNEMENTAUX

Si une modification aux régimes gouvernementaux a pour effet d'accroître les obligations de DSF en vertu de la police, cette dernière continue de s'appliquer comme si les régimes gouvernementaux n'avaient pas été modifiés, sauf si le titulaire de police et DSF en conviennent autrement par écrit.

LOIS APPLICABLES ET JURIDICTION

Toute disposition de la police non conforme aux lois applicables est présumée nulle et sans effet. Lorsque la police contient une disposition prohibée par la loi, toutes les autres dispositions de la police demeurent en vigueur.

La police, son interprétation, son exécution, son application, sa validité et ses effets sont assujettis aux lois canadiennes ou provinciales en vigueur qui régissent en partie ou en totalité l'ensemble des dispositions qu'elle contient.

Tout litige relatif à sa conclusion, son interprétation ou son exécution, sera soumis exclusivement aux tribunaux compétents de la province canadienne dont les parties conviendront.

INCONTESTABILITÉ

Lorsque la couverture d'une personne est en vigueur depuis 2 ans de son vivant, DSF ne peut contester la validité de cette couverture sur la base de déclarations écrites soumises par ou pour cette personne, sauf si ces déclarations se rapportent à l'âge ou sont frauduleuses.

Toutefois, si une invalidité a débuté durant les deux premières années de la couverture, la règle mentionnée au paragraphe précédent ne s'applique pas et DSF peut annuler ou réduire toutes les prestations dues.

RENSEIGNEMENTS INEXACTS SUR L'ÂGE

Si l'âge déclaré d'une personne est erroné, les prestations payables en vertu de la police sont basées sur l'âge réel de la personne à la date de l'événement donnant droit à la prestation. Un redressement des primes est alors effectué pour la période durant laquelle la couverture a été en vigueur.

MONNAIE

Tous les paiements en vertu de la police, versés à ou par DSF, sont dans la monnaie ayant cours légal au Canada.

GENRE ET NOMBRE

Lorsque le contexte le veut ainsi, le masculin implique le féminin et le singulier implique le pluriel.

ADMISSIBILITÉ

CATÉGORIES COUVERTES

Catégorie	Description
CA1	Cols blancs auxiliaires ayant au moins 5 ans d'ancienneté
CA2	Cols blancs permanents

ADMISSIBILITÉ DE L'EMPLOYÉ

Un employé qui appartient à l'une des catégories couvertes est admissible à la couverture à la date à laquelle il satisfait les conditions suivantes :

Catégorie	Nombre d'heures travaillées par semaine	Délai d'attente
CA1	Ne s'applique pas	5 ans d'ancienneté
CA2	20 heures	3 mois de service continu pour l'employeur

ADMISSIBILITÉ DES PERSONNES À CHARGE

Si un employé a des personnes à charge à la date à laquelle il est admissible à la couverture en vertu de la police, ces personnes sont admissibles à la couverture à cette même date.

Si un employé n'a pas de personne à charge à la date à laquelle il est admissible à la couverture en vertu de la police, ces personnes sont admissibles à la couverture à la date à laquelle elles deviennent à la charge de l'employé.

DROIT AUX GARANTIES

Les employés des catégories indiquées ci-dessous sont ceux qui répondent aux critères d'admissibilité, ils ont droit aux garanties tel qu'indiqué.

GARANTIES	CATÉGORIES COUVERTES
Garantie invalidité de courte durée	CA2
Garantie invalidité de longue durée	Toutes
Garantie vie de base	Toutes

ADHÉSION

À LA COUVERTURE

L'adhésion à la couverture est obligatoire pour tout employé qui satisfait aux critères d'admissibilité.

1) Adhésion dans les délais

Un employé doit remplir une demande d'adhésion à l'aide du formulaire prévu par DSF dans les 31 jours qui suivent la date à laquelle il devient admissible.

2) Adhésion hors délais

À défaut de remplir la demande d'adhésion dans les délais prévus ci-dessus, l'employé doit soumettre des preuves d'assurabilité.

Preuves d'assurabilité

Des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par DSF sont requises pour tout montant qui excède le montant maximum sans preuves d'assurabilité accordé par DSF en vertu des garanties indiquées ci-dessous, si la demande d'adhésion est remplie dans les délais :

- 1) Garantie invalidité de longue durée
- 2) Garantie vie de base

BÉNÉFICIAIRE

DSF reconnaît le ou les bénéficiaires désignés par l'adhérent en vertu du régime d'assurance collective de l'employeur immédiatement avant la date de prise d'effet de la police, sauf si DSF demande une nouvelle désignation de bénéficiaire.

Sous réserve des dispositions de la loi, l'adhérent peut désigner ou révoquer en tout temps un ou des bénéficiaires de sa couverture. Seules les garanties qui prévoient des prestations en cas de décès de l'adhérent sont sujettes à la désignation de bénéficiaire(s) qui est alors la même pour l'ensemble de ces garanties. Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant l'adhérent retournent à ce dernier. En l'absence d'un bénéficiaire désigné, les sommes payables sont versées selon les lois applicables.

Les sommes payables au décès d'une personne à charge sont versées à l'adhérent, s'il est vivant. Si l'adhérent est décédé, elles sont versées selon les lois applicables.

DSF n'assume aucune responsabilité quant à la validité de toute désignation ou révocation de bénéficiaire.

PRISE D'EFFET DE LA COUVERTURE

PRISE D'EFFET POUR L'ADHÉRENT

Un employé doit être effectivement au travail à la date à laquelle sa couverture prend effet. S'il n'est pas effectivement au travail à cette date, sa couverture débute le premier jour où il reprend effectivement le travail.

La couverture de tout employé prend effet à la date à laquelle il devient admissible à la couverture, pourvu que la demande d'adhésion soit soumise dans les délais. Toutefois, dans le cas d'adhésion tardive ou de garanties pour lesquelles des preuves d'assurabilité sont requises, la couverture prend effet à la date à laquelle l'assurabilité de l'employé est approuvée par DSF.

PRISE D'EFFET POUR LES PERSONNES À CHARGE

La couverture des personnes à charge prend effet à la date à laquelle l'adhérent devient admissible à la couverture des personnes à charge pour la première fois, pourvu qu'une demande soit soumise dans les délais. Toutefois, dans le cas d'adhésion tardive ou de garanties pour lesquelles des preuves d'assurabilité sont requises, la couverture prend effet à la date à laquelle l'assurabilité de la personne à charge est approuvée par DSF.

Si l'adhérent a déjà souscrit à la couverture des personnes à charge à la date à laquelle il a une nouvelle personne à charge, la couverture de cette personne prend effet à la date à laquelle elle devient une personne à charge, sauf dans le cas des garanties pour lesquelles des preuves d'assurabilité sont requises. Toutefois, la garantie vie d'un nouveau-né prend effet dès sa naissance, s'il naît vivant, et conformément aux dispositions de la police, y compris celles indiquées ci-dessus.

Si une personne à charge (autre qu'un nouveau-né) est hospitalisée à la date à laquelle sa couverture prendrait normalement effet, sa couverture ne prend effet que le lendemain de sa sortie de l'hôpital.

MODIFICATION DU MONTANT DE LA COUVERTURE ET DE LA GARANTIE

Toute modification apportée au montant de la couverture ou à une garantie prend effet à la dernière des dates suivantes, pourvu que l'adhérent soit effectivement au travail à cette date :

- 1) la date à laquelle l'adhérent devient admissible pour la première fois à une telle modification, pourvu qu'une demande écrite soit reçue par DSF au plus tard à cette date; ou
- 2) la date à laquelle DSF approuve l'assurabilité de l'adhérent :
 - a) si le nouveau montant de la couverture excède le montant maximum que DSF accorde sans preuves d'assurabilité, ou

- b) si la demande de modification est reçue plus de 31 jours après la date de son admissibilité à cette modification.

Si l'adhérent n'est pas effectivement au travail à la date à laquelle sa couverture serait normalement modifiée, la couverture est modifiée le premier jour où il reprend effectivement le travail. Toutefois, si le titulaire de police et DSF en conviennent, la modification apportée prend effet comme si l'adhérent était effectivement au travail.

PROLONGATION DE LA COUVERTURE DURANT UNE ABSENCE DU TRAVAIL

L'adhérent qui cesse d'être effectivement au travail pour l'une ou l'autre des raisons décrites ci-dessous peut demeurer couvert selon ce qui est prévu ci-après.

MALADIE OU BLESSURE

Les garanties détenues immédiatement avant le début de l'absence en raison de maladie ou de blessure entraînant une invalidité reconnue par DSF sont maintenues durant cette absence, à condition que les primes continuent à être versées à moins d'être exonérées.

CONGÉ SANS SOLDE OU CONGÉ À TRAITEMENT DIFFÉRÉ

L'adhérent peut choisir les garanties qu'il désire conserver ou il peut conserver l'ensemble des garanties qu'il détient immédiatement avant le début de l'absence. Les garanties peuvent être maintenues pour une période déterminée à l'avance et si les primes continuent à être versées. DSF doit être informée de la date prévue de retour au travail avant le début de l'absence.

Si l'adhérent choisit de ne pas conserver ces garanties, elles seront remises en vigueur sans preuves d'assurabilité à compter de la date à laquelle il est de nouveau effectivement au travail. DSF doit être informée dans les 31 jours suivant la date de retour effectif, à défaut de quoi une preuve d'assurabilité est exigée.

MISE À PIED TEMPORAIRE - CATÉGORIE CA1

L'adhérent peut conserver l'ensemble des garanties qu'il détient immédiatement avant le début de l'absence. Les garanties peuvent être maintenues pour une période déterminée à l'avance et si les primes continuent à être versées. Toutefois, cette couverture ne sera pas maintenue en vigueur au-delà de 52 semaines. DSF doit être informée de la date prévue de retour au travail avant le début de l'absence.

Si l'adhérent choisit de ne pas conserver ces garanties, elles seront remises en vigueur sans preuves d'assurabilité à compter de la date à laquelle il est de nouveau effectivement au travail. DSF doit être informée dans les 31 jours suivant la date de retour effectif, à défaut de quoi une preuve d'assurabilité est exigée.

ABSENCES OU CONGÉS POUR RAISONS DE MATERNITÉ, FAMILIALES OU PARENTALES

Les garanties sont maintenues en vigueur pendant toute la durée de l'absence, si les primes pour la garantie invalidité de longue durée continuent à être versées.

GRÈVE OU LOCK-OUT

L'adhérent peut conserver l'ensemble des garanties qu'il détient immédiatement avant le début de l'absence. Les garanties peuvent être maintenues durant la première semaine, si les primes continuent à être versées. DSF doit être informée de la date prévue de retour au travail avant le début de l'absence.

Si l'adhérent choisit de ne pas conserver ces garanties, elles seront remises en vigueur sans preuves d'assurabilité à compter de la date à laquelle il est de nouveau effectivement au travail. DSF doit être informée dans les 31 jours suivant la date de retour effectif, à défaut de quoi une preuve d'assurabilité est exigée.

Toutefois, l'adhérent est tenu de conserver l'ensemble des garanties qu'il détient immédiatement avant le début de l'absence si son syndicat l'exige et si les primes continuent à être versées.

SUSPENSION

L'adhérent peut conserver l'ensemble des garanties qu'il détient immédiatement avant le début de l'absence. Les garanties sont maintenues durant les 3 premières semaines, si les primes continuent à être versées. À l'issue des 3 premières semaines, l'adhérent est considéré en congé sans solde. DSF doit être informée de la date prévue de retour au travail avant le début de l'absence.

Si l'adhérent choisit de ne pas conserver ces garanties, elles seront remises en vigueur sans preuves d'assurabilité à compter de la date à laquelle il est de nouveau effectivement au travail. DSF doit être informée dans les 31 jours suivant la date de retour effectif, à défaut de quoi une preuve d'assurabilité est exigée.

CONGÉDIEMENT

La couverture prend fin à la date à laquelle l'absence commence.

Si l'adhérent décide de contester son congédiement par voie d'appel à tout tribunal compétent, l'adhérent peut conserver l'ensemble des garanties qu'il détient immédiatement avant le début de l'absence, à l'exclusion des garanties invalidité de courte et de longue durée et si les primes continuent à être versées.

Si la décision rendue rétablit l'adhérent dans ses droits et obligations, il est réputé avoir été couvert sans interruption, y compris aux termes des garanties invalidité de courte et de longue durée.

REPRÉSENTATION SYNDICALE OU LIBÉRATION SYNDICALE

Les garanties sont maintenues en vigueur pendant toute la durée de l'absence, si les primes continuent à être versées.

CESSATION DES GARANTIES ET DE LA COUVERTURE

CESSATION DES GARANTIES

Chaque garantie cesse à la date indiquée ci-dessous.

GARANTIE	DATE DE CESSATION
Garantie invalidité de courte durée	La date à laquelle l'employé touche une rente de retraite d'un régime complémentaire de retraite de l'employeur
Garantie invalidité de longue durée	Selon ce qui arrive en premier parmi les événements suivants : • Le 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent • La date à laquelle l'adhérent a complété 32 années de participation au régime de retraite et est admissible à la rente de retraite sans réduction • La date à laquelle l'adhérent touche une rente de retraite anticipée d'un régime complémentaire de retraite de l'employeur
Garantie vie de base	Le 70 ^e anniversaire de naissance de l'adhérent ou la date à laquelle l'adhérent touche une rente de retraite d'un régime de l'employeur, selon ce qui arrive en premier

CESSATION DE LA COUVERTURE DE L'ADHÉRENT

Sous réserve de toute disposition contraire stipulée ailleurs dans la police, la couverture de l'adhérent prend fin à la première des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle il n'est plus considéré être un employé;
- 2) la date à laquelle il cesse de faire partie d'une catégorie d'employés admissibles à la couverture;
- 3) la date à laquelle l'emploi de l'adhérent ou son contrat avec l'employeur prend fin;

- 4) la fin de la période pour laquelle les primes requises ont été versées en son nom;
- 5) la date de la retraite;
- 6) la date à laquelle il cesse d'être effectivement au travail; ou
- 7) la date de résiliation de la police.

CESSATION DE LA COUVERTURE DES PERSONNES À CHARGE

Sous réserve de toute disposition contraire stipulée ailleurs dans la police, la couverture des personnes à charge prend fin à la première des dates suivantes :

- 1) la date de cessation de la couverture de l'adhérent, sauf si la personne à charge est admissible à des prestations aux survivants;
- 2) la date à laquelle la personne n'est plus une personne à charge; ou
- 3) la fin de la période pendant laquelle les primes requises pour la couverture des personnes à charge ont été versées au nom de l'adhérent.

REMISE EN VIGUEUR DE LA COUVERTURE

Si la couverture d'un employé a pris fin par suite de cessation d'emploi et qu'il est réengagé par l'employeur dans les 6 mois suivants, il a droit de faire remettre sa couverture en vigueur à compter de la date à laquelle il retourne au travail, pourvu que la demande de remise en vigueur soit faite à DSF dans les 31 jours suivant cette date.

Si un employé ne peut pas se prévaloir de la remise en vigueur, il est réputé être un nouvel employé.

FRAUDE

En cas de fraude, DSF se réserve le droit de mettre fin à la couverture de l'adhérent.

DEMANDES DE PRESTATIONS

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

DSF doit recevoir une déclaration et des preuves de sinistre dans le délai prévu pour chaque garantie, tel qu'indiqué ci-dessous :

GARANTIE	DÉLAI
Garantie invalidité de courte durée	• Une preuve écrite de sinistre doit être présentée à DSF dans les 90 jours suivant la date du début de l'invalidité totale. • Par la suite, une preuve écrite de continuité de l'invalidité totale jugée satisfaisante par DSF doit être présentée à DSF chaque fois qu'elle en fait la demande.
Garantie invalidité de longue durée	• Une déclaration écrite initiale de sinistre doit être présentée à DSF dans les 90 jours suivant l'expiration du délai de carence; et • la preuve écrite initiale doit être présentée à DSF dans les 90 jours suivant l'expiration du délai de carence. • S'il y a récurrence d'invalidité totale, une déclaration écrite de sinistre doit être présentée à DSF dans les 90 jours suivant la date de la récurrence; et • une preuve écrite doit être présentée à DSF dans les 90 jours suivant la date de la récurrence. • Par la suite, une preuve écrite de continuité de l'invalidité totale jugée satisfaisante par DSF doit être présentée à DSF chaque fois qu'elle en fait la demande.

Garantie vie	• Toute demande de prestations doit être présentée à DSF dans les 90 jours suivant la date du décès; et • une preuve écrite doit être remise à DSF dans les 90 jours suivant la date du décès.
--------------	---

Le défaut de fournir la déclaration ou les preuves de sinistre dans les délais prévus n'empêche pas le paiement de la prestation, pourvu que la déclaration et les preuves soient fournies aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire. Cependant, aucune prestation ne sera versée si la déclaration et les preuves sont fournies plus de 12 mois après la date à laquelle les frais sont engagés ou la date de l'événement donnant lieu à la demande de prestations.

Advenant la résiliation de la police, DSF n'effectuera aucun versement de prestations à moins que la déclaration et les preuves ne lui soient soumises dans les 120 jours suivant la date de résiliation de la police.

Toute action en justice engagée contre DSF pour recouvrer des sommes payables en vertu de la police est totalement irrecevable, à moins qu'elle n'ait été intentée au cours du délai fixé par la Loi sur les assurances ou toute autre loi applicable dans la province de résidence de l'adhérent.

SOUSSION D'UNE DEMANDE

Toute demande de prestations doit être présentée à DSF au moyen du formulaire prévu à cette fin. En tout temps, DSF peut exiger des informations supplémentaires lorsqu'elle le juge nécessaire.

Décès

Avant de régler une demande, DSF exige des preuves écrites satisfaisantes attestant :

- 1) du décès, des causes et des circonstances liées au décès, incluant un rapport médical ou un certificat de décès;
- 2) que le défunt était admissible à la couverture au moment du décès;
- 3) de la date de naissance du défunt; et
- 4) que le demandeur est en droit de recevoir la prestation.

DSF peut également exiger tout autre renseignement jugé utile.

Dans le cas d'une disparition, DSF versera les prestations sur présentation d'un jugement déclaratif de décès.

PAIEMENTS

Toutes les prestations sont versées à l'adhérent, à moins d'indication contraire ailleurs dans la police.

Prestations décès

La prestation est versée dans les 30 jours suivant la réception de preuves satisfaisantes de décès. La prestation payable au décès de l'adhérent est versée au bénéficiaire.

EXAMENS MÉDICAUX

À l'occasion, DSF a le droit d'exiger que la personne couverte pour laquelle des prestations pourraient être versées soit examinée par un professionnel de la santé de son choix.

SUBROGATION

Dès que DSF rembourse les frais engagés ou s'engage à rembourser les frais engagés, elle se substitue à l'adhérent en ce qui concerne tous les droits de recouvrement contre toute personne et peut intenter une poursuite judiciaire au nom de l'adhérent pour faire valoir ces droits.

Si l'adhérent a le droit d'exiger des dommages-intérêts d'une autre personne pour une perte de revenu pour laquelle il est admissible à des prestations, DSF se substituera à cet adhérent en ce qui concerne tous les droits de recouvrement contre toute personne pour une perte de revenu. Le montant qui peut être recouvré grâce à cette subrogation est limité au montant global des prestations d'invalidité qui ont été versées ou qui sont payables à l'adhérent par DSF.

DROIT DE RECouvreMENT

Lorsqu'un paiement effectué par DSF excède le montant qui aurait dû être payé, DSF a le droit de récupérer cet excédent auprès de toute personne ou entité à qui ou pour qui ce paiement a été effectué.

EXONÉRATION DES PRIMES

Cette disposition s'applique aux garanties suivantes :

- garantie invalidité de courte durée
- garantie invalidité de longue durée
- garantie vie de base

1) Début de l'exonération des primes

Si l'adhérent devient totalement invalide pendant qu'il est couvert en vertu de la police mais avant d'atteindre l'âge de 65 ans, ses primes peuvent être exonérées :

- a) dès le début de l'invalidité totale pour la garantie invalidité de longue durée;
- b) à la fin du délai de carence prévu par la garantie invalidité de longue durée pour toutes les autres garanties.

L'adhérent doit fournir à DSF des preuves satisfaisantes de son invalidité totale.

2) Cessation de l'exonération des primes

L'exonération des primes prend fin à la première des dates suivantes :

- a) la date à laquelle l'adhérent est incapable ou refuse de fournir à DSF des preuves satisfaisantes de son invalidité totale, si ces preuves ne sont pas fournies au plus tard 3 mois après la demande de DSF;
- b) la date à laquelle l'adhérent cesse d'être totalement invalide;
- c) la date à laquelle l'adhérent s'adonne à toute occupation ou tout emploi contre rémunération ou profit sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation approuvé par DSF;
- d) la date à laquelle l'adhérent atteint 65 ans;
- e) la date à laquelle l'adhérent prend sa retraite;
- f) la date de cessation de la couverture de l'adhérent; ou
- g) la date de résiliation de la garantie ou de la police, sauf pour les garanties vie et invalidité de longue durée.

3) Récidive d'invalidité totale

Si une récidive d'invalidité survient dans les 6 mois suivant la fin d'une période antérieure d'invalidité totale qui a donné lieu à une exonération des primes en vertu de la police, cette récidive est considérée comme étant une prolongation de la période antérieure si elle est due aux mêmes causes ou à des causes connexes.

4) Déclaration et preuves d'invalidité totale

Pour que l'adhérent soit exonéré du paiement de ses primes, DSF doit recevoir :

- a) un avis écrit attestant de l'invalidité totale dans les 12 mois suivant la date à laquelle l'adhérent devient totalement invalide; et
- b) une attestation satisfaisante d'invalidité totale dans les 90 jours suivant la date de réception de l'avis écrit.

Dans le cas d'une récidive d'invalidité totale, DSF doit recevoir un avis écrit et une attestation d'invalidité dans les 30 jours suivant la date du début de cette récidive.

GARANTIE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE

Catégorie CA2

SOMMAIRE DE LA GARANTIE

Dès réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par DSF attestant que l'adhérent :

- 1) est devenu totalement invalide pendant qu'il était couvert en vertu de cette garantie et qu'il est demeuré totalement invalide, durant le délai de carence; et
- 2) reçoit les soins médicaux continus d'un médecin au Canada;

DSF verse les prestations conformément aux dispositions de la police.

Pourcentage et maximum des prestations

75 % du revenu hebdomadaire brut arrondi au prochain multiple de 1 \$, s'il n'en est pas déjà un

Délai de carence

- 5 jours ouvrables* en cas d'accident
- 5 jours ouvrables* en cas de maladie
- 5 jours ouvrables* en cas d'hospitalisation

*Pour l'adhérent ayant un horaire atypique ou rotatif, le délai de carence est l'équivalent d'une semaine de travail. Le délai de carence est comptabilisé en heures selon le nombre d'heures d'une semaine de travail.

Période maximale des prestations

15 semaines si l'adhérent est âgé de 65 ans et plus; ou

15 semaines si l'adhérent a 32 années de participation au régime de retraite; et est admissible à la rente de retraite sans réduction; ou

26 semaines si l'adhérent n'a reçu aucune prestation le jour où il touche une rente de retraite en vertu d'un régime complémentaire de retraite de son employeur

Imposition des prestations

Imposable

DÉLAI DE CARENCE

Le délai de carence est la période ininterrompue d'invalidité totale qui doit s'écouler avant le début du versement des prestations. Il débute à la dernière des dates suivantes :

- 1) le lendemain du dernier jour où l'adhérent est effectivement au travail; ou
- 2) le premier jour ouvrable complet d'absence, si l'adhérent est examiné par un médecin au cours des 3 jours ouvrables suivants (à l'exclusion du samedi et dimanche et les jours fériés); ou
- 3) à la date d'examen du médecin.

Le délai de carence en cas d'accident s'applique si l'accident est constaté par un médecin et survenu dans les 30 jours avant le début de l'invalidité totale. Dans le cas contraire, le délai de carence en cas de maladie s'applique.

Si une invalidité totale survient durant une absence du travail, le délai de carence commence à la date prévue de retour au travail à condition que cette garantie puisse être maintenue en vigueur durant cette absence et qu'elle l'ait été.

PAIEMENT DES PRESTATIONS

DSF verse les prestations chaque semaine, à compter de la date à laquelle le délai de carence se termine.

Dans le cas d'une invalidité totale qui survient durant une absence du travail en raison d'un congé de maternité, parental ou pour raisons familiales, DSF verse des prestations à compter de la dernière des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle le délai de carence se termine; ou
- 2) la date prévue de retour au travail.

DSF verse les prestations aussi longtemps que l'adhérent continue d'être totalement invalide, jusqu'à concurrence de la période maximale des prestations.

Les prestations sont basées sur le revenu en vigueur immédiatement avant le début de l'invalidité totale.

Les paiements pour une période de moins d'une semaine sont calculés au taux quotidien de 1/5 de la prestation hebdomadaire ou selon l'horaire atypique ou rotatif.

RÉCIDIVE D'INVALIDITÉ

Si l'adhérent a déjà reçu des prestations en vertu de cette garantie et qu'il devient à nouveau totalement invalide, la nouvelle invalidité totale est considérée une récurrence de l'invalidité précédente si l'adhérent a été effectivement au travail entre les deux pendant moins de 15 jours consécutifs, si l'invalidité totale est due à la même cause ou à des causes connexes.

Des périodes successives d'invalidité totale due à des causes qui ne sont pas reliées entre elles, sont considérées comme une récidive à moins que l'adhérent soit effectivement au travail pendant un jour entre ces périodes.

Lorsque des périodes successives d'invalidité totale sont considérées comme une récidive, le délai de carence ne s'applique qu'une seule fois.

RÉADAPTATION

DSF peut en tout temps exiger que l'adhérent totalement invalide participe à un programme de réadaptation considéré satisfaisant par DSF. Les activités du programme de réadaptation doivent être acceptées par DSF.

L'adhérent ne sera plus admissible aux prestations prévues par cette garantie s'il :

- 1) refuse de participer à un programme de réadaptation; ou
- 2) ne participe pas activement et de bonne foi ou ne s'adonne pas au programme de réadaptation.

RÉDUCTION DES PRESTATIONS

1) Intégration directe

Les prestations payables sont réduites de :

- a) toute prestation à laquelle l'adhérent a droit en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou de toute autre loi semblable;
- b) toute prestation à laquelle l'adhérent a droit en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, à l'exclusion des prestations pour les personnes à charge et de toute rente de conjoint survivant;
- c) toute indemnité de remplacement de revenu payable en vertu de tout régime public provincial d'assurance automobile sans égard à la responsabilité, mais qui ne tient pas compte des prestations d'assurance-emploi dans le versement de l'indemnité;
- d) toute indemnité de remplacement de revenu versée en vertu de toute autre loi fédérale ou provinciale si l'assurance-emploi considère cette indemnité comme un revenu;
- e) tout revenu versé par l'employeur, incluant les journées de maladie mais à l'exclusion du revenu gagné dans le cadre d'un programme de réadaptation jugé satisfaisant par DSF; et
- f) tout paiement versé d'un régime d'assurance collective fourni par un employeur ou une association.

L'indexation sur le coût de la vie n'est pas incluse dans les paiements provenant des sources mentionnées ci-dessus, une fois que le versement des prestations a commencé.

2) Intégration indirecte

Les prestations payables sont de nouveau réduites de sorte que son revenu total provenant de toutes sources ne dépasse pas 100 % du revenu hebdomadaire brut qu'il gagnait avant son invalidité totale.

Le revenu total provenant de toutes sources comprend les sommes énumérées ci-dessous, qui ont été versées à l'adhérent ou auxquelles il aurait droit :

- a) toute prestation versée en vertu de cette garantie;
- b) tout revenu versé par l'employeur à l'exclusion du revenu gagné dans le cadre d'un programme de réadaptation jugé satisfaisant par DSF;
- c) toute prestation à laquelle l'adhérent a droit en vertu :
 - i) du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, à l'exclusion des prestations pour les personnes à charge et de toute rente de conjoint survivant;
 - ii) de la Loi sur les accidents du travail ou d'une loi semblable; ou
 - iii) d'un régime d'assurance collective fourni par un employeur ou une association;
- d) toute prestation d'invalidité payable par un régime de retraite privé; et
- e) toute indemnité de remplacement de revenu payable en vertu de tout régime public provincial d'assurance automobile sans égard à la responsabilité, mais qui ne tient pas compte des prestations d'assurance-emploi dans le versement de l'indemnité.

L'indexation sur le coût de la vie n'est pas incluse dans le revenu total provenant de toutes sources une fois que le versement des prestations a commencé.

3) Réductions additionnelles en cas de réadaptation

Pour chaque semaine, lorsque l'adhérent participe à un programme de réadaptation jugé satisfaisant par DSF, les prestations payables sont proportionnelles au nombre de jours non travaillés.

Les prestations sont réduites de sorte que son revenu total provenant de toutes sources ne dépasse pas 100 % du revenu hebdomadaire brut qu'il gagnait avant son invalidité totale.

L'indexation sur le coût de la vie n'est pas incluse dans le revenu total provenant de toutes sources une fois que le versement des prestations a commencé.

4) Montant payable par un régime public

L'adhérent a l'obligation de faire le nécessaire pour se prévaloir de ses droits en vertu des lois et régimes décrits ci-dessus. S'il néglige ou refuse de le faire, DSF peut à son gré utiliser une estimation du montant accordé en vertu de tout régime public. DSF réduit les prestations du montant estimé. Les ajustements sont effectués après la réception de l'avis du montant réellement accordé.

Si l'adhérent touche un montant forfaitaire en vertu de l'une ou l'autre des sources décrites ci-dessus, ce montant est calculé sur une base hebdomadaire et est déduit des prestations.

RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS

Restrictions

Aucune prestation n'est payable au cours de l'une ou l'autre des périodes d'invalidité totale suivantes :

- 1) la période durant laquelle l'adhérent ne reçoit pas des soins médicaux continus en raison de la maladie ou de l'accident causant l'invalidité totale;
- 2) la période au cours de laquelle l'adhérent prend un congé de maternité, parental ou familial, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;
- 3) pendant toute période d'absence du travail par suite d'une grève, d'un lock-out, d'une mise à pied ou d'un congé autorisé, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;
- 4) durant l'emprisonnement de l'adhérent par suite d'une condamnation pour infraction; et
- 5) lorsque l'adhérent séjourne à l'extérieur du Canada pendant une période de plus de 4 semaines pour quelque raison que ce soit, à moins que :
 - a) DSF ne convienne d'avance par écrit de régler des prestations au cours de cette période; ou
 - b) l'adhérent ne soit à l'extérieur du Canada pour recevoir des soins médicaux admissibles en vertu de l'assurance-emploi.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour toute invalidité totale qui résulte directement de l'une des causes suivantes :

- 1) guerre, déclarée ou non, service actif dans les forces armées d'un pays, ou participation à une émeute, une insurrection ou une agitation populaire;
- 2) infraction criminelle telle que prévue au Code criminel du Canada;
- 3) soins chirurgicaux d'ordre esthétique seulement, sauf si ces soins sont fournis par suite d'un accident ou d'une maladie;
- 4) abus d'alcool ou de stupéfiants, sauf si l'adhérent :
 - a) participe de façon active et continue à un programme thérapeutique approprié mené sous surveillance médicale pour remédier à cet abus; et
 - b) reçoit des traitements ou des soins médicaux continus en vue de sa réadaptation.

CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS

Le versement des prestations prend fin à la première des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle l'adhérent cesse d'être totalement invalide;
- 2) la date à laquelle l'adhérent s'adonne à une tâche rémunératrice autre qu'un programme de réadaptation approuvé par DSF;
- 3) la date fixée par DSF à laquelle l'adhérent est censé lui avoir fourni des preuves satisfaisantes de son invalidité totale ou s'être soumis à un examen médical demandé par DSF, mais a négligé ou refusé de le faire;
- 4) la date à laquelle la période maximale des prestations est écoulée, pour toute période d'invalidité totale;
- 5) la date à laquelle l'adhérent refuse de participer à un programme de réadaptation que DSF juge approprié;
- 6) la date à laquelle cette garantie cesse. Toutefois, si l'adhérent devient totalement invalide avant d'atteindre l'âge auquel la garantie cesse, qu'il l'est toujours lorsqu'il atteint cet âge et qu'il n'a pas encore reçu 15 semaines de prestations pour cette invalidité, la couverture sera prolongée, jusqu'à la première des dates suivantes :
 - a) la date à laquelle il a reçu des prestations pendant 15 semaines;
 - b) la date à laquelle il cesse d'être totalement invalide; ou
 - c) la date à laquelle il prend sa retraite.

GARANTIE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Toutes les catégories

SOMMAIRE DE LA GARANTIE

Dès réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par DSF attestant que l'adhérent :

- 1) est devenu totalement invalide pendant qu'il était couvert en vertu de cette garantie et qu'il est demeuré totalement invalide durant le délai de carence; et
- 2) reçoit les soins médicaux continus d'un médecin au Canada;

DSF verse les prestations conformément aux dispositions de la police.

Catégories	Pourcentage et maximum des prestations
CA1	65 % des premiers 750 \$ de la moyenne hebdomadaire du revenu brut pour les 36 mois consécutifs de service précédent le début de l'invalidité totale, plus 50 % de l'excédent, arrondi au prochain multiple de 1 \$, s'il n'en est pas déjà un Maximum : Aucun
CA2	65 % des premiers 750 \$ du revenu hebdomadaire brut, plus 50 % de l'excédent, arrondi au prochain multiple de 1 \$, s'il n'en est pas déjà un Maximum : Aucun
Catégories	Délai de carence
CA1	16 semaines
CA2	La fin de la période maximale des prestations de la garantie invalidité de courte durée
Catégories	Âge maximum d'admissibilité
CA1	64 ans et 36 semaines
CA2	64 ans et 25 semaines ou la fin de la période maximale des prestations de la garantie invalidité de courte durée

Catégories	Période maximale des prestations
Toutes	Jusqu'à 65 ans
Catégories	Imposition des prestations
Toutes	Non imposable

DÉLAI DE CARENCE

Le délai de carence est la période ininterrompue d'invalidité totale qui doit s'écouler avant le début du versement des prestations. Il débute à la dernière des dates suivantes :

- 1) le lendemain du dernier jour où l'adhérent est effectivement au travail; ou
- 2) le premier jour ouvrable complet d'absence, si l'adhérent est examiné par un médecin au cours des 3 jours ouvrables suivants (à l'exclusion du samedi et dimanche et les jours fériés); ou
- 3) à la date d'examen du médecin.

Si une invalidité totale survient durant une absence du travail, le délai de carence commence à la date prévue de retour au travail à condition que cette garantie puisse être maintenue en vigueur durant cette absence et qu'elle l'ait été.

PAIEMENT DES PRESTATIONS

DSF verse les prestations chaque semaine, à compter de la date à laquelle le délai de carence se termine.

Dans le cas d'une invalidité totale qui survient durant une absence du travail en raison d'un congé de maternité, parental ou pour raisons familiales, DSF verse des prestations à compter de la dernière des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle le délai de carence se termine; ou
- 2) la date prévue de retour au travail.

DSF verse les prestations aussi longtemps que l'adhérent continue d'être totalement invalide, jusqu'à concurrence de la période maximale des prestations.

Les prestations sont basées sur le revenu en vigueur immédiatement avant le début de l'invalidité totale.

Les paiements pour une période de moins d'une semaine sont calculés au taux quotidien de 1/5 de la prestation hebdomadaire ou selon l'horaire atypique ou rotatif.

INDEXATION AU COÛT DE LA VIE – CATÉGORIE CA2

Au cours d'une période ininterrompue d'invalidité totale, DSF augmente les prestations versées, selon les conditions suivantes :

- 1) la première augmentation prend effet le 1^{er} juillet suivant la date à laquelle le versement des prestations d'invalidité de longue durée a commencé;
- 2) les augmentations subséquentes prennent effet à chaque anniversaire de la première augmentation; et
- 3) les prestations seront augmentées de 1 %.

RÉCIDIVE D'INVALIDITÉ – CATÉGORIE CA1

Deux périodes d'invalidité totale sont considérées comme une seule période d'invalidité si elles sont séparées par une période durant laquelle l'adhérent était effectivement au travail pendant :

- 1) moins de 15 jours consécutifs au cours des 16 premières semaines si l'invalidité totale est due à la même cause ou à des causes connexes; ou
- 2) moins de 3 mois consécutifs au-delà de ces 16 semaines.

Des périodes successives d'invalidité totale due à des causes qui ne sont pas reliées entre elles, sont considérées comme une récidive à moins que l'adhérent soit effectivement au travail pendant un jour entre ces périodes.

Lorsque des périodes successives d'invalidité totale sont considérées comme une récidive, le délai de carence ne s'applique qu'une seule fois.

RÉCIDIVE D'INVALIDITÉ – CATÉGORIE CA2

Deux périodes d'invalidité totale sont considérées comme une seule période d'invalidité si elles sont séparées par une période durant laquelle l'adhérent était effectivement au travail pendant :

- 1) moins de 15 jours consécutifs durant le délai de carence, si l'invalidité totale est due à la même cause ou à des causes connexes; ou
- 2) moins de 3 mois consécutifs après la fin des prestations d'invalidité de longue durée.

Des périodes successives d'invalidité totale due à des causes qui ne sont pas reliées entre elles, sont considérées comme une récidive à moins que l'adhérent soit effectivement au travail pendant un jour entre ces périodes.

Lorsque des périodes successives d'invalidité totale sont considérées comme une récidive, le délai de carence ne s'applique qu'une seule fois.

RÉADAPTATION

DSF peut en tout temps exiger que l'adhérent totalement invalide participe à un programme de réadaptation considéré satisfaisant par DSF. Les activités du programme de réadaptation doivent être acceptées par DSF.

L'adhérent ne sera plus admissible aux prestations prévues par cette garantie s'il :

- 1) refuse de participer à un programme de réadaptation; ou
- 2) ne participe pas activement et de bonne foi ou ne s'adonne pas au programme de réadaptation.

RÉDUCTION DES PRESTATIONS

1) Intégration directe

Les prestations payables sont réduites de :

- a) toute prestation à laquelle l'adhérent a droit en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou de toute autre loi semblable;
- b) toute prestation à laquelle l'adhérent a droit en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, à l'exclusion des prestations pour les personnes à charge et de toute rente de conjoint survivant;
- c) toute indemnité de remplacement du revenu payable en vertu de tout régime d'assurance automobile sans égard à la responsabilité;
- d) toute prestation d'invalidité payable en vertu d'un régime de retraite privé;
- e) toute prestation d'invalidité payable en vertu d'une autre police d'assurance collective;
- f) toute prestation parentale en vertu d'une loi; et
- g) tout revenu versé par l'employeur, incluant les journées de maladie mais à l'exclusion du revenu gagné dans le cadre d'un programme de réadaptation jugé satisfaisant par DSF.

L'indexation sur le coût de la vie n'est pas incluse dans les paiements provenant des sources mentionnées ci-dessus, une fois que le versement des prestations a commencé.

2) Intégration indirecte

Les prestations payables sont de nouveau réduites de sorte que son revenu total provenant de toutes sources ne dépasse pas 85 % du revenu hebdomadaire net qu'il gagnait immédiatement avant l'invalidité totale.

Le revenu total provenant de toutes sources comprend les sommes énumérées ci-dessous, qui ont été versées à l'adhérent ou auxquelles il aurait droit :

- a) toute prestation versée en vertu de cette garantie;
- b) tout revenu hebdomadaire ou paiement versé par l'employeur à l'exclusion du revenu gagné dans le cadre d'un programme de réadaptation jugé satisfaisant par DSF;
- c) toute prestation à laquelle l'adhérent a droit en vertu :
 - i) du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, à l'exclusion des prestations pour les personnes à charge et de toute rente de conjoint survivant;
 - ii) de la Loi sur les accidents du travail ou d'une loi semblable;
 - iii) d'un autre régime public, à l'exclusion des prestations payables en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi; ou
 - iv) d'un régime d'assurance collective fourni par un employeur ou une association;
- d) toute prestation d'invalidité payable par un régime de retraite privé;
- e) toute indemnité de remplacement de revenu payable en vertu de tout régime public d'assurance automobile sans égard à la responsabilité;
- f) tout régime de retraite de l'employeur; et
- g) toute prestation parentale en vertu d'une loi.

L'indexation sur le coût de la vie n'est pas incluse dans le revenu total provenant de toutes sources une fois que le versement des prestations d'invalidité de longue durée a commencé.

3) Réductions additionnelles en cas de réadaptation

Pour chaque semaine, lorsque l'adhérent participe à un programme de réadaptation jugé satisfaisant par DSF, les prestations payables sont proportionnelles au nombre de jours non travaillés.

Les prestations sont réduites de sorte que son revenu total provenant de toutes sources n'excède pas 100 % du revenu hebdomadaire net qu'il gagnait avant son invalidité totale.

4) Montant payable par un régime public

L'adhérent a l'obligation de faire le nécessaire pour se prévaloir de ses droits en vertu des lois et régimes décrits ci-dessus. S'il néglige ou refuse de le faire, DSF peut à son gré utiliser une estimation du montant accordé en vertu de tout régime public. DSF réduit les prestations du montant estimé. Les ajustements sont effectués après la réception de l'avis du montant réellement accordé.

Si l'adhérent touche un montant forfaitaire en vertu de l'une ou l'autre des sources décrites ci-dessus, DSF réduit les prestations du moindre de ce qui suit :

- a) le montant forfaitaire ramené sur une base hebdomadaire durant une période de 60 mois; ou
- b) le nombre de mois d'invalidité pour lequel le montant forfaitaire est versé.

RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS

Restrictions

Aucune prestation n'est payable au cours de l'une ou l'autre des périodes d'invalidité totale suivantes :

- 1) la période durant laquelle l'adhérent ne reçoit pas des soins médicaux continus en raison de la maladie ou de l'accident causant l'invalidité totale;
- 2) la période au cours de laquelle l'adhérent prend un congé parental ou familial, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;
- 3) pendant toute période d'absence du travail par suite d'une grève, d'un lock-out, d'une mise à pied ou d'un congé autorisé, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;
- 4) durant l'emprisonnement de l'adhérent par suite d'une condamnation pour infraction; et
- 5) lorsque l'adhérent séjourne à l'extérieur du Canada pendant une période de plus de 4 mois pour quelque raison que ce soit, à moins que DSF ne convienne d'avance par écrit de régler des prestations au cours de cette période.

Autres exclusions

Aucune prestation n'est payable pour toute invalidité totale qui résulte directement ou indirectement de l'une des causes suivantes :

- 1) guerre, déclarée ou non, service actif dans les forces armées d'un pays, ou participation à une émeute, une insurrection ou une agitation populaire;
- 2) infraction ou tentative d'infraction criminelle, incluant la conduite avec facultés affaiblies, tel que prévu au Code criminel du Canada.
- 3) soins médicaux ou chirurgicaux d'ordre esthétique, sauf si ces soins sont fournis par suite d'un accident survenu pendant que l'adhérent est couvert en vertu de cette garantie;
- 4) abus d'alcool ou de stupéfiants, sauf si l'adhérent :
 - a) participe de façon active et continue à un programme thérapeutique approprié mené sous surveillance médicale pour remédier à cet abus;
 - b) reçoit des traitements ou des soins médicaux continus en vue de sa réadaptation; et
 - c) séjourne dans un centre spécialisé reconnu.

CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS

Le versement des prestations prend fin à la première des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle l'adhérent cesse d'être totalement invalide;
- 2) la date à laquelle l'adhérent s'adonne à une tâche rémunératrice autre qu'un programme de réadaptation approuvé par DSF;
- 3) la date fixée par DSF à laquelle l'adhérent est censé lui avoir fourni des preuves satisfaisantes de son invalidité totale ou s'être soumis à un examen médical demandé par DSF, mais a négligé ou refusé de le faire;
- 4) la date à laquelle la période maximale des prestations est écoulée, pour toute période d'invalidité totale;
- 5) la date à laquelle l'adhérent refuse de participer à un programme de réadaptation que DSF juge approprié;
- 6) la date à laquelle l'adhérent prend sa retraite; ou
- 7) la date à laquelle cette garantie cesse.

GARANTIE VIE

Toutes les catégories

SOMMAIRE DE LA GARANTIE

Dès réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par DSF attestant qu'une personne est décédée pendant qu'elle était couverte en vertu de cette garantie, DSF paie le montant applicable à cette personne conformément aux dispositions de la police.

GARANTIE VIE DE BASE

Adhérent	
Catégories	Montant de l'assurance
CA1	2 fois le revenu annuel gagné au cours de l'année précédant celle du décès, arrondi au prochain multiple de 1 \$, s'il n'en est pas déjà un. Maximum : Aucun Maximum sans preuve d'assurabilité : aucune preuve requise
CA2	2 fois le revenu annuel, arrondi au prochain multiple de 1 \$, s'il n'en est pas déjà un. Maximum : Aucun Maximum sans preuve d'assurabilité : aucune preuve requise
Réduction	
Toutes	Aucune

Personnes à charge		
Montant de l'assurance		
Catégories	Conjoint	Chaque enfant
CA2	15 582 \$ Ce montant sera indexé au 1 ^{er} juillet de chaque année selon l'indice monétaire d'inflation (IMI)	15 582 \$ Ce montant sera indexé au 1 ^{er} juillet de chaque année selon l'indice monétaire d'inflation (IMI)
Catégories	Réduction	
CA2	Aucune	

PAIEMENT ANTICIPÉ

Tout adhérent totalement invalide dont l'espérance de vie est de moins de 24 mois peut obtenir le paiement d'une partie de son montant d'assurance vie de base, sous réserve des conditions suivantes :

- 1) DSF doit donner son accord;
- 2) DSF peut exiger que l'adhérent soit examiné par un médecin désigné par DSF;
- 3) l'adhérent doit obtenir l'approbation de DSF pour l'exonération des primes de la garantie vie de base de la police; et
- 4) tout bénéficiaire irrévocable désigné doit donner son consentement à ce versement en signant un formulaire fourni par DSF.

Le paiement anticipé est limité à 50 % du montant de l'assurance vie de base de l'adhérent. De plus, ce montant ne peut être inférieur à 5 000 \$ ou excéder 100 000 \$.

Lors du décès de l'adhérent, la valeur du paiement anticipé est déduite du montant d'assurance qui aurait été payable n'eut été le paiement anticipé.

La valeur du paiement anticipé est composée de ce qui suit :

- 1) le total des versements effectués en vertu du paiement anticipé;
- 2) les frais raisonnables engagés aux fins de vérification de l'état de santé de l'adhérent; plus
- 3) l'intérêt accumulé à partir de la date du versement jusqu'à la date du décès de l'adhérent.

Le taux d'intérêt est le taux de rendement annuel moyen des certificats de placement garanti d'un an émis par les sociétés de fiducie canadiennes. Le taux utilisé sera celui établi immédiatement après la date du paiement anticipé, tel que publié dans le bulletin mensuel ou hebdomadaire de statistiques de la Banque du Canada.

EXCLUSION RELATIVE AU PAIEMENT ANTICIPÉ

DSF ne procédera pas au versement d'un paiement anticipé si la proposition renferme une déclaration erronée de faits ou si des renseignements importants n'ont pas été divulgués. Si, une fois que le paiement anticipé a été versé, il s'avère que l'adhésion ou la couverture est nulle et sans effet, le récipiendaire du paiement anticipé devra rembourser la valeur de ce paiement à DSF.

DROIT DE TRANSFORMATION

Si la garantie vie de l'adhérent âgé de 65 ans ou moins prend fin, l'adhérent a le droit de transformer son montant d'assurance et le montant d'assurance de ses personnes à charge en une police individuelle, sans preuves d'assurabilité, jusqu'à concurrence du moindre des montants suivants :

- 1) le montant d'assurance qui est perdu par suite de la cessation;
- 2) le montant maximal applicable dans la province de résidence de l'adhérent; ou
- 3) la différence entre le montant d'assurance vie en vigueur à la date de cessation de la couverture et le montant d'assurance auquel l'adhérent est admissible en vertu d'un autre régime d'assurance vie collective au moment où il peut se prévaloir du droit de transformation.

L'adhérent doit soumettre une proposition d'assurance individuelle à DSF dans les 31 jours suivant la date de cessation de sa couverture en vertu de cette garantie.

Le montant d'assurance vie que l'adhérent a le droit de transformer sera diminué de tout montant d'assurance vie individuelle qui a déjà été converti en vertu de la présente disposition et qui est encore en vigueur. Le montant d'assurance vie que l'adhérent a le droit de transformer sera aussi diminué de tout montant d'assurance converti en vertu d'une autre police d'assurance collective établie par DSF.

La police individuelle ne prend pas effet avant la fin de la période de 31 jours qui suit immédiatement la date de cessation de la couverture de l'adhérent en vertu de cette garantie.

Si l'adhérent décède dans les 31 jours suivant la cessation de sa couverture en vertu de cette garantie, le montant payable est celui qu'il avait le droit de transformer.

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS
--

Police #1SP95

Établie par SSQ Société d'assurance-vie inc.

DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR : 1^{er} février 2019

Le présent livret donne un aperçu du régime d'assurance Décès et Mutilation Accidentels de SSQ, Société d'assurance-vie inc. offert aux employés du *contractant*. Vous y trouverez des renseignements sur la couverture offerte dans le cadre de ce régime d'assurance. Ce livret devrait être conservé pour consultation future.

Les conditions du régime d'assurance sont énoncées dans le contrat d'assurance collective Décès et Mutilation Accidentels n° 1SP95, la Proposition-cadre, les avenants et toute pièce annexe, le cas échéant, le tout formant un contrat indivisible. Tous les droits et obligations sont régis par les dispositions du contrat et non par le présent livret. Pour connaître le libellé exact des dispositions du contrat, veuillez communiquer avec votre service des Ressources humaines.

INTRODUCTION

Qu'est-ce que l'assurance Décès et Mutilation Accidentels?

L'assurance Décès et Mutilation Accidentels offre la protection nécessaire en cas d'un *accident* pour aider à alléger des revers financiers pour vous et votre famille. La couverture Décès et Mutilation Accidentels verse un montant d'argent advenant un *accident* causant un décès ou une blessure grave. Le montant d'argent versé dépend du type de blessure.

Qui a besoin de l'assurance Décès et Mutilation Accidentels?

Chacun devrait planifier sa sécurité financière puisque nul n'est à l'abri d'accidents. Selon Statistique Canada (2006), la blessure involontaire est la cinquième cause principale de décès. De nos jours, peu de gens mettent de l'argent de côté pour des besoins urgents, donc cette couverture vous procure une protection au moment où vous en avez le plus besoin. La couverture Décès et Mutilation Accidentels aide vous et votre famille à surmonter les difficultés financières à la suite d'un *accident* en plus de vous procurer une tranquillité d'esprit.

Pourquoi considérer l'assurance Décès et Mutilation Accidentels?

Parce que personne n'est immunisé contre les accidents, l'assurance Décès et Mutilation Accidentels est perçue comme étant une couverture précieuse à ajouter à tout régime d'assurance collective. Des accidents surviennent et leur impact sur vous et votre famille peut s'avérer dévastateur. Se rétablir d'un accident peut prendre du temps et peut vous coûter plus que vous ne l'auriez escompté. L'assurance Décès et Mutilation Accidentels vous procure les ressources nécessaires au moment où vous en avez le plus besoin et c'est la raison pour laquelle il est avantageux de l'ajouter à votre régime d'assurance collective.

Quels sont les avantages afférents à votre couverture?

Avec l'assurance Décès et Mutilation Accidentels, vous bénéficiez :

- de plans complets;
- d'une liste extensive d'indemnités;
- d'une protection complète vingt-quatre (24) heures sur vingt-quatre (24), trois cent soixante-cinq (365) jours par année, partout dans le monde;
- d'un service de réclamations efficace.

DÉFINITIONS

pour une meilleure compréhension du présent livret

Dans le présent livret :

« *agression* » signifie un acte criminel ou une tentative d'acte criminel, un méfait ou une tentative de méfait, une infraction punissable par voie de déclaration sommaire de culpabilité ou une tentative d'infraction punissable par voie de déclaration sommaire de culpabilité, une émeute ou une tentative d'émeute, y compris un vol, vol qualifié, attentat à la bombe, enlèvement, détournement d'avion, larcin, embuscade et meurtre ou toute tentative de commettre l'un de ces actes. La question de savoir si un acte constitue ou non une *agression* sera déterminée par les lois du territoire où la *blessure* survient.

« *assuré* » et « *personne assurée* » signifient vous, alors que la couverture individuelle aux termes de la *police* est en vigueur.

« *assureur* », « *nous* » et « *on* » signifie SSQ, Société d'assurance-vie inc.

« *accident* » signifie un événement ou un incident soudain et imprévu mettant en cause l'*assuré* et entraînant directement une *blessure* à ce dernier.

« *blessure* » signifie une lésion corporelle qui résulte d'un *accident* se produisant pendant que la *police* est en vigueur en ce qui a trait à l'*assuré*, sur lequel la demande de règlement est fondée et qui entraîne directement et indépendamment de toute autre cause, un sinistre couvert par la *police*, vingt-quatre (24) heures sur vingt-quatre (24), n'importe où dans le monde entier; sont exclues toutes les *maladies* ou *affections* quelle que soit leur cause, sauf si elles sont la conséquence d'un *accident*.

« *brûlure* » signifie dans la *police* un état qu'un *médecin* déclare être une brûlure au 3^e degré.

« *capital assuré* » signifie le montant stipulé à l'article 3 de la Proposition-cadre applicable à l'*assuré* et indiqué sur la plus récente demande d'adhésion signée par l'*employé* assuré dans les archives du *contractant*, s'il y a lieu.

« *coma* » signifie un état d'inconscience totale duquel la personne ne peut pas être sortie. Une personne dans le coma ne répond pas aux stimulus externes et a besoin de façon continue de systèmes de maintien artificiel des fonctions vitales.

« *ceinture de sécurité* » signifie toute ceinture constituant un dispositif de retenue dans un *véhicule automobile*.

Aux fins de cette définition, le terme *ceinture de sécurité* englobe un dispositif de retenue pour enfant utilisé dans un *véhicule automobile* ainsi que tout dispositif d'attache qui fait partie d'une civière et dont on se sert pour véhiculer des malades et des blessés en ambulance.

« *conjoint* » signifie la personne:

- (a) à laquelle vous êtes légalement marié ou avec qui vous vivez en union civile; ou
- (b) qui cohabite dans une situation assimilable à une relation conjugale avec vous de façon permanente depuis au moins un (1) an avant la date de l'événement assuré.

Toutefois, si la personne est la mère ou le père biologique ou adoptif d'au moins un de vos enfants et qu'elle cohabite avec vous, la personne est réputée être un *conjoint* à compter de la date de la naissance ou de l'adoption de cet enfant, si cette date tombe avant la fin de la période d'un (1) an de cohabitation.

Une (1) seule personne est admissible à titre de *conjoint*. Si, tout en étant légalement marié ou en union civile, vous cohabitez avec une personne décrite au point b) ci-dessus, vous pouvez choisir par écrit quelle personne est assurée à titre de *conjoint* en vertu de la *police*. La déclaration doit être remise au *contractant* avant la réalisation du risque assuré, sans quoi elle ne lie pas l'*assureur*. Si aucune déclaration n'est remise, le *conjoint* sera la personne à laquelle vous êtes légalement marié ou avec qui vous vivez en union civile.

« *conseiller professionnel* » signifie un thérapeute ou un conseiller qui est inscrit ou détient un permis dans la région où il offre des traitements ou des conseils psychologiques.

Le *conseiller professionnel* ne peut pas résider habituellement avec l'*assuré*. Il ne peut être ni un *assuré*, ni un *membre de la famille immédiate*, ni une relation d'affaires de l'*assuré*.

« *contractant* » signifie Ville de Montréal.

« *début de l'invalidité totale* » signifie la date où l'*invalidité totale* de l'*assuré* déclarée par un *médecin* a commencé, pourvu qu'à cette date, l'*assuré* respecte, à la satisfaction de l'*assureur*, tous les critères d'*invalidité totale*.

« *déficience fonctionnelle* » signifie une limitation irréversible et grave de la capacité physique ou mentale d'une personne ou de ses habilités, qui empêche la personne de vivre de façon autonome.

« *employé* » signifie tout salarié canadien âgé de moins de soixante-dix (70) ans du *contractant*, qui travaille à plein temps (minimum vingt (20) heures par semaine, si applicable) sur base permanente pour le *contractant* ou qui est embauché sur base contractuelle par le *contractant*. L'*employé* est désigné dans le présent livret par les expressions « vous » et « votre ».

« *enfant à charge* » signifie un enfant biologique, un enfant adopté, un enfant du *conjoint* ou tout enfant avec lequel vous avez par ailleurs une relation parent-enfant. Il dépend de vous pour ses frais de subsistance et :

- (1) a moins de dix-huit (18) ans; ou
- (2) a moins de vingt-cinq (25) ans (vingt-six (26) ans au Québec) et fréquente à temps plein un *établissement d'enseignement post-secondaire*; ou

- (3) quel que soit son âge à la date de la demande de règlement, a été frappé d'une *déficience fonctionnelle* alors qu'il répondait à l'un des deux critères énoncés aux paragraphes 1) et 2) ci-haut. Une preuve de l'existence de cette *déficience fonctionnelle*, y compris la déclaration par un *médecin* de l'existence de cette déficience et du moment où elle s'est produite peut-être exiger par l'*assureur*. Par la suite, l'*assureur* peut exiger la présentation périodique d'autres preuves attestant à sa satisfaction que cette *déficience fonctionnelle* subsiste et que la définition d'*enfant à charge* s'applique par ailleurs à l'enfant, à défaut de quoi l'*assureur* peut établir que l'enfant n'est plus admissible à titre d'*enfant à charge* aux termes de la *police*.

« *établissement d'enseignement post-secondaire* » signifie une université, un collège, un cégep ou une école de formation professionnelle et technique exclusivement.

« *garderie* » ou *service de garde* signifie un établissement qui, tout en étant exploité en vertu de la législation en vigueur, notamment sur les garderies, offre sur une base régulière des soins et de la supervision à un groupe d'enfants. Sont exclus de la présente définition tout hôpital, le domicile de l'enfant ou l'école si les seuls services fournis à l'école le sont pendant les heures normales de classe de l'*enfant à charge* (jusqu'à la fin du secondaire).

« *hémiplégie* » signifie la *paralysie* permanente et la *perte* d'usage fonctionnelle du membre supérieur et du membre inférieur d'un même côté du corps.

« *hôpital* » signifie un établissement agréé à titre d'hôpital dans le territoire où il est situé. Pour satisfaire à cette définition, il doit s'agir d'un hôpital de soins actifs ouvert jour et nuit qui traite les malades et les blessés, qui compte en tout temps au moins un *médecin* de service, qui offre, vingt-quatre (24) heures sur vingt-quatre (24), des soins infirmiers dispensés par du personnel infirmier autorisé et qui dispose des installations nécessaires au diagnostic et à la chirurgie. Une clinique, une maison de repos, un centre d'hébergement, un hôpital pour convalescents ou tout établissement de même nature n'est pas un *hôpital*. Aux fins de la présente définition, un *hôpital* inclut un établissement réservé en tout ou en partie aux soins de réadaptation.

« *hébergement* » signifie l'hébergement dans un hôtel, un motel, une auberge, une chambre d'hôte ou un autre établissement du genre ainsi que la nourriture raisonnablement requise pendant l'hébergement; toutefois, aucune indemnité ne sera versée pour l'hébergement dans une résidence privée ou pour de la nourriture qui n'est pas consommée dans le cadre d'un repas par la personne qui demande un remboursement de dépenses.

« *indemnité quotidienne* » signifie un trentième d'un pour cent (1/30 de 1 %) du *capital assuré* de l'*assuré*, jusqu'à concurrence de deux mille cinq cent dollars (2 500 \$) par mois.

« *invalidité totale* » ou « *totalement invalide* », signifie ou renvoie directement à un état continu d'incapacité qui empêche l'*assuré* d'exercer toutes les fonctions usuelles et habituelles relatives à son emploi.

L'assuré sera réputé être *totale* *invalidé* seulement s'il ne tire pas de revenus d'un emploi après le *début de son invalidité totale*, directement ou indirectement, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation approuvé par l'assureur.

Pour qu'une *invalidité totale* soit reconnue, l'état de l'assuré doit exiger que des *soins et suivi normaux* lui soient prodigués par un *médecin* ou un spécialiste pertinent. La preuve des *soins et suivi normaux* doit être jugée satisfaisante par l'assureur.

« *jour d'hospitalisation* » signifie toute *période d'hospitalisation* nécessaire correspondant à la facturation d'hôpital pour une journée complète.

« *lésion cérébrale* » signifie une lésion cérébrale physique irréversible entraînant une incapacité complète à exécuter les tâches et les activités essentielles et importantes de la vie quotidienne.

« *maladie* ou *affection* » signifie l'altération de l'état de santé, attribuée à des causes internes ou externes, se traduisant par des symptômes et/ou des signes objectivement vérifiables et se manifestant par une détérioration des fonctions physiologiques ou mentales.

« *médecin* » signifie une personne dûment autorisée à exercer la médecine et à prodiguer des traitements conformément au permis qui lui a été octroyé par un des organismes suivants :

- (a) un organisme agréé chargé de la délivrance des permis d'exercice dans la région d'administration des soins et dont le *médecin* est membre en règle; ou
- (b) un organisme gouvernemental ayant compétence sur la délivrance des permis d'exercer dans la région d'administration des soins.

Le *médecin* ne peut pas résider habituellement avec l'assuré. Il ne peut être ni un assuré, ni un *membre de la famille immédiate* de l'assuré, ni une relation d'affaires de l'assuré.

« *membre de la famille immédiate* » signifie toute personne d'au moins dix-huit (18) ans, qu'il s'agisse du fils, de la fille, du père, de la mère, du frère, de la sœur, du beau-fils, de la belle-fille, du beau-père, de la belle-mère, du beau-frère, de la belle-sœur, de l'oncle, de la tante, du neveu, de la nièce, du petit-fils, de la petite-fille, du grand-père, de la grand-mère (peu importe que le lien soit biologique ou qu'il découle d'une adoption ou d'un remariage) ou du conjoint de l'assuré.

« *paralysie* » signifie la perte de la motricité d'une ou de plusieurs parties du corps.

« *paraplégie* » signifie la paralysie permanente et la perte d'usage fonctionnelle des deux (2) membres inférieurs.

« *période d'hospitalisation* » signifie un séjour unique et ininterrompu à l'hôpital ou plusieurs séjours successifs à l'hôpital résultant d'un (1) seul *accident*, sous réserve toutefois que l'intervalle entre chaque séjour soit de moins de quatre-vingt-dix (90) jours consécutifs et que tous les séjours se produisent dans les sept cent trente (730) jours de la date de l'*accident*.

« *perte accidentelle* » signifie la *perte de la vie*, une *perte*, la *perte de l'usage*, la *quadriplégie*, la *paraplégie* ou l'*hémiplégie*, le tout au sens donné dans le présent chapitre de ce livret.

« *perte de la vie* » signifie le décès de l'assuré.

« *perte de l'usage* » signifie l'incapacité totale d'utiliser une partie du corps, cette incapacité devant se poursuivre pendant douze (12) mois consécutifs au terme desquels elle est déclarée permanente par un *médecin*.

« *perte* » signifie :

- (a) dans le cas d'une main ou d'un pied, le sectionnement total et irrémédiable à l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus, mais en dessous de l'articulation du coude ou du genou;
- (b) dans le cas d'un bras ou d'une jambe, le sectionnement total et irrémédiable à l'articulation du coude ou du genou ou au-dessus;
- (c) dans le cas d'un pouce, le sectionnement total et irrémédiable d'une (1) phalange;
- (d) dans le cas d'un doigt, le sectionnement total et irrémédiable de deux (2) phalanges;
- (e) dans le cas d'un orteil, le sectionnement total et irrémédiable d'une (1) phalange du gros orteil et de toutes les phalanges des autres orteils;
- (f) dans le cas d'un œil, la perte totale et irrémédiable de la vue, cette perte étant déclarée irrémédiable par un médecin;
- (g) dans le cas de la parole, la perte totale et irrémédiable de la capacité d'émettre des sons intelligibles, cette perte étant déclarée irrémédiable par un médecin;
- (h) dans le cas de l'ouïe, la perte totale et irrémédiable de l'ouïe, cette perte étant déclarée irrémédiable par un médecin.

« *police* » signifie la *police* n° 1SP95 ainsi que la Proposition-cadre qui y est jointe, tout avenant et tous documents joints.

« *quadruplégie* » signifie la *paralysie* permanente et la perte d'usage fonctionnelle des deux (2) membres supérieurs et des deux (2) membres inférieurs.

« *soins et suivi normaux* » signifie les observations et les soins nécessaires, selon les normes actuelles et reconnues de la médecine.

« *sous l'influence de l'alcool ou de drogues* » signifie que le taux d'alcool dans le sang du conducteur est tel, et/ou que ses facultés sont affaiblies en raison de la consommation d'alcool, de stupéfiants ou d'autres drogues de telle façon qu'il serait passible d'une poursuite en vertu des lois provinciales, fédérales ou étatiques même s'il n'a pas fait l'objet d'une telle poursuite.

« *tarif* » signifie le tarif régulier facturé pour :

- (1) un siège en classe économique sur un vol régulier d'un transporteur aérien régulier national ou international;
- (2) un siège en voiture coach dans un train de passagers;
- (3) un siège régulier dans un autobus-voyageurs;
- (4) la traversée en classe économique sur un bateau.

Chacun de ces transporteurs doit détenir un certificat en cours de validité émis par Transport Canada ou, s'il est assujéti à la réglementation d'un autre pays, par une autorité gouvernementale similaire ayant compétence dans ce pays.

« *transport* » signifie le déplacement d'un endroit à l'autre au moyen d'un *véhicule automobile* privé ou public, d'un autobus, d'un train, d'un bateau, d'un traversier, d'un avion ou d'un hélicoptère.

« *véhicule automobile* » signifie une voiture de tourisme, une fourgonnette, un véhicule tout-terrain, un véhicule utilitaire sport (VUS), un camion, une ambulance ou tout type de véhicule automobile utilisé par les corps de police municipaux, provinciaux ou fédéraux.

« *voyage d'affaires* » signifie tout voyage entrepris dans le cours normal de l'emploi de l'assuré auprès du *contractant*, à l'exclusion du trajet pour se rendre à son lieu de travail et en revenir.

Dans ce livret, le masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

CARACTÉRISTIQUES DU RÉGIME

Admissibilité

Le régime d'assurance Décès et Mutilation Accidentels est offert aux *employés* du *contractant*.

En tant qu'*employé* du *contractant*, vous êtes admissible au régime d'assurance Décès et Mutilation Accidentels si vous travaillez à plein temps sur base permanente ou sur base contractuelle, êtes canadien et n'avez toujours pas atteint l'âge de soixante-dix (70) ans. Si vous êtes absent du travail pour tout autre motif que : maladie ou blessure; mise à pied temporaire ou congé autorisé; congé de maternité/parental, vous ne serez admissible qu'à votre retour actif au travail.

Description des personnes admissibles :

Classe V : Tous les employés cols blancs permanents du contractant résidant au Canada, de moins de soixante-dix (70) ans.

Classe VI : Tous les employés cols blancs à temps partiel avec droit acquis contractant résidant au Canada, de moins de soixante-dix (70) ans.

Montant de la couverture Régime obligatoire

Le régime d'assurance Décès et Mutilation Accidentels vous est offert sous forme de régime collectif obligatoire.

Le montant du *capital assuré* selon votre classification d'employé correspond à :

Classe V et VI :

Plan de Base : 10 000 \$

« Rémunération annuelle » signifie le salaire annuel tel que prévoit le régime d'assurance collective du contractant.

Entrée en vigueur de la couverture individuelle Régime obligatoire

Votre couverture individuelle entrera en vigueur :

- à la date d'entrée en vigueur de la police si vous rencontrez chacun des critères d'admissibilité énoncés au chapitre « Admissibilité » de ce livret à la date d'entrée en vigueur de la police ou avant celle-ci;
- le premier (1^{er}) du mois qui coïncide avec ou qui suit la date à laquelle vous rencontrez les critères d'admissibilité énoncés au chapitre « Admissibilité » de ce livret, si vous devenez admissible après l'entrée en vigueur de la police.

Résiliation de la couverture individuelle

Votre couverture prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- (1) à la date de la résiliation de la *police*;
- (2) à la date d'échéance de la prime si le *contractant* n'acquitte pas la prime exigible, sauf en cas d'erreur commise par inadvertance;
- (3) à la date d'échéance de la prime coïncidant avec ou suivant la date à laquelle vous atteignez l'âge de soixante-dix (70) ans;
- (4) à la date d'échéance de la prime coïncidant avec ou suivant la date où vous cessez d'être au service actif du *contractant* en raison d'une absence autorisée, d'une mise à pied, d'un congé de maternité ou d'un congé parental, d'une invalidité, d'une démission, d'un congédiement ou de la retraite, sauf comme il est prévu aux chapitres suivants du présent livret :
 - Exonération de primes
 - Maintien de l'assurance lors d'une absence autorisée
 - Maintien de l'assurance.

Le régime d'assurance peut être annulé par le *contractant* s'il envoie par la poste à l'assureur un préavis par écrit l'informant de la date de résiliation. Le programme peut également être annulé par l'*assureur* s'il envoie par la poste au *contractant*, à l'adresse figurant dans la *police*, un préavis par écrit d'au moins quatre-vingt-dix (90) jours précédant l'anniversaire de la *police* et l'informant de la date de résiliation. L'envoi par la poste est une preuve suffisante de la délivrance du préavis susmentionné. La date stipulée dans le préavis est la date d'expiration de la période d'assurance. La délivrance en personne (par le *contractant* ou l'*assureur*) a le même effet que son envoi par la poste.

GARANTIES DU RÉGIME

Indemnité en cas de perte accidentelle

Lorsque, dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date d'un *accident*, un *assuré* subit une des *pertes accidentelles* énumérées ci-dessous par suite d'une *blessure* résultant de cet *accident*, l'*assureur* versera des prestations comme suit :

Perte

La vie.....	Le <i>capital assuré</i>
La vue complète des deux yeux.....	Le <i>capital assuré</i>
La parole et l'ouïe des deux oreilles.....	Le <i>capital assuré</i>
Une main et la vue complète d'un œil.....	Le <i>capital assuré</i>
Un pied et la vue complète d'un œil.....	Le <i>capital assuré</i>
La vue complète d'un œil.....	Les trois quarts du <i>capital assuré</i>
La parole.....	Les trois quarts du <i>capital assuré</i>
L'ouïe des deux oreilles.....	Les trois quarts du <i>capital assuré</i>
L'ouïe d'une oreille.....	Les deux cinquièmes du <i>capital assuré</i>
Tous les orteils d'un pied.....	Le tiers du <i>capital assuré</i>

Perte ou perte de l'usage

Les deux mains.....	Le <i>capital assuré</i>
Les deux pieds.....	Le <i>capital assuré</i>
Une main et un pied.....	Le <i>capital assuré</i>
Un bras.....	Les quatre cinquièmes du <i>capital assuré</i>
Une jambe.....	Les quatre cinquièmes du <i>capital assuré</i>
Une main.....	Les trois quarts du <i>capital assuré</i>
Un pied.....	Les trois quarts du <i>capital assuré</i>
Le pouce et l'index ou au moins quatre doigts d'une main.....	Les deux cinquièmes du <i>capital assuré</i>

Paralysie

Les quatre membres (<i>quadriplégie</i>).....	Le double du <i>capital assuré</i>
Les deux membres inférieurs (<i>paraplégie</i>).....	Le double du <i>capital assuré</i>
Une moitié du corps (<i>hémiplégie</i>).....	Le double du <i>capital assuré</i>

Toutefois, en ce qui concerne la *quadriplégie*, la *paraplégie* et l'*hémiplégie*, si l'*assuré* décède dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de l'*accident*, les prestations payables par l'*assureur* se limiteront au *capital assuré*.

Les prestations prévues aux termes du présent chapitre pour toutes les *pertes accidentelles* subies par un assuré par suite d'un (1) seul *accident* ne dépasseront pas ce qui suit :

- (a) Le *capital assuré*, sauf dans les cas de *quadriplégie*, de *paraplégie* ou d'*hémiplégie*; ou
- (b) Le double du *capital assuré* en cas de *quadriplégie*, de *paraplégie* et d'*hémiplégie*, pourvu que l'*assuré* survive plus de quatre-vingt-dix (90) jours après la date de l'*accident*.

Aux termes du présent chapitre, en aucun cas l'*assureur* ne paiera plus du double du *capital assuré* par suite du même *accident*, sans égard à la combinaison des pertes subies.

Indemnités Décès et Mutilation Accidentels couvertes

Indemnité de greffage par chirurgie

Si un membre, ou un appendice, ou une partie d'un membre ou d'un appendice de l'*assuré* est sectionné complètement par suite d'une *blessure*, et que ce membre, cet appendice ou cette partie de membre ou d'appendice sectionné est par la suite greffé par chirurgie dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date de l'*accident* ayant causé cette *blessure*, l'*assureur* versera alors à l'*assuré* les prestations suivantes :

- (1) que l'*assuré* regagne ou non l'usage de son membre, de son appendice ou de la partie du membre ou de l'appendice sectionné, l'*assureur* versera des prestations correspondant à 50 % des prestations qui auraient été payables en vertu du chapitre « Indemnité en cas de Perte accidentelle » du présent livret pour la *perte* de ce membre, de cet appendice ou de cette partie de membre ou d'appendice si le greffage par chirurgie n'avait pas été effectué;
- (2) si, après le greffage du membre, de l'appendice ou de la partie de membre ou d'appendice sectionné et dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date de l'*accident* ayant causé cette *blessure*, l'*assuré* subit une *perte de l'usage* irréversible, totale et permanente de ce membre, de cet appendice ou de cette partie de membre ou d'appendice greffé, l'*assureur* versera pour cette *perte de l'usage* les prestations prévues au chapitre « Indemnité en cas de Perte accidentelle » du présent livret, déduction faite de tout autre montant payé ou payable conformément au paragraphe (1) ci-dessus du présent chapitre « Indemnité de greffage par chirurgie »;

- (3) si, après le greffage du membre, de l'appendice ou de la partie de membre ou d'appendice sectionné et dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date de l'*accident* ayant causé cette *blessure*, le greffage ne réussit pas et que le membre, l'appendice ou la partie de membre ou d'appendice doit être amputé, l'*assureur* versera pour la *perte* de ce membre, de cet appendice ou de cette partie de membre ou d'appendice les prestations prévues au chapitre « Indemnité en cas de Perte accidentelle » du présent livret, déduction faite de tout autre montant payé ou payable conformément aux paragraphes (1) et (2) du présent chapitre « Indemnité de greffage par chirurgie ».

Les prestations payables en vertu du présent chapitre et au chapitre « Indemnité en cas de Perte accidentelle » du présent livret à un même assuré à la suite d'un (1) seul *accident* ne dépasseront pas le *capital assuré*.

Indemnité de rapatriement

Si, par suite de la *perte de la vie* de l'*assuré* découlant d'une *blessure* subie à plus de cinquante kilomètres (50 km) de sa résidence habituelle, des prestations sont payables en vertu du chapitre « Indemnité en cas de Perte accidentelle » du présent livret, l'*assureur* remboursera les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés pour le transport, y compris la préparation en vue du transport, du corps de l'*assuré* jusqu'à l'endroit de repos choisi (notamment un salon funéraire ou un lieu d'inhumation) à proximité de la résidence habituelle de l'*assuré* décédé, jusqu'à concurrence d'une somme globale de vingt-cinq mille dollars (25 000 \$) à l'égard de la totalité des frais payés en vertu du présent chapitre par suite d'un (1) seul *accident*.

Les prestations prévues par le présent chapitre seront payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Le montant payable en vertu du présent chapitre est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'*assureur* au nom du *contractant*.

Indemnité d'études

Si vous décédez des suites d'une *blessure* et que des prestations sont payables en vertu du chapitre « Indemnité en cas de Perte accidentelle » du présent livret, l'*assureur* paiera les frais de scolarité raisonnables et nécessaires de chacun des *enfants à charge* qui, à la date du décès de l'*assuré* ou dans les trois cent soixante-cinq (365) jours qui suivent, sont inscrits ou s'inscrivent à plein temps dans un *établissement d'enseignement post-secondaire*, jusqu'à concurrence du moins élevé des montants suivants :

- (a) cinq pour cent (5 %) du *capital assuré* de l'*assuré* décédé; ou
- (b) cinq mille dollars (5 000 \$),

par *enfant à charge* pour chaque année (pendant un maximum de cinq (5) années consécutives) où l'*enfant à charge* y est effectivement inscrit à plein temps.

La somme maximale payable en vertu de ce chapitre ne peut dépasser un plafond annuel de cinq mille dollars (5 000 \$) par *enfant à charge*.

Le versement des prestations s'effectue chaque année dès réception par l'*assureur* d'une preuve qu'il juge satisfaisante de l'inscription à plein temps de l'*enfant à charge* dans un *établissement d'enseignement post-secondaire*. Aucun montant ne sera versé à l'égard de frais engagés avant la *perte de la vie* de l'*assuré* ni pour les frais de pension, les livres et les autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Les prestations prévues par le présent chapitre seront payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Le montant payable en vertu du présent chapitre est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'*assureur* au nom du *contractant*.

Indemnité de garde d'enfants

Si vous décédez des suites d'une *blessure* et que des prestations sont payables en vertu du chapitre « Indemnité en cas de Perte accidentelle » du présent livret, l'*assureur* s'engage à rembourser les frais de garde raisonnables et nécessaires effectivement engagés relativement aux services de garderie pour les *enfants à charge* ayant moins de treize (13) ans à la date du décès de l'*assuré* et qui, à la date du décès de l'*assuré* ou dans les trois cent soixante-cinq (365) jours qui suivent, sont inscrits ou s'inscrivent dans une *garderie*, jusqu'à concurrence du moins élevé des montants suivants :

- (a) cinq pour cent (5 %) du *capital assuré* de l'*assuré* décédé; ou
- (b) cinq mille dollars (5 000 \$),

par *enfant à charge* pour chaque année (pendant un maximum de cinq (5) années consécutives) où l'*enfant à charge* y est effectivement inscrit.

La somme maximale payable en vertu de ce chapitre ne peut dépasser un plafond annuel de cinq mille dollars (5 000 \$) par *enfant à charge*.

Le versement des prestations s'effectue chaque année dès réception par l'*assureur* d'une preuve qu'il juge satisfaisante de l'inscription dans une *garderie*, mais aucun montant ne sera versé à l'égard de frais engagés avant la *perte de la vie* de l'*assuré* ni pour les frais de pension et les autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Les prestations prévues par ce chapitre seront payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Le montant payable en vertu du présent chapitre est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'*assureur* au nom du *contractant*.

Si aucun *enfant en charge* ne remplit ces conditions ou celles du chapitre « Indemnité d'études » du présent livret, l'*assureur* versera à votre bénéficiaire une somme correspondant au moins élevé des montants suivants :

- (a) cinq pour cent (5 %) du *capital assuré* de l'*assuré* décédé; ou
- (b) deux mille cinq cents dollars (2 500 \$),

en vertu d'une (1) seule police de l'*assureur*.

Indemnité de réadaptation professionnelle

Si vous souffrez d'une *perte accidentelle* découlant d'une *blessure* et que des prestations sont payables en vertu du chapitre « Indemnité en cas de Perte accidentelle » du présent livret et que vous devez en raison de cette *blessure* vous inscrire à un programme de réadaptation professionnelle qui vous permet d'acquérir les compétences propres à l'occupation d'un emploi que vous n'auriez pas occupé sans cette *blessure*, l'*assureur* s'engage à rembourser les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés par vous pour ce programme au cours des trois (3) années suivant la perte. L'indemnité ne couvre ni les frais de pension ni les autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Le montant global versé par l'*assureur* pour l'ensemble des frais engagés par vous en vertu du présent chapitre se limite à quinze mille dollars (15 000 \$) par suite d'un (1) seul *accident*.

Le montant payable en vertu du présent chapitre est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'*assureur* au nom du *contractant*.

Indemnité de modification du lieu de travail et d'adaptation

Si vous souffrez d'une *perte accidentelle* découlant d'une *blessure* et que des prestations sont payables en vertu du chapitre « Indemnité en cas de Perte accidentelle » du présent livret et que vous devez, pour pouvoir raisonnablement reprendre le travail actif auprès du *contractant*, voir votre lieu de travail faire l'objet de modifications et/ou être muni d'un équipement adapté, l'*assureur* remboursera les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés par le *contractant*, sous réserve de ce qui suit :

- (1) le *contractant* convient par écrit de mettre à votre disposition l'équipement adapté et/ou de modifier le lieu de travail pour le rendre accessible et répondre ainsi à vos nouveaux besoins; et
- (2) le *contractant* reconnaît par écrit que l'exercice des tâches essentielles de votre emploi sera compromis si les modifications ou l'adaptation ne sont pas effectuées; et
- (3) l'acquisition du matériel adapté et/ou la modification du lieu de travail doivent recevoir l'approbation préalable écrite de l'*assureur*.

L'*assureur* a le droit de vous faire examiner par un professionnel de son choix et d'évaluer ainsi la pertinence des modifications ou de l'équipement proposés.

Les prestations prévues par le présent chapitre sont versées au *contractant* dès votre retour au travail actif auprès du *contractant* et dès que l'*assureur* reçoit par écrit l'attestation des frais engagés. Si aucuns frais ne sont engagés pour offrir l'équipement adapté ou modifier le lieu de travail, aucune indemnité n'est versée.

Le montant global versé par l'*assureur* pour l'ensemble des frais engagés par le *contractant* en vertu du présent chapitre se limite à cinq mille dollars (5 000 \$) pour un (1) seul *accident*.

Le montant payable en vertu du présent chapitre est coordonné à toute autre indemnité de même nature versée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'*assureur* au nom du *contractant*.

Indemnité de formation professionnelle

Si vous décédez des suites d'une *blessure* et que des prestations sont payables en vertu du chapitre « Indemnité en cas de Perte accidentelle » du présent livret, l'*assureur* remboursera les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés par votre *conjoint*, dans les trois (3) années qui suivent cette perte, pour participer à un programme officiel de formation professionnelle qui lui permet d'acquérir les compétences propres à l'occupation d'un emploi qu'il n'aurait pas été apte à exercer autrement. L'indemnité ne couvre ni les frais de pension ni les autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Le montant global versé par l'*assureur* pour l'ensemble des frais engagés par votre *conjoint* en vertu du présent chapitre se limite à quinze mille dollars (15 000 \$).

Les prestations prévues par le présent chapitre seront payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Le montant payable en vertu du présent chapitre est coordonné à toute autre indemnité de même nature versée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'*assureur* au nom du *contractant*.

Indemnité d'invalidité totale permanente

Si, par suite d'une *blessure*, vous devenez *totalelement invalide* dans les trois cent soixante-cinq (365) jours qui suivent la date de l'*accident* ayant entraîné la *blessure* et que cette *invalidité totale* se poursuit pendant douze (12) mois consécutifs après le *début de l'invalidité totale*, au terme desquels elle est permanente, l'*assureur* paiera le *capital assuré*, déduction faite de tout montant payé ou payable en raison de l'*accident* en question en vertu du chapitre « Indemnité en cas de Perte accidentelle » du présent livret.

Indemnité de déplacement pour raisons familiales

Si, par suite d'une *perte accidentelle* découlant d'une *blessure*, des prestations sont payables à l'*assuré* en vertu du chapitre « Indemnité en cas de Perte accidentelle » du présent livret et que l'*assuré* reçoit les soins normaux d'un *médecin*, l'*assureur* remboursera les frais raisonnables et nécessaires de *transport* aller-retour effectivement engagés par un (1) seul *membre de la famille immédiate* ou représentant de la famille pour se rendre de sa résidence habituelle au chevet de l'*assuré* par le trajet le plus court et l'*hébergement* à proximité, si l'*assuré* ne voyageait pas accompagné d'un *membre de sa famille immédiate*. L'indemnité ne couvre pas les frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Aucune prestation ne sera versée en vertu du présent chapitre si l'*assuré* séjourne dans un *hôpital* situé à cinquante kilomètres (50 km) ou moins de sa résidence habituelle.

Le remboursement des frais de *transport* se limite à un seul voyage aller-retour au chevet de l'*assuré* pendant son séjour à l'*hôpital*. Plusieurs moyens de *transport* peuvent être utilisés au besoin, mais le remboursement se limite aux *tarifs* raisonnables exigés pour un seul aller-retour. Si on se déplace dans un *véhicule* automobile autre qu'un véhicule exploité sous permis pour véhiculer des passagers, le remboursement des frais de *transport* se limite alors à trente-cinq cents (0,35 \$) le kilomètre.

La somme maximale payable en vertu du présent chapitre ne peut dépasser un plafond de quinze mille dollars (15 000\$) par suite d'un (1) seul *accident*.

Les prestations prévues par le présent chapitre seront payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Le montant payable en vertu du présent chapitre est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'*assureur* au nom du *contractant*.

Indemnité d'identification de la dépouille

Si, par suite de la *perte de la vie* de l'*assuré* découlant d'une *blessure*, des prestations sont payables en vertu du chapitre « Indemnité en cas de Perte accidentelle » du présent livret et que les forces policières ou un autre organisme gouvernemental de même nature exigent l'identification de la dépouille, l'*assureur* remboursera les frais raisonnables et nécessaires de *transport* aller-retour effectivement engagés par un (1) seul *membre de la famille immédiate* ou représentant de la famille pour se rendre de sa résidence habituelle à l'endroit où se trouve la dépouille par le trajet le plus court et l'*hébergement* à proximité, si, au moment du décès, l'*assuré* ne voyageait pas accompagné d'un *membre de sa famille immédiate*. Aucun montant ne sera versé à l'égard des autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Aucune prestation ne sera versée en vertu du présent chapitre si la dépouille de l'*assuré* se trouve à cinquante kilomètres (50 km) ou moins de sa résidence habituelle.

Le remboursement des frais de *transport* se limite à un seul voyage aller-retour pour identifier la dépouille de l'*assuré*. Plusieurs moyens de *transport* peuvent être utilisés au besoin, mais le remboursement se limite aux *tarifs* raisonnables exigés pour un seul aller-retour. Si on se déplace dans un *véhicule automobile* autre qu'un véhicule exploité sous permis pour véhiculer des passagers, le remboursement des frais de *transport* se limite alors à trente-cinq cents (0,35 \$) le kilomètre.

La somme maximale payable en vertu du présent chapitre ne peut dépasser un plafond de quinze mille dollars (15 000\$) par suite d'un (1) seul *accident*.

Les prestations prévues par le présent chapitre seront payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Le montant payable en vertu du présent chapitre est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'*assureur* au nom du *contractant*.

Indemnité de port de la ceinture de sécurité

Si, par suite d'une *perte accidentelle* subie par l'*assuré* et découlant d'une *blessure* alors qu'il se trouve à bord d'un *véhicule automobile*, à titre de conducteur ou de passager et que sa *ceinture de sécurité* est bien attachée au moment de l'*accident*, des prestations sont payables en vertu du chapitre « Indemnité en cas de Perte accidentelle » du présent livret, l'*assureur* versera une somme supplémentaire correspondant à dix pour cent (10 %) du montant payable en vertu du chapitre « Indemnité en cas de Perte accidentelle » du présent livret, sous réserve toutefois d'un maximum de cinquante mille dollars (50 000 \$).

Le montant payable en vertu de la présente disposition est coordonné à toute autre indemnité de même nature versée ou payable en vertu de tout autre contrat établi par l'*assureur* au nom du *contractant*.

Au moment de l'*accident*, le conducteur du *véhicule automobile* doit avoir un permis en règle lui permettant de conduire le type de véhicule en cause, et ne pas être *sous l'influence de l'alcool ou de drogues*.

Une preuve du port de la *ceinture de sécurité* que l'*assureur* juge satisfaisante doit être présentée avec la preuve écrite de la perte.

Indemnité d'aménagement de la résidence et/ou d'un véhicule

Si, par suite d'une des *pertes accidentelles* suivantes subies par l'*assuré* et découlant d'une *blessure* :

- (1) *perte* des deux pieds ou des deux jambes; ou
- (2) *perte* de l'usage des deux pieds ou des deux jambes; ou
- (3) *quadriplégie, paraplégie ou hémip légie*,

des prestations sont payables en vertu du chapitre « Indemnité en cas de Perte accidentelle » du présent livret et que l'*assuré* ne peut se déplacer qu'en fauteuil roulant en raison de cette perte, l'*assureur* s'engage à rembourser les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés par l'*assuré* dans les trois (3) années qui suivent la *perte* pour les travaux d'aménagement de la résidence et/ou d'un véhicule comme il est prévu dans le présent chapitre.

Pour donner droit aux prestations en vertu du présent chapitre, l'aménagement doit permettre à l'*assuré* d'avoir accès à sa résidence ou à son véhicule en fauteuil roulant et doit être approuvé, si la loi l'exige, par les autorités chargées de la délivrance des permis.

La somme maximale payable en vertu du présent chapitre par l'*assureur* se limite à quinze mille dollars (15 000 \$) pour un (1) seul *accident*.

Le montant payable en vertu du présent chapitre est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'*assureur* au nom du *contractant*.

Indemnité hospitalière

Si, par suite d'une *perte accidentelle* subie par l'*assuré* et découlant d'une *blessure*, des prestations sont payables en vertu du chapitre « Indemnité en cas de Perte accidentelle » du présent livret et que l'*assuré* doit séjourner à l'*hôpital* à cause de la *blessure* et recevoir les *soins et suivi normaux* d'un *médecin* pendant au moins quatre (4) jours consécutifs, l'*assureur* versera une *indemnité quotidienne*, à la condition toutefois que la *période d'hospitalisation* soit nécessaire au traitement de la *blessure*. Cette *indemnité quotidienne* est versée à compter du premier (1^{er}) *jour d'hospitalisation*, jusqu'à un maximum de trois cent soixante-cinq (365) jours par *accident*.

Par dérogation à toute stipulation contraire de la *police*, une *période d'hospitalisation* nécessaire au traitement d'une *blessure* non couverte en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle » est couverte aux termes de la présente disposition pourvu qu'elle commence :

- (1) au cours des trois cent soixante-cinq (365) jours suivant l'*accident* à l'origine de la *blessure*; et
- (2) pendant que la couverture individuelle de l'*assuré* aux termes de la *police* est en vigueur.

Cette *indemnité quotidienne* sera calculée à compter du premier (1^{er}) *jour d'hospitalisation*, à la condition que l'*assuré* soit hospitalisé pendant au moins quatre (4) jours consécutifs.

Dans le cas de toutes les *blessures* de l'*assuré* résultant d'un (1) seul *accident*, une seule *période d'hospitalisation* est payable.

Le montant payable en vertu de la présente disposition est coordonné à toute autre indemnité de même nature versée ou payable en vertu de tout autre contrat établi par l'*assureur* au nom du *contractant*.

Assurance aviation

L'assurance offerte par la *police* couvre toute perte découlant d'une *blessure* subie par l'*assuré* dans les circonstances décrites ci-après et en raison de celles-ci :

- (a) tout voyage à titre de passager, et non en qualité de membre de l'équipage, notamment le pilote, à bord d'un aéronef dont le certificat de navigabilité est en règle et qui est piloté par une personne possédant un brevet de pilote en règle correspondant au type d'aéronef;
- (b) tout voyage à titre de passager, et non en qualité de membre de l'équipage, notamment le pilote, à bord d'un aéronef exploité par les Forces armées canadiennes ou par les forces armées d'une autorité gouvernementale dûment constituée de tout autre pays reconnu;
- (c) l'embarquement dans un aéronef, la descente d'un aéronef ou le heurt par un aéronef.

Toutefois, la couverture ne couvre pas les *blessures* subies à l'occasion d'un voyage à bord d'un aéronef appartenant au *contractant* ou encore exploité, loué ou nolisé par lui ou en son nom.

Couverture pour exposition aux éléments et disparition

Si l'*assuré* est inévitablement exposé aux éléments et que, en conséquence directe, il subit une *perte accidentelle* qui aurait donné droit à des prestations en vertu du chapitre « Indemnité en cas de Perte accidentelle » du présent livret si la perte avait été causée par un *accident*, l'*assureur* paiera le montant prévu au chapitre « Indemnité en cas de Perte accidentelle » du présent livret pour cette perte.

Si l'*assuré* n'est pas retrouvé dans l'année qui suit la date de la disparition, le naufrage ou la destruction du véhicule à bord duquel il se trouvait à ce moment-là et dans des circonstances qui seraient normalement couvertes en vertu du chapitre « Indemnité en cas de Perte accidentelle », on présumera la *perte de la vie* de l'*assuré* par suite d'une *blessure* au moment de la disparition, du naufrage ou de la destruction.

Indemnité de lésion cérébrale

Si, par suite d'une *blessure*, l'*assuré* subit une *lésion cérébrale*, l'*assureur* versera le *capital assuré*, déduction faite de tout autre montant payé ou payable en vertu du chapitre « Indemnité en cas de Perte accidentelle » du présent livret en raison de l'*accident* en question, à la condition que :

- (1) la *lésion cérébrale* survienne dans les cent vingt (120) jours suivant l'*accident*; et
- (2) la *lésion cérébrale* nécessite l'hospitalisation de l'*assuré* pendant au moins sept (7) des cent vingt (120) jours suivant la *blessure*; et

- (3) un *médecin* détermine, à la satisfaction de l'*assureur*, que l'*assuré* a démontré des signes de *lésion cérébrale* pendant au moins six (6) mois consécutifs.

Maintien de l'assurance

Votre couverture individuelle en vertu de la *police* sera maintenue en vigueur pour une période allant jusqu'à douze (12) mois lorsque le *contractant* met fin à votre emploi, si ce maintien en vigueur de l'assurance est exigé par une loi provinciale ou fédérale applicable en matière d'emploi ou par une convention d'indemnité de départ reçue par vous de la part du *contractant* et que le paiement des primes se poursuit.

Ce maintien de l'assurance prendra fin à 0 h 01, heure normale, le premier (1^{er}) jour du mois suivant la fin de la période de douze (12) mois ou la date à laquelle vous retournez au travail à tout titre, selon la première de ces éventualités.

Le maintien de l'assurance pour des périodes de plus de douze (12) mois peut être octroyée, sous réserve d'une demande écrite soumise par le *contractant* à l'*assureur* ou lorsqu'une loi le prévoit.

La couverture fournie en raison du maintien de l'assurance aux termes du présent chapitre sera sous réserve des conditions de la *police* qui s'appliquent à la date de la cessation d'emploi, y compris toute disposition prévoyant la réduction du montant d'assurance.

Nonobstant toute stipulation contraire de la *police*, la prestation payable en raison d'un événement couvert survenu pendant le maintien en vigueur de la couverture en vertu du présent chapitre ne peut en aucun cas dépasser le montant qui vous aurait été payable à la date de la cessation d'emploi.

Maintien de l'assurance lors d'une absence autorisée

La couverture individuelle en vertu de la *police* sera maintenue en vigueur pour vous pendant :

- votre absence autorisée;
- votre mise à pied temporaire;
- votre congé de maternité/parental; ou
- votre congé pour invalidité,

pourvu que le paiement de la prime se poursuive.

Le maintien en vigueur de la couverture prendra fin à 0 h 01, heure normale :

- (1) à l'égard de toute absence autorisée par le *contractant*, le premier (1^{er}) jour du mois suivant la fin d'une période de douze (12) mois ayant commencé à la date à laquelle cette absence autorisée a débuté ou à la date à laquelle vous retournez au travail à tout titre pour le *contractant* ou un autre employeur, y compris un travail autonome, selon la première de ces éventualités. Le maintien en vigueur de la couverture pour des périodes de plus de douze (12) mois peut être octroyé, sous réserve d'une demande écrite soumise par le *contractant* à l'assureur;
- (2) à l'égard de toute mise à pied temporaire autorisée par le *contractant*, le premier (1^{er}) jour du mois suivant la fin d'une période de six (6) mois ayant commencé à la date à laquelle cette mise à pied temporaire a débuté ou à la date à laquelle vous retournez au travail à tout titre pour le *contractant* ou un autre employeur, y compris un travail autonome, selon la première de ces éventualités. Le maintien en vigueur de la couverture pour des périodes de plus de six (6) mois peut être octroyé, sous réserve d'une demande écrite soumise par le *contractant* à l'assureur;
- (3) à l'égard d'un congé de maternité ou d'un congé parental autorisé par le *contractant*, à la date à laquelle vous retournez au travail à tout titre pour le *contractant* ou un autre employeur, y compris un travail autonome; et
- (4) à l'égard d'une absence pour invalidité autorisée par le *contractant*, à la date à laquelle vous atteignez l'âge de soixante-dix (70) ans, êtes admissible à une exonération de primes ou retournez au travail à tout titre, selon la première de ces éventualités.

La couverture fournie en raison du maintien en vigueur aux termes du présent chapitre sera sous réserve des conditions de la *police* qui s'appliquent au début de l'absence, y compris toute disposition prévoyant la réduction du montant d'assurance.

Nonobstant toute stipulation contraire de la *police*, la prestation payable en raison d'un événement couvert survenu pendant le maintien en vigueur de la couverture individuelle aux termes du présent chapitre ne peut en aucun cas dépasser le montant qui aurait été payable à l'assuré au début de votre absence.

Exonération de primes

Lorsqu'en vertu de la disposition d'exonération de primes du régime de base d'assurance-vie collective du *contractant*, votre assurance-vie est étendue par suite d'une invalidité totale découlant d'une *maladie* ou *affection*, ou d'une *maladie* ou *affection* liée à la grossesse, ou d'une *blessure* ou d'un *accident*, la couverture prévue par la *police* est également étendue et l'exonération de primes entre en jeu.

L'exonération des primes cesse à la plus rapprochée des dates suivantes :

- (a) la date de la résiliation de la *police*; ou
- (b) la date à laquelle vous atteignez l'âge de soixante-dix (70) ans; ou
- (c) la date de la cessation de votre invalidité totale; ou

- (d) la date à laquelle vous omettez de fournir une preuve jugée satisfaisante par l'*assureur* de la persistance de l'*invalidité totale* dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la demande de cette preuve ou refusez de vous soumettre à un examen médical demandé par l'*assureur*.

La couverture étendue en vertu du présent chapitre est sous réserve des conditions de la *police* qui s'appliquent avant le début de l'*invalidité totale*, y compris toute disposition prévoyant la réduction du montant d'assurance ou d'une indemnité.

Nonobstant toute stipulation contraire de la *police*, la prestation payable en raison d'un événement couvert survenu pendant le maintien en vigueur de la couverture en vertu du présent chapitre ne peut en aucun cas dépasser le montant qui aurait été payable, s'il y a lieu, à l'*assuré* avant le début de votre *invalidité totale*.

L'*assureur* a le droit de demander, raisonnablement, une attestation de l'*invalidité totale* ou de sa persistance. Ne pas lui remettre d'attestation peut entraîner la fin de l'exonération des primes.

Transformation en un contrat d'assurance individuelle

Si votre couverture prend fin en raison d'un des motifs suivants :

- (a) vous cessez d'être un *employé* actif du *contractant* en raison d'une démission, d'un congédiement, de votre retraite ou de votre non-retour au travail à la fin d'une *invalidité totale*; ou
- (b) vous n'êtes plus une personne admissible aux termes de la *police*; ou
- (c) la période de maintien de votre couverture comme elle est prévue au chapitre « Maintien de l'assurance » du présent livret prend fin,

et que vous n'avez pas encore atteint l'âge de soixante-dix (70) ans, vous pouvez remettre une demande écrite à l'*assureur* dans les trente et un (31) jours de la résiliation afin d'obtenir une *police* individuelle d'assurance contre les accidents. À la réception de cette demande, l'*assureur* émet, sans preuve d'assurabilité, une *police* individuelle d'assurance contre les accidents à la personne qui a fait la demande.

Cependant, la transformation ne sera pas possible si la *police* est résiliée au moment de la demande.

Les prestations prévues seront énoncées dans un avenant relatif aux Indemnités en cas de Perte accidentelle disponible auprès de l'*assureur* au moment de la transformation, et le montant à transformer ne peut dépasser le plus petit des montants suivants :

- (a) le montant de l'assurance en vigueur à la date de résiliation; ou
- (b) un plafond de deux cent cinquante mille dollars (250 000 \$) pour toutes les transformations demandées par l'*employé* assuré.

La prime de la police individuelle d'assurance contre les accidents établie conformément à ce qui précède est calculée selon le tarif établi par l'*assureur*, d'après votre âge à la date de transformation. La police individuelle d'assurance contre les accidents est renouvelable annuellement et la prime annuelle est payable par anticipation.

Paiement des prestations et bénéficiaires

Les prestations pour votre *perte de la vie* sont payables au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par écrit sur votre proposition d'assurance collective du régime de base, conservée dans les archives du *contractant* ou de l'assureur du régime de base, selon le cas; en l'absence de désignation, elles sont versées à vos ayants droit. Toutes les autres prestations vous sont versées, à l'exception des prestations payables en vertu des chapitres suivants du présent livret, qui sont versées à la personne qui a effectivement encouru les frais donnant lieu aux prestations :

- Indemnité de rapatriement
- Indemnité d'études
- Indemnité de garde d'enfants
- Indemnité de modification du lieu de travail et d'adaptation
- Indemnité de formation professionnelle
- Indemnité de déplacement pour raisons familiales
- Indemnité d'identification de la dépouille
- Indemnité d'aménagement de la résidence et/ou d'un véhicule.

Montant global d'indemnisation

Le montant global d'indemnisation de l'*assureur* pour toutes les prestations payables en raison d'un (1) seul *accident* est 2 500 000 \$. Si ce montant ne suffit pas à couvrir le plein montant de l'indemnité auquel a droit chaque *assuré*, la somme alors payable à chaque *assuré* correspondra au rapport entre le montant global d'indemnisation pour un (1) seul *accident* et la somme globale des prestations qui auraient été payables, sans tenir compte du montant global d'indemnisation.

Le présent chapitre ne s'applique qu'aux prestations payables en vertu des chapitres suivants :

- Prestation en cas de perte accidentelle
- Indemnité d'invalidité totale permanente
- Indemnité de lésion cérébrale.

Exclusions

Aucune prestation ne sera versée en cas de perte, mortelle ou non, causée principalement ou accessoirement par ce qui suit :

- les blessures volontaires, le suicide ou la tentative de suicide, sans égard à l'état d'esprit de l'*assuré*;
- la guerre, déclarée ou non, que l'*assuré* y ait participé réellement ou non;
- un mouvement populaire, une émeute, une insurrection, un conflit armé auquel l'*assuré* a participé;
- le service de l'*assuré*, à titre de combattant ou de non-combattant, dans les forces armées d'un pays;
- le voyage de l'*assuré* à titre de passager ou autre à bord d'un véhicule ou d'un appareil de navigation aérienne, sauf ce qui est prévu au chapitre « Assurance aviation » du présent livret;
- les soins médicaux ou les interventions chirurgicales à l'égard de l'*assuré*, sauf s'ils sont consécutifs à un *accident*.

LORS D'UN SINISTRE

Déclaration de sinistre

La déclaration écrite de la *blessure* faisant l'objet d'une demande de règlement doit être remise à l'*assureur* au plus tard trente (30) jours après l'*accident* à l'origine de la *blessure*.

Une telle déclaration doit être remise par écrit par l'*assuré*, le bénéficiaire ou la personne qui a droit à la prestation en vertu de la *police*, selon le cas, ou en leur nom, au 1225, rue St-Charles Ouest, bureau 200, Longueuil QC J4K 0B9, à un de ses bureaux régionaux ou à un de ses mandataires autorisés et accompagnée des renseignements permettant d'identifier l'*assuré* dont la perte constitue le fondement de cette déclaration.

La non-présentation de la déclaration dans le délai imparti dans la *police* n'invalide pas la demande de règlement s'il est prouvé qu'il n'était pas raisonnablement possible de le faire et que la déclaration a été présentée dès que possible, mais dans tous les cas pas plus d'un (1) an après l'*accident*.

Formulaires de demande de règlement

Dès réception de la déclaration de sinistre, l'*assureur* accepte de remettre au demandeur les formulaires habituels de demande de règlement. Le demandeur qui, au bout de quinze (15) jours, n'a pas reçu ces formulaires est réputé s'être conformé aux exigences de la *police* à l'égard de la preuve de sinistre s'il soumet, dans le délai imparti dans la *police*, les preuves écrites du sinistre exposant les circonstances, la nature et l'étendue de la perte qui fait l'objet de la demande de règlement.

Preuve de sinistre

La preuve écrite du sinistre doit être remise à l'*assureur* au plus tard quatre-vingt-dix (90) jours après l'*accident* à l'origine du sinistre. La non-présentation de la preuve, dans le délai imparti, n'invalide pas la demande de règlement s'il est prouvé qu'il n'était pas raisonnablement possible de le faire et que la déclaration a été présentée dès que possible, mais dans tous les cas pas plus d'un (1) an après l'*accident*.

Examen physique et autopsie

Tant que la demande de règlement est en cours de validation, l'*assureur* se réserve le droit de faire subir à l'*assuré* un examen physique toutes les fois qu'il le juge opportun, sous réserve toutefois qu'il en acquitte les frais. Il peut aussi exiger une autopsie en cas de décès, lorsque la loi le permet.

Versement des prestations

Toutes les prestations payables en vertu de la *police* sont réglées dès que l'*assureur* reçoit une preuve de sinistre qu'il juge suffisante et qui se conforme aux exigences de la *police*. À l'égard des *assurés* du *contractant* pour qui les primes sont payées en dollars canadiens, toutes les sommes payables aux termes de la *police* le sont dans la monnaie légale du Canada. À l'égard des *assurés* du *contractant* pour qui les primes sont payées en dollars américains, toutes les sommes payables aux termes de la *police* le sont dans la monnaie légale des États-Unis.

Action contre l'assureur

Pour qu'une action en demande de règlement au titre de la *police* puisse être intentée par l'*assuré*, il faut respecter les deux délais ci-après : un délai minimal de soixante (60) jours calculé à partir de la remise à l'*assureur* d'une preuve de sinistre, remise qui se conforme aux exigences de la *police*, et un délai maximal d'un (1) an [trois (3) ans dans la province de Québec].

FOIRE AUX QUESTIONS

1. Qui est admissible à la couverture Décès et Mutation Accidentels ?

Vous êtes admissible au régime si vous êtes un employé travaillant à plein temps sur base permanente ou sur base contractuelle, canadien et n'avez toujours pas atteint l'âge de soixante-dix (70) ans.

2. Quand la couverture entre-t-elle en vigueur?

Votre couverture individuelle entrera en vigueur :

- (1) à la date d'entrée en vigueur de la *police* si vous rencontrez chacun des critères d'admissibilité énoncés au chapitre « Admissibilité » de ce livret à la date d'entrée en vigueur de la *police* ou avant celle-ci;

- (2) le premier (1^{er}) du mois qui coïncide ou qui suit la date à laquelle vous rencontrez les critères d'admissibilité énoncés au chapitre « Admissibilité » de ce livret, si vous devenez admissible après l'entrée en vigueur de la *police*.

3. Qui reçoit le *capital assuré* lors du décès de l'assuré?

Le *capital assuré* est payable au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par écrit sur votre plus récente demande d'adhésion ou de désignation de bénéficiaire conservée dans les archives de la Ville de Montréal, ou, en l'absence de désignation, le *capital assuré* est versé à vos ayants droit.

4. Qui peut changer le bénéficiaire et comment effectuer un tel changement?

Vous pouvez changer votre ou vos bénéficiaire(s) désigné(s). Veuillez contacter votre service des Ressources humaines pour plus des détails.

5. Comment les primes sont-elles payées?

Les primes de votre assurance sont entièrement payées par le *contractant*.

6. Les indemnités Décès et Mutilation Accidentels et le *capital assuré* sont-ils imposables?

Non, les indemnités Décès et Mutilation Accidentels et le *capital assuré* ne sont pas imposables.

7. Comment dois-je faire pour présenter une réclamation?

La marche à suivre pour présenter une réclamation est très simple.

Vous devez aviser la Ville de Montréal par écrit ou verbalement de votre réclamation dès que vous subissez la *blessure* faisant l'objet de la réclamation étant donné que l'*assureur* doit être avisé par écrit au plus tard trente (30) jours après l'*accident* à l'origine de la *blessure*. Si vous n'êtes pas en mesure de donner un tel avis, votre ou vos bénéficiaire(s) ou la personne qui a droit à la prestation en vertu de votre couverture peuvent aviser la Ville de Montréal de votre part.

Sur réception de l'avis mentionné ci-haut, l'*assureur* enverra des formulaires de demande de règlement à la Ville de Montréal. Ces formulaires constituent la preuve écrite du sinistre et doivent être remplis et retournés à l'*assureur* au plus tard quatre-vingt-dix (90) jours après l'*accident* à l'origine du sinistre.

Votre réclamation sera analysée et traitée à l'intérieur d'un délai moyen de dix (10) jours ouvrables de la date à laquelle les formulaires de demande de règlement remplis sont reçus par l'*assureur*.

8. Puis-je mettre fin à ma couverture Décès et Mutilation Accidentels?

Votre couverture Décès et Mutilation Accidentels peut seulement être annulée par le *contractant*.

9. Où puis-je obtenir des informations supplémentaires?

Vous pouvez obtenir des informations supplémentaires en communiquant avec votre service des Ressources humaines.

Site d'accueil de Desjardins Assurances:
desjardinsassurancevie.com/villedemontreal

Centre de contact avec la clientèle
1 877 838-7082



Desjardins Assurances désigne Desjardins
Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.
200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 6R2 / 1 866 647-5013