



Desjardins

Assurances

Vie • Santé • Retraite

VILLE DE MONTRÉAL

Police n° Q1637

Contremaîtres syndiqués – Régime flexible

Montréal

Votre régime d'assurance collective

VILLE DE MONTRÉAL

Police n° Q1637

Contremaîtres syndiqués – Régime flexible

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	4
DÉFINITIONS	6
DISPOSITIONS GÉNÉRALES	17
ADMISSIBILITÉ	18
ADHÉSION	19
PRISE D'EFFET DE LA COUVERTURE	22
PROLONGATION DE LA COUVERTURE DURANT UNE ABSENCE DU TRAVAIL	24
CESSATION DES GARANTIES ET DE LA COUVERTURE	26
DEMANDES DE PRESTATIONS	29
EXONÉRATION DES PRIMES	35
GARANTIE SOINS DE SANTÉ – PROGRAMME FLEXIBLE	37
GARANTIE SOINS DENTAIRES – PROGRAMME FLEXIBLE	64
GARANTIE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE – PROGRAMME FLEXIBLE	78
GARANTIE VIE – PROGRAMME FLEXIBLE	85
GARANTIE MALADIES GRAVES – PROGRAMME FLEXIBLE	89
COMPTE DE DÉPENSES DE FRAIS DE SANTÉ (CDFS)	116
ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DE BASE	119
ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS FACULTATIVE	151

COMMUNIQUER AVEC NOUS

DEMANDES POUR SOINS MÉDICAUX ET DENTAIRES

Il y a 2 façons de communiquer avec nous pour toute question concernant les frais admissibles en vertu de la garantie soins de santé ou la garantie soins dentaires :

Par courriel à : Servicecollectif@dsf.ca

Par téléphone au : 1 877 838-7082

Pour une meilleure expérience client, il est important d'avoir en main le numéro de police et le numéro de certificat lorsqu'un agent est disponible pour répondre à l'appel.

SERVICE INFO ACCÈS-SANTÉ

Le service Info Accès-Santé est un service téléphonique offert 24 heures sur 24 qui permet à la personne couverte de pouvoir parler en toute confidentialité avec des professionnels de la santé d'expérience et d'obtenir des renseignements de façon immédiate.

Par l'entremise de ce service téléphonique, la personne couverte peut s'informer sur les questions suivantes :

- la santé
- la vaccination
- la diététique
- le mode de vie
- la mise en forme
- la puériculture
- la disponibilité des ressources locales

Le service Info Accès-Santé doit être considéré comme un complément de la consultation médicale et du service médical d'urgence (911 ou autre); il ne remplace pas le professionnel de la santé que la personne couverte consulte habituellement ou le service médical d'urgence d'une municipalité.

Ce service d'information peut être utile pour améliorer la qualité de vie de l'adhérent et de ses personnes à charge.

La personne couverte peut communiquer en tout temps avec le service INFO ACCÈS SANTÉ.

Provenance de l'appel**Numéro à composer**

Partout au Canada

1 877 875-2632

LE SERVICE VOYAGE ASSISTANCE

Voyage Assistance prend les dispositions nécessaires pour fournir les services suivants à toute personne couverte qui en a besoin :

- 1) assistance téléphonique sans frais, 24 heures sur 24;
- 2) orientation vers des médecins ou des établissements de santé;
- 3) aide pour l'admission à l'hôpital;
- 4) avances de fonds à l'hôpital lorsqu'elles sont exigées par l'établissement concerné;
- 5) rapatriement de la personne couverte dans sa ville de résidence, dès que son état de santé le permet;
- 6) établissement et maintien des contacts avec DSF;
- 7) règlement des formalités en cas de décès;
- 8) rapatriement des enfants de la personne couverte si elle est immobilisée;
- 9) envoi d'aide médicale et de médicaments si une personne couverte se trouve trop loin des établissements de santé pour y être transportée;
- 10) arrangements nécessaires pour faire venir un membre de la famille immédiate si la personne couverte doit séjourner à l'hôpital au moins sept jours et si le médecin prescrit une telle visite;
- 11) en cas de perte ou de vol de papiers d'identité, aide pour se procurer des papiers temporaires afin de poursuivre le voyage;
- 12) orientation vers des avocats si des problèmes juridiques surviennent;
- 13) service d'interprète lors d'appels d'urgence;
- 14) transmission de messages aux proches de la personne couverte en cas d'urgence;
- 15) avant le départ, information sur les passeports, les visas et les vaccins requis dans le pays de destination.

En cas d'urgence médicale, la personne couverte peut communiquer immédiatement avec le service VOYAGE ASSISTANCE.

Provenance de l'appel	Numéro à composer
Région de Montréal	(514) 875-9170
Canada et États-Unis	1-800-465-6390 (sans frais)
Ailleurs dans le monde (Excluant les Amériques)	indicatif outre-mer + 800 29485399 (sans frais)
Frais virés (Partout dans le monde)	(514) 875-9170

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

QU'ARRIVE-T-IL À 65 ANS POUR LA COUVERTURE DES MÉDICAMENTS?

À 65 ans, l'adhérent est couvert par le régime provincial d'assurance maladie de sa province de résidence pour les médicaments et autres produits inscrits à la liste du régime provincial.

Si la loi le permet, il peut choisir de ne pas être couvert par le régime provincial de sa province de résidence et de conserver sa couverture de soins de santé prévue par le régime d'assurance collective. Dans ce cas, l'adhérent doit informer DSF par écrit dans les 31 jours qui suivent son 65^e anniversaire de naissance du choix qu'il fait :

- continuer d'être couvert par le régime d'assurance collective. DSF déterminera alors le montant de la prime;

ou

- être couvert par le régime provincial d'assurance maladie de sa province de résidence. Il ne peut alors plus être couvert par le régime d'assurance collective pour les médicaments et autres produits inscrits à la liste du régime provincial. Ce choix est irrévocable.

IMPORTANT : aucune personne à charge ne peut demeurer couverte en vertu de la garantie soins de santé s'il ne le demeure pas lui-même.

VOYAGES À L'ÉTRANGER

L'adhérent doit communiquer avec DSF si la durée du séjour à l'étranger est ou pourrait être supérieure à 180 jours, sans quoi la personne qui voyage pourrait ne pas être couverte.

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.

Compagnon de voyage

La personne de 18 ans ou plus qui ne répond pas à la définition d'enfant à charge et qui partage des arrangements de voyage avec la personne couverte.

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.

Dentiste

Une personne autorisée à pratiquer la médecine dentaire, agréée par l'organisme qui a juridiction à l'endroit où elle fournit les services dentaires.

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, qui est membre de l'Association des contremaîtres municipaux employés par la Ville de Montréal inc. et qui fait partie de la catégorie EA3. 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.

Fournisseur de services de voyage

Une agence de voyage, un grossiste en voyage, un organisateur de voyages à forfait, un croisiériste ou une compagnie aérienne détenant un permis et un certificat d'exploitation valides émis par les autorités compétentes au Canada ou à l'étranger.

Frais raisonnables et coutumiers

Les frais habituellement exigés pour des soins ou produits similaires et limités au plus petit de ce qui suit :

- 1) le tarif qui prédomine dans la région où les soins ou produits sont fournis; ou
- 2) le tarif qui est suggéré par l'association professionnelle applicable;

à la date à laquelle les frais sont engagés. Pour les frais engagés à l'extérieur du Canada, les frais raisonnables et coutumiers sont ceux applicables dans la province où réside l'adhérent.

Franchise

La partie des frais admissibles que la personne couverte doit payer avant qu'un remboursement ne soit fait.

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; 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.

Indice des rentes

Un indice des rentes égal à 1 pour l'année civile 1982. Pour chaque année civile subséquente, l'indice des rentes est égal au produit de l'indice des rentes de l'année précédente multiplié par l'indice monétaire d'inflation de l'année courante réduit de 0,03.

Invalidité partielle ou partiellement invalide

Un état d'incapacité qui résulte d'une même maladie ou d'un même accident qui a causé l'invalidité totale et qui empêche complètement l'adhérent de remplir les fonctions principales de son emploi habituel, mais qui ne l'empêche pas de se livrer à un travail disponible chez l'employeur et pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de son éducation, de sa formation et de son expérience. Le revenu de l'adhérent ne doit pas dépasser 100 % du revenu avant le début de l'invalidité.

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

- 1) Pendant les 24 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 24 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.

Irréversible

État de santé pour lequel, au moment du diagnostic, aucune amélioration par un traitement médical ou chirurgical n'est envisagée, sans présenter un risque excessif pour la santé de la personne couverte.

Maison de convalescence/réadaptation

Tout établissement au Canada légalement désigné comme tel, reconnu par DSF et dont la fonction consiste à :

- 1) donner des soins et des traitements aux patients sous la direction d'un médecin ou d'un infirmier autorisé;
- 2) assurer la présence d'un infirmier autorisé en service, 24 heures sur 24; et
- 3) tenir des registres quotidiens sur chaque patient confié aux soins d'un médecin.

Sont notamment exclus les foyers pour personnes âgées ou malades chroniques, les résidences pour personnes ayant une déficience mentale, les maisons de repos ou les établissements destinés au traitement de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou de toute autre dépendance.

Malade hospitalisé

La personne admise à l'hôpital, à qui on a accordé un lit dans un secteur de l'hôpital réservé aux malades hospitalisés.

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.

Médicament équivalent
Un médicament, de marque ou générique, dit interchangeable en vertu de la loi provinciale applicable où le médicament est délivré.
Membre de la famille immédiate
Une personne qui est le conjoint, le fils, la fille, le père, la mère, le frère, la sœur, le gendre, la bru, le beau-fils, la belle-fille, le beau-père, la belle-mère, le beau-frère ou la belle-sœur de l'adhérent.
Orthèse
Tout appareil orthopédique rigide servant à maintenir une région du corps en bonne position.
Période maximale des prestations
La durée maximale de la période pendant laquelle les prestations d'invalidité sont payables.
Période de survie
À moins d'indication contraire, les 30 jours suivant la date du diagnostic ou d'une chirurgie. La personne couverte doit être vivante à la fin de cette période et ne doit pas avoir subi l'arrêt irréversible de toutes les fonctions du cerveau. La période de survie n'inclut pas le nombre de jours durant lesquels les fonctions vitales de la personne couverte sont maintenues artificiellement. Aux fins de cette garantie, le maintien artificiel des fonctions vitales désigne les soins prodigués de façon régulière par un médecin, pour le support nutritionnel, respiratoire et/ou cardiovasculaire, même si un arrêt irréversible de toutes les fonctions cérébrales s'est produit.
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.

Pourcentage d'indexation

Pour l'année suivant l'année de l'événement, le pourcentage d'indexation est égal au pourcentage de variation de l'indice des rentes de l'année considérée par rapport à celui de l'année de l'événement, ajusté du ratio du nombre de mois entiers pour lesquels la rente a été payée ou différée durant l'année de l'événement sur 12.

Pour chaque année subséquente, le pourcentage d'indexation est égal au pourcentage de variation de l'indice des rentes de l'année considérée par rapport à l'indice des rentes de l'année suivant l'année de l'événement, et le pourcentage d'indexation ainsi déterminé se compose avec celui applicable à l'année suivant l'année de l'événement.

Malgré ce qui précède, si le pourcentage d'indexation de l'année considérée est inférieur à celui de l'année précédente, ce dernier continue de prévaloir, sauf dans le cas où l'indice monétaire d'inflation de l'année considérée est inférieur à 1; dans ce cas, le pourcentage d'indexation de l'année considérée est égal à celui de l'année précédente, multiplié par l'indice monétaire d'inflation de l'année considérée.

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.

Proche parent

Le conjoint, le fils, la fille, le père, la mère, le frère ou la sœur de la personne couverte.

Revenu

Le taux de rémunération habituel versé par l'employeur, y compris tout paiement pour une nomination temporaire, mais à l'exclusion de toute autre rémunération et primes non assurables.

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.

Spécialiste

Un médecin autorisé à pratiquer au Canada, qui a obtenu son accréditation de spécialiste au terme des examens d'accréditation de sa compétence particulière. Le spécialiste doit détenir une formation médicale spécialisée lui permettant d'établir un diagnostic pour la prestation demandée. En l'absence ou l'indisponibilité d'un spécialiste, le diagnostic ou la nécessité d'une chirurgie doit être établi par un médecin pratiquant au Canada et approuvé par DSF. Le spécialiste ne peut pas être la personne couverte, un membre de sa famille ou un partenaire d'affaires de la personne couverte.

Stable

L'état de santé d'une personne couverte qui dans les 30 jours précédant la date de début du voyage n'est affectée par aucun problème de santé, ou est affectée par un problème de santé qui :

- 1) n'a fait l'objet d'aucune modification ou recommandation de modification du traitement ou de la posologie des médicaments prescrits pouvant occasionner un changement significatif de l'état de santé pendant la durée du voyage, et
- 2) n'est caractérisé par aucun symptôme laissant présager une détérioration significative de l'état de santé pendant la durée du voyage.

Titulaire de police

La société ou l'organisation spécifiée sur la page couverture de la police.

Urgence médicale

Toute maladie ou blessure aiguës et imprévues nécessitant un traitement médical immédiat.

Véhicule

Une automobile, une caravane motorisée ou une camionnette ayant une capacité maximale de 1 000 kilogrammes.

Voyage

Une période déterminée pour laquelle :

- 1) des arrangements sont pris avec tout fournisseur de services de voyage; ou
- 2) des réservations ont été effectuées par la personne couverte pour des arrangements terrestres habituellement compris dans un voyage à forfait.

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

ADMISSIBILITÉ DE L'EMPLOYÉ

Un employé est admissible à la couverture à la date à laquelle il satisfait les conditions suivantes :

Nombre d'heures travaillées par semaine	Délai d'attente
20 heures	Aucun

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.

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

a) Toutes les garanties autres que la garantie soins dentaires

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

b) Garantie soins dentaires

Si l'employé remplit une demande d'adhésion pour lui-même ou ses personnes à charge plus de 31 jours après la date à laquelle il est admissible, DSF limitera le remboursement des frais admissibles selon ce qui est prévu à la disposition RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS de la garantie soins dentaires.

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

Des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par DSF sont requises dans tous les cas suivants, que la demande d'adhésion soit remplie dans les délais ou hors délais :

1) pour tout montant en vertu de la garantie vie facultative;

2) pour tout montant en vertu de la garantie maladies graves facultative.

Programme flexible – Choix offerts

Les garanties vie de base, soins de santé et soins dentaires sont flexibles. Pendant les délais d'adhésion prévus ci-dessus, l'employé peut choisir entre le régime de base ou enrichi. Ce choix doit demeurer en vigueur pendant au moins 24 mois ou jusqu'à la date de la campagne de réadhésion si antérieure. Si l'employé n'a pas fait son choix ou n'a pas soumis sa demande d'adhésion dans les délais, il bénéficiera automatiquement du régime de base. La couverture aux soins dentaires est facultative.

DROIT D'EXEMPTION

Un employé peut refuser d'être couvert en vertu des garanties soins de santé ou soins dentaires, s'il est couvert à titre de personne à charge en vertu de la police ou d'un autre régime d'assurance collective semblable. Toutefois, si l'autre régime prend fin ou si le conjoint cesse de faire partie d'une catégorie admissible, l'employé peut adhérer à la couverture à condition que :

- 1) l'employé ait auparavant choisi de ne pas participer à la couverture;
- 2) la couverture du conjoint ait pris fin pour une raison autre qu'un choix personnel; et
- 3) l'employé ait présenté une demande écrite en ce sens dans les 31 jours suivant la date à laquelle la couverture du conjoint a pris fin. Après ce délai, la clause d'adhésion hors délais s'applique.

L'employé peut refuser d'être couvert en vertu de la garantie soins dentaires même s'il n'est pas couvert à titre de personne à charge en vertu de la police ou d'un autre régime d'assurance collective semblable.

TYPES DE PROTECTION

Les types de protection disponibles en vertu de la police sont les suivants :

TYPES DE PROTECTION	PERSONNES COUVERTES
Individuelle	Adhérent seulement
Familiale	Adhérent, conjoint et enfants
Monoparentale	Adhérent et enfants
Couple	Adhérent et conjoint

Le même type de protection s'applique pour toutes les garanties.

Le type de protection peut être changé à la suite d'un événement de vie, en présentant une demande à DSF dans les 31 jours qui suivent l'événement.

Un événement de vie est défini comme suit :

- 1) mariage, nouveau conjoint de fait, séparation ou divorce;
- 2) naissance ou adoption d'un enfant;
- 3) perte ou obtention de couverture du conjoint, pour une raison autre qu'un choix personnel;
- 4) décès d'une personne à charge;
- 5) cessation de l'admissibilité d'une personne à charge en raison de son âge; ou
- 6) retour aux études d'un enfant à charge.

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 (ou type de régime) 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.

Programme flexible – Changement de choix en cours de couverture

L'adhérent peut changer son choix à condition que son choix ait été maintenu en vigueur conformément aux règles prévues à l'article "Programme flexible – choix offerts" de la section Adhésion, à moins que le changement ne soit requis à la suite d'un événement de vie. Dans ce cas, la demande de changement doit être faite dans les 31 jours qui suivent l'événement.

Pour toute demande de changement suite à un événement de vie faite plus de 31 jours après l'événement, le changement prend effet :

- 1) à la date de la demande pour les garanties soins de santé et soins dentaires;
- 2) à la prochaine date de réadhésion pour les autres garanties.

Si l'adhérent n'est pas effectivement au travail à la date à laquelle il aurait droit de modifier son choix et que sa couverture est maintenue, son choix demeure celui en vigueur immédiatement avant le début de l'absence, jusqu'à la date à laquelle il reprend effectivement le travail. À son retour au travail, toute demande de changement doit être faite dans les 31 jours. Le changement prend effet à la date à laquelle l'adhérent reprend effectivement le travail. Pour toute demande de changement faite plus de 31 jours après la date de retour au travail, le choix demeure celui déjà en vigueur.

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.

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 continuent à être versées.

GRÈVE OU LOCK-OUT

La couverture prend fin à la date à laquelle la grève ou le lock-out commence.

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 de la garantie invalidité 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 de la garantie invalidité 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 soins de santé	La date de la retraite
Garantie soins dentaires	La date de la retraite
Garantie invalidité de longue durée	Selon ce qui arrive en premier parmi les événements suivants : <ul style="list-style-type: none">• Le 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent• La date à laquelle l'adhérent touche une rente de retraite d'un régime de retraite de l'employeur• La date à laquelle l'adhérent est admissible à la rente sans réduction du régime de retraite de l'employeur
Garantie vie de base	Le 70 ^e anniversaire de naissance de l'adhérent ou la date de la retraite, selon ce qui arrive en premier
Garantie vie facultative	Le 75 ^e anniversaire de naissance de l'adhérent ou la date de la retraite, selon ce qui arrive en premier
Garantie maladies graves de l'adhérent	Le 65 ^e anniversaire de naissance de l'adhérent ou du conjoint, ou la date de la retraite de l'adhérent, selon ce qui arrive en premier

Selon la loi applicable, l'adhérent qui atteint 65 ans peut choisir d'être couvert par le régime provincial d'assurance maladie de sa province de résidence pour la partie médicaments ou de conserver sa couverture en vertu de la police. Le choix de l'adhérent d'être couvert par le régime provincial d'assurance maladie de sa province de résidence est irrévocable. Si l'adhérent choisit de conserver sa couverture en vertu de la police, il doit d'abord faire une demande à DSF par écrit qui déterminera alors le montant de la prime nécessaire.

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, sauf s'il est admissible à la couverture des retraités;
- 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.

PROLONGATION AUX SURVIVANTS

En cas de décès de l'adhérent et sous réserve des dispositions prévues dans la police, l'assurance voyage continue de s'appliquer à ses personnes à charge couvertes qui sont en voyage à l'extérieur de leur province de résidence au moment du décès, sans paiement de prime, jusqu'à la première des dates suivantes :

- 1) 31 jours après le décès; ou
- 2) la date de la fin du voyage en cours.

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 soins de santé	Toute demande de prestations, accompagnée des pièces justificatives appropriées, doit être présentée à DSF dans les 12 mois suivant la date à laquelle les frais sont engagés.
Garantie soins dentaires	Toute demande de prestations, accompagnée des pièces justificatives appropriées, doit être présentée à DSF dans les 12 mois suivant la date à laquelle les frais sont engagés.
Garantie invalidité de longue durée	<ul style="list-style-type: none">• 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
Garantie maladies graves	<ul style="list-style-type: none"> • Une déclaration initiale écrite de sinistre doit être présentée à DSF dans les 90 jours suivant la date de l'événement. • En cas de cancer ou de tumeur cérébrale bénigne, toute information médicale doit être transmise à DSF dans les 6 mois suivant la date du diagnostic. • En cas d'infection par le VIH, une déclaration écrite de sinistre doit être présentée à DSF dans les 14 jours suivant la date de l'accident ou la blessure.

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.

Médicaments et autres frais médicaux

Si le mode de paiement différé a été utilisé pour les frais de médicaments, l'adhérent n'a pas à soumettre de demande de prestations à DSF.

Pour les autres frais médicaux, l'adhérent n'a pas à soumettre de demande de prestations à DSF si le professionnel ou le fournisseur de services utilise l'échange électronique de données (EDI).

Soins dentaires

L'adhérent n'a pas à soumettre de demande de prestations à DSF si le dentiste utilise l'échange électronique de données (EDI).

DSF se réserve le droit de demander des radiographies et d'autres types de diagnostics comme des rapports de spécialiste, des graphiques parodontiques et des modèles d'étude.

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.

Maladies graves

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

- 1) l'existence d'une maladie admissible; et
- 2) l'admissibilité de la personne couverte à une prestation au moment où le diagnostic a été posé.

DSF se réserve le droit de vérifier le diagnostic auprès du ou des médecins traitants et de faire examiner à ses frais tout adhérent ou toute personne à charge qui lui a présenté une demande de prestation.

PAIEMENTS

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

Prestations de médicaments en mode de paiement différé

Si le mode de paiement différé a été utilisé pour les frais de médicaments, DSF rembourse l'adhérent dès que :

- 1) le total du remboursement des frais de médicaments auquel il a droit atteint 60 \$; ou
- 2) une période de 30 jours s'est écoulée depuis la date du dernier remboursement de frais de médicaments.

Prestations pour soins orthodontiques

Nonobstant toute disposition contraire stipulée dans cette section, le paiement des demandes pour soins orthodontiques sera effectué selon l'une des modalités suivantes :

- 1) si une somme forfaitaire a été fixée pour toute la série de soins et que la personne couverte paie cette somme à l'orthodontiste en une somme unique ou en versements convenus et échelonnés selon la durée prévue des soins, DSF rembourse l'adhérent chaque fois qu'il lui présente un reçu spécifiant le montant des frais, ainsi que la date et la nature des soins reçus;
- 2) si, au lieu d'une somme forfaitaire, les services sont facturés au fur et à mesure qu'ils sont fournis, DSF rembourse l'adhérent chaque fois qu'il lui présente une demande de prestations.

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.

COORDINATION DES PRESTATIONS

Si une personne couverte par les garanties soins de santé et soins dentaires est également couverte en vertu d'un autre régime qui fournit des prestations semblables, le montant de ces prestations payables au cours d'une année quelconque fait l'objet d'une coordination.

La coordination des prestations est effectuée selon les recommandations de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. de sorte que le total des paiements sous tous les régimes n'excède pas le total des frais admissibles engagés par la personne.

Frais d'assurance voyage

Si une personne couverte par l'assurance voyage est également couverte en vertu de tout autre régime ou assurance qui fournit des prestations semblables, seuls les frais admissibles en excédent des montants payables par tous les autres régimes ou assurances sont couverts en vertu de l'assurance voyage.

Si les autres régimes ou assurances comportent une stipulation semblable ou une disposition de coordination des prestations, les prestations sont coordonnées entre tous les régimes ou assurances de sorte que le total des paiements n'excède pas le total des frais admissibles engagés par la personne.

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 soins de santé
- garantie soins dentaires
- garantie invalidité de longue durée
- garantie vie de base
- garantie vie facultative
- garantie maladies graves facultative

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 à la fin du délai de carence prévu par la garantie invalidité de longue durée.

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 SOINS DE SANTÉ – PROGRAMME FLEXIBLE**Régimes Base et Enrichi****SOMMAIRE DE LA GARANTIE**

Dès réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par DSF attestant qu'une personne couverte a engagé des frais admissibles pendant qu'elle était couverte en vertu de cette garantie, DSF rembourse ces frais conformément aux dispositions de la police.

Franchise		
Frais admissibles	Régimes	Montant
Médicaments	Tous	Aucune
Hospitalisation	Tous	Aucune
Soins dentaires à la suite d'un accident	Tous	Aucune
Soins de la vue	Base	Frais non couverts
	Enrichi	Aucune
Orientation vers un médecin	Tous	Aucune
Assurance voyage	Tous	Aucune
Chaussures orthopédiques	Tous	Aucune
Chaussures profondes	Tous	Aucune
Tous les autres frais	Tous	Aucune

Pourcentage de remboursement	
Médicaments	
Régimes	Pourcentage
Base	75 % des premiers 3 000 \$ de frais admissibles et 100 % de l'excédent par famille par année civile.
Enrichi	90 % des premiers 3 000 \$ de frais admissibles et 100 % de l'excédent par famille par année civile.

Pourcentage de remboursement		
Autres frais admissibles	Régimes	Pourcentage
Hospitalisation	Tous	100 %
Soins dentaires à la suite d'un accident	Tous	100 %
Soins de la vue	Base	Frais non couverts
	Enrichi	100 %
Orientation vers un médecin	Tous	100 %
Assurance voyage	Tous	100 %
Tous les autres frais	Base	75 %
	Enrichi	90 %

PAIEMENT DES PRESTATIONS

Pour tous les frais admissibles, DSF rembourse la partie des frais raisonnables et coutumiers qui excède la franchise, sous réserve du pourcentage de remboursement.

Pour être considérés comme admissibles, les frais doivent être médicalement nécessaires pour le traitement de la personne couverte et engagés à la suite d'une maladie, d'une grossesse ou d'un accident et couvrir des soins qui :

- 1) ont été préalablement prescrits par un médecin ou tout professionnel de la santé autorisé à le faire selon la loi applicable;
- 2) sont reconnus par la profession médicale comme étant adéquats et conformes au diagnostic; et
- 3) ne peuvent pas être omis sans nuire à l'état de la personne ou à la qualité des soins médicaux.

Les frais admissibles sont considérés avoir été engagés à la date à laquelle le service a été rendu ou les produits obtenus.

Réseau de fournisseurs privilégiés

DSF peut sélectionner des fournisseurs pour la distribution de certains services, soins et produits et peut restreindre les prestations pour des frais admissibles engagés auprès d'un autre fournisseur.

FRAIS ADMISSIBLES

AU CANADA

Les frais admissibles sont ceux énumérés ci-dessous et engagés :

- 1) dans la province de résidence de l'adhérent; et
- 2) à l'extérieur de la province de résidence de l'adhérent, mais au Canada, pour une raison autre qu'une urgence médicale.

MARGE BÉNÉFICIAIRE ET HONORAIRES DU PHARMACIEN	
Limite des frais admissibles de médicaments	
Marge bénéficiaire	Frais raisonnables et coutumiers
Honoraires du pharmacien	Frais raisonnables et coutumiers

MÉDICAMENTS

- 1) Les médicaments qui portent un DIN (numéro d'identification du médicament), qui sont fournis par un pharmacien et :
 - a) qui, selon la loi, requièrent une ordonnance; ou
 - b) qui peuvent s'obtenir sans ordonnance mais qui, par convention, sont considérés comme essentiels au maintien de la vie, incluant, sans toutefois s'y limiter :
 - antipaludiques
 - fibrinolytiques
 - nitroglycérine
 - suppléments de sels ferreux à ingrédient unique
 - agents thyroïdiens
 - agents fibrinolytiques enzymatiques topiques

Les préparations magistrales fournies par un pharmacien et dont le principal ingrédient actif est un médicament admissible.
- 2) Les lancettes, bandelettes et seringues pour diabétiques.
- 3) Les frais qui servent à couvrir la franchise et la coassurance du régime provincial d'assurance médicaments, pour les personnes couvertes par leur régime provincial.
- 4) Les vitamines et minéraux.

5) Médicaments exigeant une autorisation préalable

L'autorisation préalable de DSF est exigée pour certains médicaments dont la liste est disponible sur le site web de DSF. Un formulaire d'autorisation préalable doit être rempli par le médecin et soumis à DSF pour s'assurer que les médicaments prescrits répondent aux critères d'autorisation préalable établis par DSF en fonction, notamment, des lignes directrices de pratique clinique et des recommandations émises par les organismes d'évaluation des technologies de la santé. Il s'agit entre autres de confirmer que les médicaments prescrits :

- a) sont utilisés pour une indication thérapeutique approuvée par Santé Canada; et
- b) démontrent une efficacité satisfaisante par rapport aux coûts qui y sont reliés.

Une preuve d'efficacité ou de nouveaux résultats peuvent être demandés en cours de traitement pour déterminer si le médicament produit les effets attendus et demeure admissible au remboursement.

DSF se réserve le droit de rembourser un médicament équivalent ou un médicament biosimilaire moins cher s'il en existe sur le marché.

Programme d'accompagnement patient

Ce programme est offert par DSF. Il fournit du support à la personne couverte pour faciliter la gestion de sa santé et la prise de ses médicaments. DSF peut exiger que la personne couverte participe au programme pour être admissible au remboursement du médicament.

Programme de soutien au patient

Ce programme est offert par les fabricants de certains médicaments. Il comprend des services d'information, de formation et de l'aide financière à la personne couverte à qui le médicament est prescrit. DSF peut exiger que la personne couverte participe au programme pour être admissible au remboursement du médicament.

Frais admissibles pour les autres médicaments	Maximum payable par personne couverte
Vaccins préventifs	
Produits de sclérothérapie pour le traitement des varices	20 \$ par visite

Traitement de l'infertilité	Médicaments et traitement, montant viager global de 2 400 \$
-----------------------------	--

HOSPITALISATION	
Frais admissibles	Maximum payable par personne couverte
<u>Hôpital</u> Frais d'hébergement pour des soins de courte durée, pour chaque jour d'hospitalisation	La différence entre le coût d'une salle et d'une chambre semi-privée
<u>Maison de convalescence/réadaptation</u> Frais d'hébergement dans une maison de convalescence ou de réadaptation, pour toute période d'hébergement qui débute dans les 14 jours suivant la fin d'un séjour dans un hôpital Des périodes successives d'hébergement sont réputées être une même période d'hébergement si elles : <ul style="list-style-type: none"> • résultent d'une même maladie ou d'un même accident; et • sont séparées par une période de moins de 60 jours consécutifs pendant laquelle la personne couverte n'a pas été hospitalisée. 	Le coût d'une chambre semi-privée, jusqu'à concurrence de 180 jours par période d'hébergement

PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ	
Frais admissibles	Maximum payable par personne couverte
<p><u>Soins paramédicaux</u></p> <p>Services des professionnels suivants, à condition qu'ils exercent dans les limites de leur compétence et soient membres en règle de leur association ou corporation professionnelle reconnues par DSF. À moins d'indication contraire, ces services ne nécessitent pas de recommandation médicale.</p>	<p>Pour chaque type de professionnel, le maximum est limité à une visite par jour</p>
<ul style="list-style-type: none"> • acupuncteur • audiologiste • chiropraticien • diététiste ou nutritionniste • ergothérapeute • homéopathe • massothérapeute, orthothérapeute ou kinésithérapeute • naturopathe • orthophoniste • ostéopathe • podiatre ou podologue 	<p>Régime Base : Montant global de 400 \$ par année civile, plus les radiographies prescrites par un chiropraticien, ostéopathe ou podiatre, jusqu'à concurrence de 50 \$ chacune</p> <p>Régime Enrichi : Montant global de 800 \$ par année civile, plus les radiographies prescrites par un chiropraticien, ostéopathe ou podiatre, jusqu'à concurrence de 50 \$ chacune</p>
<ul style="list-style-type: none"> • physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique ou thérapeute du sport 	<p>Régime Base : Montant global de 400 \$ par année civile</p> <p>Régime Enrichi : Montant global de 800 \$ par année civile</p>
<ul style="list-style-type: none"> • psychologue, travailleur social ou conseiller en orientation 	<p>Régime Base : Montant global de 400 \$ par année civile</p> <p>Régime Enrichi : Montant global de 800 \$ par année civile</p>

<p><u>Soins infirmiers à domicile</u></p> <p>Soins infirmiers à domicile par un infirmier autorisé ou un infirmier auxiliaire autorisé, pourvu que les soins relèvent de la compétence de l'infirmier. De plus, l'infirmier ne doit avoir aucun lien de parenté, ni par le sang ni par alliance, avec l'adhérent ou avec l'une des personnes à sa charge et ne doit pas résider habituellement chez l'adhérent ni chez l'une des personnes à sa charge.</p>	<p>Régime Base : 200 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 4 000 \$ par année civile</p> <p>Régime Enrichi : 10 000 \$ par année civile</p>
---	---

<p>AMBULANCE</p>
<p>Les frais d'une ambulance autorisée pour le transport terrestre de la personne couverte :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) du lieu de l'accident ou de la maladie à l'hôpital le plus près apte à fournir les soins appropriés, en cas d'urgence médicale; et 2) d'un hôpital au domicile de la personne couverte lorsque son état de santé ne permet pas d'utiliser un autre moyen de transport. <p>Les frais d'une ambulance autorisée pour le transport aérien de la personne couverte à l'hôpital le plus près apte à fournir les soins appropriés, en cas d'urgence médicale.</p>

<p>ÉQUIPEMENTS ET FOURNITURES MÉDICALES</p>	
<p>AIDES À LA MOBILITÉ</p>	
<p>Frais admissibles</p>	<p>Limitation et/ou maximum payable par personne couverte</p>
<p>Marchettes, cannes ou béquilles</p>	<p>Achat ou location, à la discrétion de DSF</p>

Fauteuils roulants	<p>Achat et réparation, ou location, à la discrétion de DSF, jusqu'à concurrence du coût d'un fauteuil roulant non motorisé, à moins que l'état de santé de la personne couverte requiert l'usage exclusif d'un fauteuil motorisé</p> <p>1 500 \$ par fauteuil, plus les piles pour fauteuil roulant motorisé admissible</p>
FOURNITURES ORTHOPÉDIQUES	
Frais admissibles	Limitation et/ou maximum payable par personne couverte
<p>Chaussures orthopédiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • chaussures fabriquées sur mesure • chaussures ouvertes • chaussures évasées ou droites • chaussures nécessaires au maintien des attelles de Denis Browne • chaussures préfabriquées modifiées ou ajustées • modifications ou ajustements à des chaussures préfabriquées • chaussures profondes * 	<p>Fabriquées et facturées par un centre reconnu par DSF. De plus, les chaussures doivent être fabriquées et les modifications ou ajustements à des chaussures préfabriquées ou de série doivent être effectués par un orthésiste membre en règle d'une association professionnelle reconnue par DSF.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une paire par année civile jusqu'à concurrence de 250 \$ pour les adultes • 2 paires par année civile jusqu'à concurrence de 250 \$ pour les enfants de moins de 18 ans <p>* Ce maximum s'applique séparément sur les chaussures profondes.</p>
Orthèses de pied	<p>Fabriquées et facturées par un centre reconnu par DSF. De plus, elles doivent être fabriquées sur mesure par un orthésiste membre en règle d'une association professionnelle reconnue par DSF</p> <ul style="list-style-type: none"> • 200 \$ par année civile
Attelles rigides ou semi-rigides, bandages herniaires et plâtres	Achat et réparation
Corsets médicaux	Achat et réparation

PROTHÈSES	
Frais admissibles	Limitation et/ou maximum payable par personne couverte
Prothèses auditives	500 \$ par période de 36 mois, y compris les piles
Prothèses capillaires	Lorsque requises à la suite de la chute temporaire des cheveux en cas d'alopecie, de chimiothérapie ou de radiothérapie Montant viager de 200 \$
Prothèses mammaires	Lorsque requises à la suite d'une mastectomie, jusqu'à concurrence : <ul style="list-style-type: none"> • du coût de prothèses mammaires externes; et • 250 \$ par période de 24 mois, y compris 2 soutiens-gorge post-mastectomie
Membres artificiels et prothèses myoélectriques	<ul style="list-style-type: none"> • Achat, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par prothèse • Réparation, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par réparation • Remplacement rendu nécessaire par un changement physiologique, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par prothèse
Yeux artificiels	Achat et réparation, 5 000 \$ par prothèse

AUTRES ÉQUIPEMENTS ET FOURNITURES MÉDICALES

Frais admissibles	Limitation et/ou maximum payable par personne couverte
Glucomètres	Un appareil par période de 36 mois jusqu'à concurrence de 200 \$
Fournitures pour pompes à insuline	Achat
Bas de contention	Achat, à condition qu'ils soient de compression d'au moins 20mm/Hg 500 \$ par année civile
Stérilets ou diaphragmes	Montant global de 50 \$ par année civile
Neurostimulateurs TENS et leurs fournitures	Achat ou location, à la discrétion de DSF Montant viager de 700 \$
Cathéters	Achat
Fournitures pour les stomies	Achat
Fournitures pour les paraplégiques	Achat, jusqu'à concurrence d'un montant viager de 10 000 \$
Fournitures médicales servant au gavage	Achat
Fournitures médicales suite à une trachéotomie	Achat
Lunettes opaques	Achat, à condition qu'elles soient requises lors d'un traitement de radiothérapie ou contre le psoriasis
Vêtements compressifs	Achat
Pansements médicamenteux	Achat
Couvre-moignons	Achat, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par item

Fournitures pour incontinence	Achat, jusqu'à concurrence d'un montant viager de 10 000 \$
Oxygène et matériel nécessaire à son administration	Achat ou location, à la discrétion de DSF
Pompes à lymphoedème	Achat
Accessoires de percussion thoracique	Achat
Appareils d'énurésie	Achat ou location, à la discrétion de DSF Montant viager de 10 000 \$
Lits d'hôpital	Achat et réparation, ou location, à la discrétion de DSF, jusqu'à concurrence du coût d'un lit d'hôpital non électrique, à moins que l'état de santé de la personne couverte requiert l'usage exclusif d'un lit électrique
Appareils CPAP ou orthèses d'avancée mandibulaire	Achat ou location, à la discrétion de DSF
Autres équipements et leurs fournitures : <ul style="list-style-type: none"> • appareils d'aérosolthérapie • pompes à insuline • stimulateurs osseux Des équipements additionnels peuvent être inclus selon ce qui est établi par DSF.	Achat ou location, à la discrétion de DSF Montant viager global de 10 000 \$ pour l'ensemble des équipements et leurs fournitures

SERVICES DIAGNOSTIQUES	
Frais admissibles	Limitation et/ou maximum payable par personne couverte
Techniques d'imagerie Analyses de laboratoire Test de dépistage prénatal	À but diagnostique, jusqu'à concurrence de 1 000 \$ par année civile

SOINS DENTAIRES À LA SUITE D'UN ACCIDENT	
Frais admissibles	Limitation et/ou maximum payable par personne couverte
Les services d'un dentiste requis pour réparer et remplacer des dents saines par suite d'un coup accidentel à la bouche	Le coup accidentel doit avoir été reçu pendant que la personne est couverte en vertu de cette garantie ou d'une garantie comparable en vigueur immédiatement avant la date de prise d'effet de cette garantie.
Dent saine désigne une dent naturelle qui ne fait l'objet d'aucune atteinte pathologique, soit dans sa matière ou dans les structures qui lui sont adjacentes. Une dent naturelle traitée ou réparée qui a retrouvé sa fonction normale est considérée comme saine.	<p>Dans les 12 mois de l'accident :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les soins dentaires doivent être rendus; ou • un plan de traitement jugé satisfaisant par DSF doit être présenté. <p>DSF n'accorde aucun remboursement pour des soins reçus plus de 2 ans après l'accident.</p> <p>Le coût des frais admissibles est limité aux honoraires prévus dans le guide des tarifs de l'année en cours des actes bucco-dentaires des associations dentaires provinciales utilisé par les praticiens généralistes de la province de résidence de l'adhérent.</p>

CURE DE DÉSINTOXICATION	
Frais admissibles	Limitation et/ou maximum payable par personne couverte
Frais de chambre et pension pour une cure de désintoxication dans un centre reconnu par DSF et spécialisé dans le traitement de l'alcoolisme, la toxicomanie ou la dépendance aux jeux	L'état de la personne doit nécessiter une cure sous la surveillance et le contrôle d'un médecin et le séjour doit être préalablement approuvé par DSF. 60 \$ par jour, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 2 500 \$

SOINS DE LA VUE	
Frais admissibles	Limitation et/ou maximum payable par personne couverte
Examen de la vue	Régime Base : Frais non couverts Régime Enrichi : 250 \$ par période de 24 mois. Ce maximum est combiné à celui pour les lunettes, lentilles cornéennes et chirurgie
Lunettes, lentilles cornéennes et chirurgie	Régime Base : Frais non couverts Régime Enrichi : Achat et remplacement Les lunettes et les lentilles cornéennes doivent être prescrites par un ophtalmologiste ou un optométriste et fournies par un ophtalmologiste, un optométriste ou un opticien, pour corriger la vue Chirurgie au laser pour corriger la vue Montant global de 250 \$ par période de 24 mois. Ce maximum est combiné avec celui pour l'examen de la vue

ORIENTATION VERS UN MÉDECIN

Les frais admissibles sont ceux énumérés ci-dessous et engagés à l'extérieur de la province de résidence de la personne couverte à la suite d'une orientation vers un médecin, sous réserve de ce qui suit :

- 1) le service ou le traitement ne se donne pas au Canada ou dans la province de résidence de la personne couverte;
- 2) la personne couverte doit fournir à DSF une lettre écrite par un médecin de sa province de résidence et dans laquelle le médecin indique qu'elle est orientée vers un autre médecin;
- 3) DSF doit donner son autorisation écrite au préalable; et
- 4) le régime provincial d'assurance hospitalisation et/ou d'assurance maladie doit participer au remboursement des frais admissibles.

Frais admissibles	Limitation et/ou maximum payable
<u>Frais médicaux</u>	
Frais de chambre et pension dans un hôpital	Au Canada : même couverture que celle prévue à la disposition « Au Canada » de cette garantie À l'extérieur du Canada : chambre semi-privée
Autres services hospitaliers	
Honoraires d'un médecin, d'un chirurgien et d'un anesthésiste	
<u>Frais de transport</u>	
Les frais de transport de la personne couverte vers le lieu de traitement par un moyen de transport adéquat pour qu'elle puisse y recevoir les soins appropriés	
Les frais de transport d'un membre de la famille immédiate qui accompagne la personne couverte vers le lieu de traitement (en même temps que le transport de la personne couverte)	

<p>Le transport aller et retour en classe économique d'un accompagnateur médical qualifié lorsque prescrit par le médecin traitant</p>	<p>L'accompagnateur ne doit pas être un membre de la famille immédiate, ni un ami, ni un compagnon de voyage</p>
<p>Le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la famille immédiate de visiter la personne couverte qui séjourne à l'hôpital pendant au moins 7 jours</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La personne couverte ne doit pas déjà être accompagnée par un membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus • Les frais de subsistance du membre de la famille immédiate sont limités à 1 500 \$ • La nécessité de la visite doit être confirmée par le médecin traitant
<p>En cas de décès de la personne couverte, le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la famille immédiate d'aller identifier la dépouille avant le rapatriement</p>	<p>La personne couverte ne doit pas déjà être accompagnée par un membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus</p>
<p>En cas de décès de la personne couverte, les frais pour la préparation du corps et le retour de la dépouille ou de ses cendres à son lieu de résidence par la route la plus directe (avion, autobus, train)</p>	<p>5 000 \$</p> <p>Le coût du cercueil ou de l'urne n'est pas inclus</p>
<p><u>Frais de subsistance</u></p>	
<p>Le coût des repas et de l'hébergement de la personne couverte pour la durée de son traitement.</p> <p>Les frais additionnels de garde des enfants qui ne l'accompagnent pas.</p>	<p>200 \$ par jour par personne couverte pendant un maximum de 10 jours pour l'ensemble des frais</p>

<u>Frais d'appels interurbains</u>	
Les frais d'appels interurbains pour joindre un membre de la famille immédiate si la personne couverte est hospitalisée	<ul style="list-style-type: none"> • 50 \$ par jour et un maximum global de 200 \$ par période d'hospitalisation • La personne couverte n'est pas déjà accompagnée par un membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus • Ces frais sont admissibles au remboursement si des frais de transport pour permettre à un membre de la famille immédiate de visiter la personne hospitalisée ne sont pas remboursés
Prestation maximale globale	
Frais engagés à l'extérieur de la province de résidence, mais au Canada	Aucun maximum
Frais engagés à l'extérieur du Canada	50 000 \$ par année civile par personne couverte

ASSURANCE VOYAGE

Lorsqu'une personne couverte doit engager des frais en raison d'une urgence médicale survenant au cours des 180 premiers jours d'un séjour à l'extérieur de sa province de résidence, DSF rembourse les frais admissibles conformément aux conditions suivantes :

- 1) la personne doit être couverte par un régime provincial d'assurance maladie au Canada;
- 2) les frais doivent être couverts en vertu de la garantie soins de santé; et
- 3) l'état de santé de la personne couverte devait être stable avant la date de début du voyage.

L'adhérent doit communiquer avec DSF si la durée du séjour à l'étranger est ou pourrait être supérieure à 180 jours, sans quoi la personne couverte pourrait ne pas être couverte.

Les décisions médicales prises par un médecin ou un autre professionnel de la santé, à l'emploi de Voyage Assistance, lié par contrat à Voyage Assistance ou désigné par cette dernière, sont fondées sur des facteurs médicaux et servent à déterminer la nécessité d'offrir les services ci-dessous.

Frais admissibles	Limitation et/ou maximum payable
<u>Frais médicaux</u>	
Frais de séjour dans un hôpital, jusqu'à ce que la personne couverte reçoive son congé de l'hôpital	Chambre semi-privée
Autres services hospitaliers	
Honoraires d'un médecin, d'un chirurgien et d'un anesthésiste	
Tous les autres frais admissibles en vertu de la disposition « Au Canada » de cette garantie	
<u>Frais de transport</u> Pour être admissibles, les frais énumérés ci-dessous doivent être approuvés et planifiés par Voyage Assistance.	
Les frais de rapatriement de la personne couverte à son lieu de résidence par un moyen de transport public adéquat pour qu'elle puisse y recevoir les soins appropriés dès que son état de santé le permet	Ces frais ne sont pas admissibles si le moyen de transport initialement prévu pour le retour peut être utilisé
Les frais pour le rapatriement, en même temps que le rapatriement de la personne couverte, de toute autre personne couverte en vertu de cette garantie	Ces frais ne sont pas admissibles si le moyen de transport initialement prévu pour le retour peut être utilisé

<p>Les frais de transport public adéquat pour le rapatriement d'enfants qui accompagnent la personne couverte et dont elle a la garde durant le voyage si :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la personne couverte doit être rapatriée ou si elle doit demeurer à l'hôpital plus de 24 heures; et • aucune autre personne ne peut ramener les enfants à leur lieu de résidence. 	
<p>Le coût supplémentaire de transport pour le rapatriement d'un chat ou d'un chien qui accompagne la personne couverte si :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la personne couverte doit être rapatriée; et • aucune autre personne ne peut ramener l'animal au lieu de résidence de la personne couverte. 	<p>500 \$ par voyage</p>
<p>Les frais de transport de bagages de la personne couverte si elle doit être rapatriée, pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'excédent de bagages s'ils sont rapportés par une autre personne; ou • le retour de bagages au lieu de résidence de la personne couverte si aucune autre personne ne peut les rapporter. 	<p>300 \$ par voyage</p>
<p>Le transport aller et retour en classe économique d'un accompagnateur médical qualifié lorsque prescrit par le médecin traitant</p>	<p>L'accompagnateur ne peut pas être un membre de la famille immédiate, ni un ami, ni un compagnon de voyage</p>

<p>Le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la famille immédiate de visiter la personne couverte qui séjourne à l'hôpital pendant au moins 7 jours</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La personne couverte ne doit pas déjà être accompagnée par un membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus • Les frais de subsistance du membre de la famille immédiate sont limités à 1 500 \$ • La nécessité de la visite doit être confirmée par le médecin traitant
<p>Les frais de retour du véhicule de la personne couverte ou de celui qu'elle a loué, si :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la personne couverte souffre d'une incapacité résultant d'une urgence médicale; • l'incapacité est certifiée par un médecin et empêche la personne couverte de conduire ce véhicule; et • aucun membre de la famille immédiate ou compagnon de voyage l'accompagnant ne peut retourner le véhicule. <p>Les frais d'une agence professionnelle de transport de véhicules ou les frais raisonnables et nécessaires engagés par la personne couverte pour l'essence, les repas, l'hébergement et un billet aller seulement en classe économique</p>	<p>Le véhicule doit être en état de marche pour effectuer le voyage de retour sans problème mécanique</p> <p>2 500 \$ par voyage</p>
<p>En cas de décès de la personne couverte, le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la famille immédiate d'aller identifier la dépouille avant le rapatriement</p>	<p>La personne couverte ne doit pas déjà être accompagnée par un membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus</p>

<p>En cas de décès de la personne couverte :</p> <ul style="list-style-type: none"> les frais pour la préparation du corps et le retour de la dépouille ou de ses cendres à son lieu de résidence par la route la plus directe (avion, autobus, train); ou les frais pour la préparation du corps et les frais d'incinération ou d'enterrement, si la dépouille n'est pas rapatriée à son lieu de résidence 	<p>5 000 \$</p> <p>Le coût du cercueil ou de l'urne n'est pas inclus</p>
<p><u>Frais de subsistance</u></p>	
<p>Le coût des repas et de l'hébergement de la personne couverte qui doit reporter son retour en raison d'une maladie ou d'un accident constaté par un médecin et qu'elle subit elle-même ou que subit un membre de sa famille immédiate qui l'accompagne ou un compagnon de voyage</p> <p>Les frais additionnels de garde des enfants qui n'accompagnent pas la personne couverte</p>	<p>200 \$ par jour par personne couverte, pendant un maximum de 10 jours par voyage, pour l'ensemble de ces frais</p>
<p><u>Frais d'appels interurbains</u></p>	
<p>Les frais d'appels interurbains pour joindre un membre de la famille immédiate si la personne couverte est hospitalisée</p>	<ul style="list-style-type: none"> 50 \$ par jour et un maximum global de 200 \$ par période d'hospitalisation La personne couverte ne doit pas déjà être accompagnée par un membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus Ces frais sont admissibles si des frais de transport pour permettre à un membre de la famille immédiate de visiter la personne hospitalisée ne sont pas remboursés

Prestation maximale globale

Tous les frais admissibles

Montant viager de 5 000 000 \$
par personne couverte

RESTRICTIONS, LIMITATIONS ET EXCLUSIONS

DSF se réserve le droit d'appliquer certaines restrictions, limitations et exclusions, notamment pour les soins, produits ou médicaments qui :

- 1) sont utilisés pour traiter des conditions spécifiques autres que celles pour lesquelles ils ont été approuvés par Santé Canada;
- 2) font l'objet d'une consommation plus élevée que celle prévue par les critères de bonnes pratiques cliniques établis par DSF; ou
- 3) ne répondent pas aux critères d'autorisation préalable établis par DSF à la date à laquelle les frais sont engagés.

Restrictions additionnelles applicables aux médicaments

La provision de médicaments d'entretien est limitée à 100 jours. La provision de tout autre médicament ou produit est limitée à 60 jours.

Limitations

Les frais admissibles sont assujettis aux limites et maximums indiqués dans cette garantie.

Clause alternative

Pour tous les frais admissibles pour lesquels plusieurs produits sont disponibles sur le marché, les prestations sont limitées au prix du produit le moins cher qui constitue un traitement raisonnable.

Limitations additionnelles applicables aux médicaments

Pour les médicaments biologiques, DSF se réserve le droit de rembourser un médicament biosimilaire moins cher s'il en existe un sur le marché.

Limitations et exclusions applicables au réseau de fournisseurs privilégiés

Les prestations peuvent être limitées ou aucun remboursement effectué pour des soins, produits ou médicaments disponibles dans le réseau de fournisseurs privilégiés mais obtenus d'un autre fournisseur.

Exclusions générales

Aucun remboursement n'est effectué pour ce qui suit :

- 1) services ou soins qu'un régime public d'assurance maladie interdit de payer en totalité ou en partie, sauf dans la mesure où il permet un remboursement excédentaire;
- 2) services, soins ou produits que la personne reçoit gratuitement ou qui sont remboursables en vertu de toute loi provinciale ou fédérale applicable à la personne couverte, qu'elle soit ou non couverte par ces lois;
- 3) frais admissibles qui découlent directement ou indirectement de ce qui suit :
 - a) soins esthétiques autres que ceux prévus dans cette garantie;
 - b) infraction ou tentative d'infraction criminelle, incluant la conduite avec facultés affaiblies, tel que prévu au Code criminel du Canada;
 - c) toute cause pour laquelle les frais sont admissibles à un remboursement en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou de toute loi semblable ou en vertu de tout autre régime public;
 - d) guerre, déclarée ou non, service actif dans les forces armées d'un pays, ou participation à une émeute, une insurrection ou une agitation populaire;
- 4) services, soins ou produits de nature expérimentale;
- 5) services, soins ou produits fournis par l'employeur;
- 6) services, soins ou produits fournis à la personne couverte par un proche parent;
- 7) hébergement dans un établissement hospitalier si l'objet principal du séjour est la participation à un programme thérapeutique, une thérapie ou une cure;
- 8) hébergement dans une maison de convalescence ou de réadaptation, si l'objet principal du séjour est la surveillance du malade;
- 9) hébergement dans un établissement pour malades chroniques;
- 10) soins infirmiers à domicile qui sont uniquement dispensés à titre de soins de protection, d'accompagnement, de psychothérapie ou de surveillance;

- 11) appareils robotisés d'aide à la marche;
- 12) chaussures normales faisant partie de l'inventaire courant;
- 13) frais engagés pour tout ce qui est implanté chirurgicalement;
- 14) supports de genre « Obus Forme » ou de même type;
- 15) cours et programmes d'exercice physique en tous genres;
- 16) bains thérapeutiques en tous genres;
- 17) cures de jeûne et tous les frais s'y rattachant;
- 18) appareils, fournitures et équipements conçus ou adaptés pour permettre la participation à des activités sportives;
- 19) services diagnostiques reçus à l'hôpital et frais engagés pour des tests génétiques;
- 20) soins dentaires qui ne résultent pas d'un accident ou qui résultent de l'introduction volontaire ou involontaire d'une substance alimentaire ou d'un objet dans la bouche;
- 21) actes dentaires et fournitures ayant pour but la restauration de la bouche au complet et la correction de la dimension verticale ou de toute dysfonction temporo-mandibulaire;
- 22) fournitures pour incontinence;
- 23) frais engagés pour le traitement de la dysfonction sexuelle;
- 24) Régime Base - examens de la vue;
- 25) Régime Base - lunettes, lentilles cornéennes, chirurgie au laser, lunettes de soleil ou lunettes protectrices;
- 26) Régime Enrichi - lunettes de soleil ou lunettes protectrices;
- 27) voyages de santé ou voyages effectués pour subir des examens médicaux à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification; ou
- 28) services, soins ou produits non inclus dans la liste des frais admissibles.

Exclusions additionnelles applicables aux médicaments

- 1) médicaments ou produits qui sont inscrits sur la liste des médicaments ou produits exclus, disponible sur le site web de DSF. Cette liste est établie en fonction, notamment, des données relatives à l'efficacité des médicaments ou produits par rapport aux coûts qui y sont reliés, des lignes directrices de pratique clinique et des recommandations émises par les organismes d'évaluation des technologies de la santé;

- 2) médicaments ou produits considérés par DSF comme devant être administrés à l'hôpital ou en milieu hospitalier, notamment ceux nécessitant une surveillance médicale particulière pendant le traitement en raison de la gravité de l'état du patient, de la complexité du traitement ou pour des motifs de sécurité. Afin d'identifier ces médicaments ou produits, DSF utilise, sans s'y limiter, les données provenant des monographies de produits approuvées par Santé Canada et des recommandations émises par les organismes d'évaluation des technologies de la santé;
- 3) médicaments ou produits destinés à être administrés en milieu hospitalier à un patient interne ou externe, et non pour utilisation au domicile du patient;
- 4) produits contraceptifs autres que les contraceptifs hormonaux;
- 5) anesthésiques;
- 6) sclérothérapie utilisée principalement pour des raisons esthétiques et non réellement pathologiques, et honoraires du médecin;
- 7) médicaments pour le traitement de l'obésité;
- 8) produits antitabac;
- 9) les produits suivants, qu'ils soient ou non prescrits :
 - a) shampoings et autres produits pour le cuir chevelu, y compris les produits pour la pousse des cheveux;
 - b) produits pour soins esthétiques, écrans solaires, savons et autres produits d'hygiène;
 - c) produits naturels et produits homéopathiques;
 - d) pansements non médicamentés et désinfectants;
 - e) préparations de lait de toute nature pour bébés;
 - f) suppléments diététiques.
- 10) actes médicaux pour l'administration de médicaments et produits.

Exclusion additionnelle applicable au programme d'accompagnement patient

La personne couverte qui ne participe pas au programme pourrait ne pas être admissible au remboursement des médicaments.

Exclusion additionnelle applicable au programme de soutien au patient

La personne couverte qui ne participe pas au programme pourrait ne pas être admissible au remboursement des médicaments.

Exclusions additionnelles applicables à l'assurance voyage

Voyage Assistance doit être contactée immédiatement lorsque des services à l'extérieur de la province de résidence de l'adhérent sont nécessaires en raison d'une urgence médicale. À défaut d'effectuer cette démarche, le remboursement d'une partie des frais admissibles engagés pourrait être réduit ou refusé. DSF n'est pas responsable de la disponibilité ou de la qualité des soins médicaux administrés même après le rapatriement.

Aucun remboursement n'est effectué :

- 1) si le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir des traitements médicaux ou paramédicaux ou des services hospitaliers;
- 2) pour une chirurgie ou un traitement, lorsque ceux-ci sont facultatifs ou non urgents, c'est-à-dire qu'ils auraient pu être prodigués dans la province de résidence de la personne couverte sans danger pour sa vie ou sa santé, même si les soins sont prodigués à la suite d'une urgence médicale;
- 3) si la personne couverte ne consent pas :
 - a) au traitement prescrit par le médecin ou par Voyage Assistance;
 - b) à changer d'hôpital ou de clinique;
 - c) à se faire examiner pour permettre l'établissement d'un diagnostic;
 - d) au rapatriement lorsqu'il est recommandé par Voyage Assistance;
- 4) pour toute urgence médicale survenue dans un pays, une région ou un endroit pour lesquels le gouvernement du Canada a émis un avertissement d'éviter tout voyage, avant la date de début du voyage.

La personne couverte qui se trouve dans le pays, la région ou l'endroit faisant l'objet d'un avertissement émis en cours de voyage n'est pas visée par cette exclusion. Elle doit toutefois prendre les dispositions nécessaires pour quitter ce pays, cette région ou cet endroit dès que possible mais au plus tard dans les 14 jours qui suivent l'émission de l'avertissement;

- 5) si la personne couverte refuse de divulguer les renseignements nécessaires à DSF relativement aux autres régimes d'assurance en vertu desquels elle bénéficie également de garanties d'assurance voyage ou si elle refuse à DSF l'utilisation de tels renseignements;

- 6) si les frais engagés sont reliés à un état de santé qui n'était pas stable avant la date de début du voyage;
- 7) si un médecin a déconseillé à la personne couverte de voyager;
- 8) pour les frais engagés pour une grossesse, une fausse couche, un accouchement ou leurs complications, lorsque ces frais sont engagés après les 32 premières semaines de grossesse;
- 9) pour tout accident survenant durant le voyage et qui résulte de la pratique par la personne couverte d'une activité sportive contre rémunération (incluant les prix remis en argent) ou d'un sport ou d'une activité représentant un haut degré de risque, notamment :
 - a) le deltaplane et le parapente;
 - b) le kitesurf, si la personne couverte ne détient pas une qualification IKO de niveau 3 et plus;
 - c) le parachutisme et la chute libre;
 - d) le saut à l'élastique (bungee jumping);
 - e) l'escalade pratiquée à l'extérieur et pas en moulinette;
 - f) l'alpinisme sur une route de difficulté cotée 4 ou 5 sur l'échelle du Yosemite Decimal System;
 - g) le ski acrobatique pratiqué dans le cadre d'un entraînement, d'une préparation à une compétition ou d'une compétition;
 - h) le ski hors-piste en dehors des itinéraires balisés ou surveillés d'une station de ski;
 - i) la plongée autonome en tant qu'amateur, si la personne couverte ne détient pas une qualification de plongeur (au moins le niveau de base) d'une école de plongée certifiée;
 - j) les sports de combat;
 - k) les courses et les entraînements de véhicules motorisés.

GARANTIE SOINS DENTAIRES – PROGRAMME FLEXIBLE

Régimes Base et Enrichi

SOMMAIRE DE LA GARANTIE

Dès réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par DSF attestant qu'une personne couverte a engagé des frais admissibles pendant qu'elle était couverte en vertu de cette garantie, DSF rembourse ces frais conformément aux dispositions de la police.

Franchise	
Régimes Base et Enrichi	
Frais admissibles	Montant
Tous les frais admissibles	Aucune

Pourcentage de remboursement	
Régime Base	
Frais admissibles	Pourcentage
Soins de prévention	75 %
Soins de base	75 % (50 % pour les soins d'endodontie, de parodontie et d'entretien de prothèses amovibles)
Soins de restauration majeure	50 %
Orthodontie	Frais non couverts

Régime Enrichi	
Frais admissibles	Pourcentage
Soins de prévention	90 %
Soins de base	90 % (80 % pour les soins d'endodontie, de parodontie et d'entretien de prothèses amovibles)
Soins de restauration majeure	80 %
Orthodontie	50 %

Prestation maximale	
Régime Base	
Frais admissibles	Montant
Soins de prévention, de base et de restauration majeure	Montant global de 300 \$ par année civile par personne couverte
Orthodontie	Frais non couverts
Régime Enrichi	
Frais admissibles	Montant
Soins de prévention, de base et de restauration majeure	Montant global de 2 000 \$ par année civile par personne couverte
Orthodontie	Montant viager de 2 000 \$ par personne couverte

PAIEMENT DES PRESTATIONS

Pour tous les frais admissibles, DSF rembourse la partie des frais qui excède la franchise, sous réserve du pourcentage de remboursement.

Pour être considérés comme admissibles, les frais doivent être nécessaires et recommandés par un dentiste, et dispensés par :

- 1) un dentiste;
- 2) un hygiéniste dentaire lorsque ces services sont dans les limites de sa compétence; ou
- 3) un denturologiste diplômé.

Les frais admissibles sont considérés avoir été engagés à la date à laquelle le service a été rendu ou les fournitures obtenues. Pour les soins suivants, la date à laquelle les frais sont engagés est :

- 1) pour un pont, une couronne, une prothèse ou tout autre appareil, la date de pose de l'appareil; et
- 2) pour les traitements de canaux, la date du dernier traitement.

ÉVALUATION PRÉALABLE DES PRESTATIONS

Lorsque le coût global estimatif de soins dentaires pour une personne couverte dépasse 500 \$, il est conseillé à l'adhérent de présenter un plan de traitement détaillé à DSF avant le début de ce traitement. Le plan de traitement doit indiquer le type de soins à fournir, les dates prévues des soins et les sommes exigées pour chaque soin.

Aucune prestation n'est payable pour les frais engagés après la date à laquelle la couverture de l'adhérent cesse, même si le plan de traitement détaillé a été complété et que DSF avait prévu des prestations avant cette date de cessation.

GUIDE DES TARIFS

Les frais admissibles sont basés sur le guide des tarifs des actes bucco-dentaires des associations dentaires provinciales utilisé par les praticiens généralistes de la province où le traitement est donné, et reconnu par DSF, pour l'année civile durant laquelle les frais sont engagés.

En l'absence d'un guide des tarifs reconnu par DSF ou si le guide n'est pas reconnu par DSF pour l'année durant laquelle les frais sont engagés, les frais admissibles sont basés sur les frais raisonnables et coutumiers.

FRAIS ADMISSIBLES**AU CANADA**

SOINS DE PRÉVENTION	
Frais admissibles	Limitation et/ou maximum par personne couverte
Examens	
<ul style="list-style-type: none">Examen buccal complet	Un par période de 24 mois
<ul style="list-style-type: none">Examen buccal préventif ou de rappel	Régime Base : Un par période de 9 mois Régime Enrichi : Un par période de 6 mois
<ul style="list-style-type: none">Examen buccal d'urgence	
<ul style="list-style-type: none">Examen buccal d'aspect particulier	
<ul style="list-style-type: none">Examen parodontal	
<ul style="list-style-type: none">Examen des dysfonctions stomatognathiques	Un par période de 60 mois
<ul style="list-style-type: none">Examen prosthodontique	Un par période de 24 mois
<ul style="list-style-type: none">Examen spécifique d'orthodontie	
Radiographies	
<ul style="list-style-type: none">Série complète de radiographies ou une radiographie panoramique	Une par période de 24 mois
<ul style="list-style-type: none">Radiographies intraorales et extraorales et radiographies servant à diagnostiquer un symptôme ou à examiner les progrès dans une série de traitements particuliers	Radiographies intraorales : 2 par année civile Autres radiographies : Frais couverts
<ul style="list-style-type: none">Photographie	

Tests et examens de laboratoire	
• Tests microbiologiques	
• Biopsies	
• Test de vitalité	
• Modèles de diagnostic, non montés et montés	
Consultations	
• Consultation avec un patient	Un jour autre que celui de l'examen
Services de prévention	
• Instruction d'hygiène buccale	
• Polissage	Régime Base : Un par période de 9 mois Régime Enrichi : Un par période de 6 mois
• Détartrage léger à des fins préventives plutôt que thérapeutiques	Régime Base : Un par période de 9 mois Régime Enrichi : Un par période de 6 mois
• Détartrage à des fins thérapeutiques	12 unités de temps par année civile
• Application topique de fluorure	Régime Base : Pour les enfants de moins de 16 ans, une par période de 9 mois Régime Enrichi : Pour les enfants de moins de 16 ans, une par période de 6 mois
• Finition des obturations, incluant les modifications de la morphologie de dents pour raison fonctionnelle/Améloplastie	

<ul style="list-style-type: none"> • Scellants de puits et fissures 	Pour les enfants de moins de 16 ans
<ul style="list-style-type: none"> • Meulage interproximal 	Pour les enfants de moins de 16 ans
<ul style="list-style-type: none"> • Appareils de maintien 	En l'absence de dents primaires et seulement pour les enfants de moins de 18 ans
<ul style="list-style-type: none"> • Ajustement pour appareil parodontal pour contrôler uniquement le bruxisme 	Un ajustement par année
<ul style="list-style-type: none"> • Équilibrage de l'occlusion 	8 unités de temps par période de 12 mois ou Un majeur et 3 mineurs par période de 12 mois

SOINS DE BASE	
Frais admissibles	Limitation et/ou maximum par personne couverte
Restauration	
<ul style="list-style-type: none"> • Restaurations en amalgame (gris) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Restaurations en composite (blanc) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Tenons de rétention pour restauration en amalgame ou en composite 	
<ul style="list-style-type: none"> • Couronnes préfabriquées en acier inoxydable et en polycarbonate 	Sur les dents primaires
<ul style="list-style-type: none"> • Carie / trauma / contrôle de la douleur, acte distinct d'une restauration 	
<ul style="list-style-type: none"> • Aurification 	

Endodontie	
<ul style="list-style-type: none"> • Urgence endodontique et traitement de la chambre pulpaire 	
<ul style="list-style-type: none"> • Thérapie endodontique (traitement de canal) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Traitements périapicaux 	
<ul style="list-style-type: none"> • Actes endodontiques divers autres que le blanchiment 	
Parodontie	
<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie parodontale 	
<ul style="list-style-type: none"> • Visites postopératoires 	
<ul style="list-style-type: none"> • Curetage gingival ou surfaçage radiculaire 	Une fois par période de 24 mois
Entretien de prothèses amovibles	
<ul style="list-style-type: none"> • Réparation 	
<ul style="list-style-type: none"> • Addition à une prothèse amovible existante 	
<ul style="list-style-type: none"> • Regarnissage 	
<ul style="list-style-type: none"> • Rebasage 	
<ul style="list-style-type: none"> • Ajustements de prothèses avec ajustements mineurs, 3 mois après l'insertion 	Une fois par période de 6 mois

Chirurgie buccale	
• Extractions	
• Ablation de racines résiduelles	
• Exposition chirurgicale des dents	
• Alvéolectomie, alvéoloplastie, gingivoplastie, stomatoplastie et ostéoplastie	
• Reconstruction du procès alvéolaire	
• Extension des replis muqueux	
• Excisions	
• Incisions	
• Frénectomie	
• Traitement des glandes salivaires	
• Chirurgie antrale (sinus)	
• Contrôle d'hémorragie	
• Soins postopératoires	
Anesthésie	
• Anesthésie générale, sédation consciente et sédation profonde	

SOINS DE RESTAURATION MAJEURE

Mise en bouche initiale

Les frais d'une prothèse dentaire initiale (telle que pont fixe, prothèse amovible partielle ou complète) sont couverts si l'achat est rendu nécessaire en raison de l'extraction d'au moins une dent naturelle et fonctionnelle pendant que la personne est couverte en vertu de cette garantie ou d'une garantie comparable détenue par le titulaire de police immédiatement avant la date de prise d'effet de cette garantie.

Remplacement

Les frais de remplacement d'une prothèse dentaire existante par une prothèse permanente sont couverts si :

- 1) le remplacement est rendu nécessaire en raison de l'extraction d'au moins une dent naturelle pendant que la personne est couverte en vertu de cette garantie ou d'une garantie comparable détenue par le titulaire de police immédiatement avant la date de prise d'effet de cette garantie;
- 2) la prothèse déjà en place date d'au moins 5 ans; ou
- 3) la prothèse déjà en place est temporaire et est remplacée par une prothèse permanente dans les 12 mois suivant la date de l'installation de la prothèse temporaire. Le montant de remboursement de la prothèse permanente est réduit du montant déjà remboursé par DSF pour la prothèse temporaire.

Une prothèse temporaire qui date d'au moins 12 mois est considérée comme une prothèse permanente en vertu de cette disposition.

Frais admissibles	Limitation et/ou maximum par personne couverte
Prothèses amovibles	
• Prothèses complètes	
• Prothèses complètes immédiates	
• Prothèses hybrides standard	
• Prothèses de transition	
• Prothèses partielles, y compris base coulée en chrome (mais pas en or)	

<ul style="list-style-type: none"> • Prothèses partielles, réfection 	
<ul style="list-style-type: none"> • Remontage avec équilibrage de l'occlusion 	
<ul style="list-style-type: none"> • Garnissage temporaire thérapeutique 	
Prothèses fixes (ponts)	
<ul style="list-style-type: none"> • Piliers et pontiques 	
<ul style="list-style-type: none"> • Réparations 	
<ul style="list-style-type: none"> • Ablation de pont 	
<ul style="list-style-type: none"> • Recimentation 	
Autres restaurations	
<ul style="list-style-type: none"> • Facettes, incrustations (inlays et onlays) et couronnes 	<ul style="list-style-type: none"> • Pour une dent qui est fracturée et qui ne peut être traitée au moyen d'une obturation en amalgame ou en composite • Les couronnes de transition sont considérées comme faisant partie de la restauration finale • Les frais de remplacement de facette, incrustation (inlay et onlay) et couronne en place sont couverts si elles datent d'au moins 5 ans • Sur les molaires seules les couronnes en métal sont remboursables
<ul style="list-style-type: none"> • Réparation 	
<ul style="list-style-type: none"> • Tenons de rétention, pivots, corps coulés 	

• Recimentation	
• Ablation d'une incrustation (inlay et onlay) ou d'une couronne	

ORTHODONTIE

Les frais admissibles sont ceux engagés pour un enfant à charge de moins de 18 ans dans le cadre de soins dentaires nécessaires à la correction de la malocclusion des dents.

À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Pour être admissibles, les frais pour des soins dentaires reçus à l'extérieur du Canada doivent être :

- 1) engagés en cas d'urgence seulement; et
- 2) inclus dans la liste des frais admissibles au Canada.

Le remboursement des frais admissibles est basé sur le guide des tarifs des actes bucco-dentaires de l'association dentaire provinciale utilisé par les praticiens généralistes de la province où réside l'adhérent pour l'année civile durant laquelle les frais sont engagés.

RESTRICTIONS, LIMITATIONS ET EXCLUSIONS

Restrictions

Adhésion tardive

Dans le cas d'une demande d'adhésion tardive pour l'adhérent ou ses personnes à charge, le remboursement est limité à 250 \$ par personne couverte pendant les 12 premiers mois de couverture et aucun remboursement n'est effectué pour l'orthodontie pendant les 24 premiers mois de couverture.

Limitations

- 1) Aucun remboursement n'est effectué pour toute partie des frais qui excède les frais suggérés dans le guide des tarifs approprié.
- 2) Les frais de laboratoire sont limités au moindre de ce qui suit :
 - a) les frais de laboratoire raisonnables et coutumiers de la localité où les services sont rendus; ou
 - b) 50 % des frais suggérés dans le guide des tarifs prévu dans cette garantie pour le traitement correspondant.

Clause alternative

Lorsque 2 ou plusieurs traitements sont disponibles pour corriger adéquatement une condition dentaire, les prestations sont limitées au traitement le moins coûteux qui donne un résultat approprié du point de vue professionnel.

La notion de traitement approprié peut varier d'un professionnel à l'autre. Cette limitation n'a pas pour but d'affecter le plan de traitement convenu entre le dentiste et la personne couverte.

Exclusions générales

Aucun remboursement n'est effectué pour ce qui suit :

- 1) services ou soins qu'un régime public d'assurance maladie interdit de payer en totalité ou en partie, sauf dans la mesure où il permet un remboursement excédentaire;
- 2) services, soins ou produits que la personne reçoit gratuitement ou qui sont remboursables en vertu de toute loi provinciale ou fédérale applicable à la personne couverte, qu'elle soit ou non couverte par ces lois;
- 3) soins dentaires qui ne sont pas encore approuvés par l'Association dentaire canadienne ou qui sont dispensés à des fins expérimentales seulement;
- 4) services, soins ou produits fournis par l'employeur;
- 5) frais imposés par un dentiste pour les rendez-vous manqués, pour faire remplir des demandes de remboursement ou pour les consultations par téléphone;

- 6) frais admissibles qui découlent directement ou indirectement de ce qui suit :
 - a) infraction ou tentative d'infraction criminelle, tel que prévu au Code criminel du Canada;
 - b) toute cause pour laquelle les frais sont admissibles à un remboursement en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou d'une loi semblable ou de tout autre régime public;
 - c) guerre, déclarée ou non, service actif dans les forces armées d'un pays, ou participation à une émeute, une insurrection ou une agitation populaire;
- 7) soins dentaires reçus à des fins esthétiques lorsque la forme et la fonction des dents sont satisfaisantes et qu'aucun état pathologique n'existe;
- 8) analyse du régime alimentaire;
- 9) soins et fournitures dentaires, y compris les radiographies, visant :
 - a) la reconstruction de la bouche entière;
 - b) la correction de l'espace vertical;
 - c) la correction du dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire; ou
 - d) le jumelage permanent des dents;
- 10) blanchiment;
- 11) frais engagés pour des implants;
- 12) anesthésie dentaire électronique, anesthésie par acupuncture ou par hypnose;
- 13) services et fournitures dentaires non inclus dans la liste des frais admissibles.

Exclusions additionnelles relatives aux soins de restauration majeure

Aucun remboursement n'est effectué pour ce qui suit :

- 1) frais relatifs au remplacement de prothèses et d'appareils perdus, égarés ou volés;
- 2) prothèses avec des attaches de précision ou des rupteurs de force;
- 3) attaches de précision et couronnes télescopiques pour les ponts fixes;
- 4) couronnes préfabriquées en acier inoxydable ou polycarbonate; et
- 5) chapes de transfert pour une couronne.

Exclusions additionnelles relatives aux traitements orthodontiques

Aucun remboursement n'est effectué pour ce qui suit :

- 1) thérapie myofonctionnelle;
- 2) remplacement ou réparation d'un appareil orthodontique;
- 3) motivation du patient (approche psychologique et évaluation de la progression, par visite);
- 4) acte nécessitant la mise en bouche d'un appareil orthodontique ajustable avant que la personne ne devienne couverte en vertu de cette garantie.

GARANTIE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE – PROGRAMME FLEXIBLE

SOMMAIRE DE LA GARANTIE

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

- 1) est devenu totalement ou partiellement invalide pendant qu'il était couvert en vertu de cette garantie et qu'il est demeuré totalement ou partiellement 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
70 % du revenu mensuel brut, arrondi au prochain multiple de 1 \$, s'il n'en est pas déjà un Maximum : Aucun
Délai de carence
27 semaines
Âge maximum d'admissibilité
64 ans et 25 semaines
Période maximale des prestations
Jusqu'à 65 ans
Imposition des prestations
Imposable

DÉLAI DE CARENCE

Le délai de carence est la période ininterrompue d'invalidité totale ou partielle 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 ou partielle 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 ou partielle 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 ou partiellement 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 ou partielle.

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

Au cours d'une période ininterrompue d'invalidité totale ou partielle 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 ajustées de façon à ce que le montant payable soit égal au montant qui serait payable si aucune indexation n'y était applicable, augmenté du pourcentage d'indexation.

RÉCIDIVE D'INVALIDITÉ

Deux périodes d'invalidité totale ou partielle 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 ou partielle est due à la même cause ou à des causes connexes; et
- 2) moins de 3 mois consécutifs après la fin des prestations d'invalidité de longue durée.

Des périodes successives d'invalidité totale ou partielle 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 ou partielle 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 ou partiellement 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) tout revenu hebdomadaire ou paiement versé par l'employeur mais à l'exclusion du revenu gagné dans le cadre d'un programme de réadaptation jugé satisfaisant par DSF; et

- e) toute prestation d'invalidité payable en vertu d'un autre régime public, à l'exclusion des prestations payables en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi.

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 brut qu'il gagnait immédiatement avant l'invalidité totale ou partielle.

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; et
- f) tout régime de retraite de l'employeur.

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 brut, qu'il gagnait avant son invalidité totale ou partielle.

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 ou partielle 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 ou partielle;
- 2) la période au cours de laquelle l'adhérent prend un congé parental ou familial, pour une invalidité totale ou partielle 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 ou partielle 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.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour toute invalidité totale ou partielle 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 ou partiellement 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 partielle 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 ou partielle;

- 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 – PROGRAMME FLEXIBLE

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	
Régimes	Montant de l'assurance
Base	1 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
Enrichi	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
Régimes	Réduction
Tous	Aucune

GARANTIE VIE FACULTATIVE

Montant de l'assurance		
Adhérent	Conjoint	Chaque enfant
Par tranches de 10 000 \$ Maximum de 500 000 \$ ou 5 fois le revenu annuel, selon le plus petit de ces montants	Par tranches de 10 000 \$ Maximum 100 000 \$	Par tranches de 5 000 \$ Maximum 50 000 \$

Maximum de 50 000 \$ sans preuve d'assurabilité si la demande d'adhésion est remplie dans les délais	Maximum de 50 000 \$ sans preuve d'assurabilité si la demande d'adhésion est remplie dans les délais Le nombre de tranches choisi doit être le même pour le conjoint et les enfants à charge.	Maximum de 25 000 \$ sans preuve d'assurabilité si la demande d'adhésion est remplie dans les délais Le nombre de tranches choisi doit être le même pour le conjoint et les enfants à charge.
Réduction		
Au 65 ^e anniversaire de naissance de l'adhérent le montant de l'assurance est égal au montant détenu avant le 65 ^e anniversaire de naissance de l'adhérent, jusqu'à concurrence de 50 000 \$	Au 65 ^e anniversaire de naissance de l'adhérent le montant de l'assurance est égal au montant détenu avant le 65 ^e anniversaire de naissance de l'adhérent, jusqu'à concurrence de 50 000 \$	Au 65 ^e anniversaire de naissance de l'adhérent le montant de l'assurance est égal au montant détenu avant le 65 ^e anniversaire de naissance de l'adhérent, jusqu'à concurrence de 25 000 \$

EXCLUSION EN CAS DE SUICIDE

DSF ne verse aucune prestation d'assurance vie facultative si la personne se suicide ou décède des suites d'une tentative de suicide, qu'elle soit saine d'esprit ou non, au cours des 2 années qui suivent la date de prise d'effet de :

- 1) la couverture de la personne en vertu de cette garantie;
- 2) sa remise en vigueur; ou
- 3) toute augmentation du montant de la garantie.

La couverture ou l'augmentation est alors nulle et sans effet et la responsabilité de DSF est limitée au remboursement des primes perçues.

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 ou est réduite, 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.

GARANTIE MALADIES GRAVES – PROGRAMME FLEXIBLE

SOMMAIRE DE LA GARANTIE

Sur réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par DSF attestant des conditions suivantes, DSF paie le montant d'assurance applicable à toute maladie admissible, conformément aux dispositions de la police :

- 1) un spécialiste a diagnostiqué chez une personne couverte une des maladies admissibles;
- 2) la personne est couverte par cette garantie lorsque le diagnostic de la maladie dont elle est atteinte est confirmé pour la première fois; et
- 3) la personne couverte a survécu après le diagnostic et les conditions décrites dans la définition de période de survie de cette garantie ont été respectées.

De plus, pour être admissible, une chirurgie énumérée dans la disposition maladies admissibles doit être :

- 1) médicalement nécessaire;
- 2) subie sur recommandation écrite d'un spécialiste; et
- 3) pratiquée par un médecin au Canada.

GARANTIE MALADIES GRAVES FACULTATIVE

Adhérent	
Type de plan	Montant de l'assurance
Base ou Enrichi	Par tranches de 10 000 \$ Minimum 20 000 \$ Maximum 500 000 \$

Personnes à charge		
Montant de l'assurance		
Type de plan	Conjoint	Chaque enfant
Base ou Enrichi	Par tranches de 10 000 \$ Minimum 20 000 \$ Maximum 500 000 \$	Non couvert

MALADIES GRAVES – PLAN DE BASE

Les maladies admissibles suivantes s'appliquent à toutes les personnes couvertes.

Accident vasculaire cérébral

Diagnostic définitif d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose, une hémorragie intracrânienne ou une embolie de source extra crânienne, avec :

- 1) l'apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques; et
- 2) de nouveaux déficits neurologiques objectifs constatés au cours d'un examen clinique et persistant pendant plus de 30 jours suivant la date du diagnostic.

Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostiques.

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

- 1) attaques ischémiques cérébrales transitoires;
- 2) accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme;
- 3) infarctus lacunaire, qui ne correspond pas à la définition d'accident vasculaire cérébral ci-dessus.

Cancer (mettant la vie en danger)

Diagnostic définitif d'une tumeur caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus.

Exclusions : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas suivants de cancers qui ne mettent pas la vie en danger :

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

Période d'exclusion : Aucune prestation n'est payable si, dans les 90 jours suivant la dernière des dates suivantes :

- 1) la date de prise d'effet de la couverture;
- 2) la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de la couverture en vertu de cette garantie;

la personne couverte a

- 1) présenté des signes ou symptômes ou subi des examens approfondis menant à un diagnostic de cancer, admissible ou non en vertu de cette garantie, peu importe la date du diagnostic;
- 2) fait l'objet d'un diagnostic de cancer, couvert ou non en vertu de cette garantie.

L'information médicale doit être transmise à DSF dans les 6 mois suivant la date du diagnostic à défaut de quoi, DSF peut refuser toute demande de prestations pour un cancer ou pour toute maladie grave ou maladie spécifique causée par un cancer ou par son traitement.

Chirurgie coronarienne

Chirurgie du cœur visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'au moins une artère coronaire par pontage aortocoronarien.

Exclusion : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas d'interventions non chirurgicales ou par cathéters, telles que l'angioplastie percutanée et l'utilisation du laser aux fins de désobstruction.

Crise cardiaque (infarctus du myocarde)

Diagnostic définitif de la nécrose d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de la circulation sanguine mise en évidence par l'élévation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques à des niveaux attestant le diagnostic d'un infarctus, et présentant au moins un des éléments suivants :

- 1) symptômes de crise cardiaque;
- 2) nouvelles modifications électrocardiographiques (ECG) qui indiquent un infarctus du myocarde; ou
- 3) apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, sans s'y limiter, une angiographie et une angioplastie coronariennes.

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

- 1) élévation des marqueurs biochimiques cardiaques résultant d'une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, sans s'y limiter, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne et en l'absence d'une onde Q; ou
- 2) découverte fortuite de changements à l'ECG suggérant un ancien infarctus du myocarde ne correspondant pas à la définition de crise cardiaque (infarctus du myocarde) ci-dessus.

MALADIES GRAVES – PLAN ENRICHİ

Les maladies admissibles suivantes s'appliquent à toutes les personnes couvertes.

Accident vasculaire cérébral

Diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose, une hémorragie intracrânienne ou une embolie de source extra crânienne, avec :

- 1) l'apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques; et
- 2) de nouveaux déficits neurologiques objectifs constatés au cours d'un examen clinique et persistant pendant plus de 30 jours suivant la date du diagnostic.

Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostiques.

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

- 1) attaques ischémiques cérébrales transitoires;
- 2) accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme;
- 3) infarctus lacunaire, qui ne correspond pas à la définition d'accident vasculaire cérébral ci-dessus.

Anémie aplasique

Diagnostic formel, confirmé par biopsie, d'une défaillance chronique et persistante de la moelle osseuse qui entraîne l'anémie, la neutropénie et la thrombocytopénie et qui nécessite la transfusion d'un produit sanguin, et un traitement comprenant au moins un des éléments suivants :

- 1) stimulation de la moelle osseuse;
- 2) immunosuppresseurs; ou
- 3) greffe de la moelle osseuse.

Brûlures sévères

Diagnostic formel de brûlures au troisième degré sur au moins 20 % de la surface du corps.

Cancer (mettant la vie en danger)

Diagnostic formel d'une tumeur caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus.

Exclusions : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas suivants de cancers qui ne mettent pas la vie en danger :

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

Période d'exclusion : Aucune prestation n'est payable pour cette condition si, dans les 90 jours suivant la dernière des dates suivantes :

- 1) la date de prise d'effet de la couverture;
- 2) la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de la couverture en vertu de cette garantie;

la personne couverte a :

- 1) présenté des signes ou symptômes ou subi des examens approfondis menant à un diagnostic de cancer, admissible ou non en vertu de cette garantie, peu importe la date du diagnostic;
- 2) fait l'objet d'un diagnostic de cancer, couvert ou non en vertu de cette garantie.

L'information médicale doit être transmise à DSF dans les 6 mois suivant la date du diagnostic à défaut de quoi, DSF peut refuser toute demande de prestations pour un cancer ou pour toute maladie grave ou maladie spécifique causée par un cancer ou par son traitement.

Cardiomyopathie dilatée

Diagnostic formel d'un affaiblissement de la fonction ventriculaire entraînant une déficience physique significative de classe III ou plus selon la « New York Heart Association Classification » (NYHA) des déficiences cardiaques. Le diagnostic doit être confirmé par de nouvelles anomalies cardiaques démontrées par échocardiographie avec une faible fraction d'éjection (moins de 40 %) pendant au moins 3 mois.

La classe III de déficience cardiomyopathique de la NYHA signifie que le patient est confortable au repos et présente des symptômes dans les activités exigeant de moins grands efforts que les activités normales et quotidiennes, malgré la consommation de médicaments et les ajustements diététiques, avec des preuves d'anormalité de fonctions ventriculaires mise en évidence par un examen physique et des analyses de laboratoire.

Exclusion : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas de causes ischémiques et toxiques (incluant l'alcool et les médicaments prescrits ou non) de la cardiomyopathie dilatée.

Cécité

Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la vision des 2 yeux mise en évidence par :

- 1) une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins dans les 2 yeux; ou
- 2) un champ visuel de moins de 20 degrés dans les 2 yeux.

Chirurgie coronarienne

Chirurgie du cœur visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'au moins une artère coronaire par pontage aortocoronarien.

Exclusion : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas d'interventions non chirurgicales ou par cathéters, telles que l'angioplastie percutanée et l'utilisation du laser aux fins de désobstruction.

Chirurgie de l'aorte

Intervention chirurgicale pour remédier à une anomalie de l'aorte qui nécessite une excision et le remplacement chirurgical de l'aorte au moyen d'un greffon. On entend par « aorte », l'aorte thoracique et abdominale, mais non ses ramifications.

Coma

Diagnostic formel d'un état d'inconscience avec absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pour une période continue d'au moins 96 heures, période durant laquelle l'échelle de coma de Glasgow doit indiquer 4 ou moins.

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

- 1) un coma médicalement provoqué;
- 2) un coma résultant directement de l'usage d'alcool ou de drogue;
- 3) un diagnostic de mort cérébrale.

Crise cardiaque (infarctus du myocarde)

Diagnostic formel de la nécrose d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de la circulation sanguine mise en évidence par l'élévation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques à des niveaux attestant le diagnostic d'un infarctus, et présentant au moins un des éléments suivants :

- 1) symptômes de crise cardiaque;
- 2) nouvelles modifications électrocardiographiques (ECG) qui indiquent un infarctus du myocarde; ou
- 3) apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, sans s'y limiter, une angiographie et une angioplastie coronariennes.

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

- 1) élévation des marqueurs biochimiques cardiaques résultant d'une intervention cardiaque intra artérielle incluant, sans s'y limiter, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne et en l'absence d'une onde Q; ou
- 2) découverte fortuite de changements à l'ECG suggérant un ancien infarctus du myocarde ne correspondant pas à la définition de crise cardiaque (infarctus du myocarde) ci-dessus.

Dystrophie musculaire

Diagnostic formel d'un ensemble d'affections héréditaires des muscles pour lesquelles une dégénérescence lente et progressive se produit, résultant en une faiblesse croissante et menant à l'invalidité. Le diagnostic doit être confirmé par une analyse d'ADN, une électromyographie et une biopsie des muscles.

Hépatite virale fulminante

Diagnostic formel de nécrose submassive à massive du foie causée par un virus qui entraîne précipitamment une insuffisance hépatocellulaire, sous réserve de toutes les conditions suivantes :

- 1) diminution rapide du volume du foie confirmé par une échographie abdominale;
- 2) nécrose impliquant entièrement les lobules, ne laissant qu'une trame réticulaire, confirmée par histologie, si applicable;
- 3) détérioration rapide des fonctions hépatiques; et
- 4) amplification de l'ictère.

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

- 1) une hépatite chronique;
- 2) une insuffisance hépatocellulaire causée par l'alcool, les toxines et/ou les drogues.

**Hypertension artérielle pulmonaire primitive
(hypertension artérielle pulmonaire idiopathique et hypertension artérielle
pulmonaire familiale)**

Diagnostic formel d'hypertension artérielle pulmonaire primitive avec un élargissement substantiel du ventricule droit confirmé par des analyses (incluant un cathétérisme cardiaque), entraînant une déficience physique irréversible et permanente de classe IV ou plus selon la « New York Heart Association Classification » (NYHA) des déficiences cardiaques.

La classification NYHA des déficiences cardiaques stipule que la classe IV rend impossible l'accomplissement d'une activité physique sans inconfort et que les symptômes pourraient être présents même au repos.

Exclusion : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans tous les cas d'autres types d'hypertension artérielle pulmonaire.

Infection au VIH dans le cadre de l'occupation

Diagnostic formel d'infection par le virus d'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle durant l'exercice des fonctions normales de l'occupation de la personne couverte, et qui a exposé celui-ci à des fluides corporels contaminés par le VIH, sous réserve de toutes les conditions suivantes :

- 1) la blessure accidentelle doit être déclarée à DSF dans les 14 jours suivant l'accident;
- 2) un test de sérologie VIH doit être effectué dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle et le résultat doit être négatif;
- 3) un test de sérologie VIH doit être effectué entre les 90^e et 180^e jours suivant la blessure accidentelle et le résultat doit être positif;
- 4) tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire reconnu au Canada ou aux États-Unis; et
- 5) la blessure accidentelle doit être rapportée, enquêtée et documentée selon les normes de santé et de sécurité au travail au Canada ou aux États-Unis.

La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir lieu après la plus tardive de la date de prise d'effet de la couverture ou la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de la couverture.

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

- 1) la personne couverte a refusé de recevoir tout vaccin, approuvé et disponible, offrant une protection contre le VIH;
- 2) un traitement approuvé et curatif pour l'infection au VIH était devenu disponible avant la blessure accidentelle; ou
- 3) l'infection au VIH a eu lieu à la suite d'une blessure non accidentelle (incluant mais sans s'y limiter, la transmission sexuelle ou l'usage de drogue intraveineuse).

Insuffisance hépatique à un stade avancé

Diagnostic formel d'insuffisance hépatique due à une cirrhose et entraînant l'ensemble des troubles suivants :

- 1) ictère permanent;
- 2) ascite; et
- 3) encéphalopathie.

Exclusion : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas d'insuffisance hépatique entraînée par l'usage d'alcool ou de drogues.

Insuffisance rénale

Diagnostic formel du stade terminal d'une insuffisance chronique et irréversible des 2 reins qui nécessite des traitements réguliers par hémodialyse ou par dialyse péritonéale, ou une greffe rénale.

Maladie d'Alzheimer

Diagnostic formel d'une affection dégénérative progressive du cerveau. La personne couverte doit présenter des signes de détérioration intellectuelle affectant la mémoire et le jugement et entraînant une réduction marquée du fonctionnement mental et social. Cette réduction doit nécessiter une surveillance journalière d'au moins 8 heures.

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

Maladie de Parkinson

Diagnostic formel de la maladie de Parkinson idiopathique primaire par un neurologue dûment qualifié. Le diagnostic est fondé sur au moins 2 des caractéristiques suivantes :

- 1) rigidité musculaire;
- 2) tremblements;
- 3) bradykinésie.

Exclusion : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans tous les autres types de parkinsonisme.

Maladie du neurone moteur

Diagnostic définitif d'une des maladies suivantes :

- 1) sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig); ou
- 2) sclérose latérale primaire;
- 3) amyotrophie spinale progressive;
- 4) paralysie bulbaire progressive; ou
- 5) paralysie pseudobulbaire.

Méningite bactérienne

Diagnostic formel de méningite, confirmé par un liquide céphalorachidien démontrant une croissance de bactéries pathogènes en culture, qui entraîne un déficit neurologique documenté pendant au moins 90 jours suivant la date du diagnostic.

Exclusion : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans le cas d'une méningite virale.

Paralysie

Diagnostic formel de la perte complète des fonctions musculaires de 2 membres ou plus résultant d'un traumatisme ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, durant une période d'au moins 90 jours suivant l'événement déclencheur.

Perte d'autonomie

Diagnostic formel d'une

- 1) incapacité totale d'effectuer par soi-même au moins 2 des 6 activités de la vie quotidienne suivantes; ou
 - 2) déficience cognitive, telle que définie ci-après;
- pour une période continue de plus de 90 jours sans espoir raisonnable de rétablissement.

Les activités de la vie quotidienne sont :

- 1) prendre son bain – capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires;
- 2) se vêtir – capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris orthèses, membres artificiels ou autres accessoires chirurgicaux;
- 3) faire sa toilette – capacité d'aller aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle;
- 4) être continent – capacité de gérer les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à conserver un niveau d'hygiène personnelle raisonnable;
- 5) se mouvoir – capacité de se mettre au lit ou d'en sortir, de s'asseoir ou de se relever d'un siège ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'équipement d'appoint;
- 6) se nourrir – capacité de consommer de la nourriture ou des breuvages qui ont été préparés et servis, avec ou sans l'aide d'ustensiles adaptés.

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

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

Exclusion : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans tout cas de trouble mental ou nerveux non imputable à une cause organique.

Perte de la parole

Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de l'usage de la parole résultant d'une blessure ou d'une maladie physique, pour une période d'au moins 180 jours.

Exclusion : Aucune prestation n'est payable dans tout cas étant relié à une cause psychiatrique.

Perte de membres

Diagnostic formel du sectionnement complet de 2 ou plusieurs membres au niveau ou au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville résultant d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire.

Remplacement des valves du cœur

Intervention chirurgicale pour remplacer toute valve du cœur par une valve naturelle ou mécanique.

Exclusion : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas de réparation d'une valve cardiaque.

Sclérose en plaques

Diagnostic formel d'au moins une des conditions suivantes :

- 1) au moins 2 épisodes distincts, confirmés par une imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux démontrant des lésions multiples de démyélinisation;
- 2) des anomalies neurologiques bien définies persistant pour une période d'au moins 6 mois, confirmées par une IRM du système nerveux démontrant des lésions multiples de démyélinisation; ou
- 3) un seul épisode, confirmé par plusieurs IRM du système nerveux démontrant des lésions multiples de démyélinisation s'étant développées à des intervalles d'au moins un mois.

Sclérose généralisée évolutive

Diagnostic formel de sclérodémie généralisée évolutive avec atteinte systémique du cœur, des poumons ou des reins. Le diagnostic doit être confirmé catégoriquement par une biopsie et des signes sérologiques.

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

- 1) sclérodémie localisée (sclérodémie ou morphee linéaire);
- 2) fasciite éosinophile; ou
- 3) syndrome de CREST.

Surdité

Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de l'ouïe des 2 oreilles avec un seuil d'audition de 90 décibels ou plus à l'intérieur d'un seuil d'intensité vocale de 500 à 3 000 hertz.

Transplantation d'un organe vital

Transplantation médicalement nécessaire à la suite du diagnostic formel d'insuffisance irréversible du cœur, des 2 poumons, du foie, des 2 reins ou de la moelle osseuse. Pour être admissible en vertu de cette disposition, la personne couverte doit subir une chirurgie pour recevoir par transplantation un cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse, en se limitant à ces organes ou tissus.

Transplantation d'un organe vital sur liste d'attente

Diagnostic formel d'insuffisance irréversible du cœur, des 2 poumons, du foie, des 2 reins ou de la moelle osseuse pour laquelle une transplantation est médicalement nécessaire. La personne couverte doit être inscrite comme receveur dans un programme de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis qui offre la forme de transplantation requise. Aux fins de la période de survie, la date du diagnostic est réputée être la date d'inscription de la personne couverte à un tel programme de transplantation.

Tumeur cérébrale bénigne

Diagnostic formel d'une tumeur non maligne située dans la voûte du crâne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse. La tumeur doit nécessiter un traitement chirurgical ou par radiation, ou provoquer des déficits neurologiques documentés et irréversibles.

Exclusion : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas de microadénomes pituitaires de moins de 10 mm.

Période d'exclusion : Aucune prestation n'est payable si, dans les 90 jours suivant la dernière des dates suivantes :

- 1) la date de prise d'effet de la couverture;
- 2) la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de la couverture en vertu de cette garantie;

la personne couverte a

- 1) présenté des signes, symptômes ou subi des examens approfondis menant à un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couvert ou exclu en vertu de cette garantie), sans égard à la date du diagnostic;
- 2) fait l'objet d'un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couvert ou exclu en vertu de cette garantie).

L'information qui précède doit être transmise à DSF dans les 6 mois suivant la date du diagnostic à défaut de quoi, DSF peut refuser toute demande de prestations pour une tumeur cérébrale bénigne ou pour toute maladie grave ou maladie spécifique, causées par une tumeur cérébrale bénigne ou par son traitement.

MALADIES SPÉCIFIQUES

Une personne couverte ne peut présenter une demande que pour une seule des maladies spécifiques suivantes pendant toute la durée du contrat.

Si la personne couverte reçoit le diagnostic d'une maladie spécifique admissible, DSF versera une prestation équivalant à 10 % du montant de l'assurance indiqué au sommaire de la garantie, jusqu'à concurrence d'un maximum de 25 000 \$. Cette prestation est versée en supplément du montant de l'assurance pour une maladie grave.

Angioplastie coronarienne

Intervention visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'une artère coronaire qui fournit le sang au cœur afin de permettre la circulation ininterrompue du sang.

Carcinome canalaire in situ (cancer du sein)

Diagnostic d'un cancer du sein non invasif prenant naissance dans les canaux galactophores. Le diagnostic doit être confirmé au moyen d'une biopsie.

Cancer de la prostate au stade a (T1a ou T1b)

Diagnostic d'une tumeur maligne, cliniquement non apparente, à la prostate, qui n'est ni palpable ni visible par imagerie. Le diagnostic doit être confirmé au moyen d'un examen pathologique du tissu prostatique.

Mélanome malin au stade 1a

Diagnostic d'un mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V. Le diagnostic doit être confirmé au moyen d'une biopsie.

Aucune prestation n'est payable pour les conditions mentionnées ci-dessus autres que l'angioplastie coronarienne si, dans les 90 jours suivant la dernière des dates suivantes :

- 1) la date de prise d'effet de la couverture;
- 2) la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de la couverture en vertu de cette garantie;

la personne couverte a

- 1) présenté des signes ou symptômes ou subi des examens approfondis menant à un diagnostic de cancer, admissible ou non en vertu de cette garantie, sans égard à la date du diagnostic;
- 2) fait l'objet d'un diagnostic de cancer, admissible ou non en vertu de cette garantie.

L'information médicale qui précède doit être transmise à DSF dans les 6 mois suivant la date du diagnostic à défaut de quoi, DSF peut refuser toute demande de prestations pour un cancer ou pour toute maladie grave ou maladie spécifique causée par un cancer ou par son traitement.

Si la personne couverte a préalablement reçu le diagnostic d'une maladie grave pour laquelle une prestation a été versée en vertu de cette garantie, la demande de prestations ne peut être faite qu'en vertu de l'article OCCURENCES MULTIPLES.

RÉCURRENCE DE CANCER

DSF versera le montant de l'assurance indiqué au sommaire de la garantie pour la personne couverte qui reçoit un diagnostic de cancer (mettant la vie en danger) après avoir reçu un autre diagnostic de cancer si :

- 1) plus de 60 mois se sont écoulés depuis le diagnostic de cancer précédent; et
- 2) aucun traitement relié directement ou indirectement au cancer n'a été reçu durant cette période de 60 mois (les traitements n'incluent pas les médicaments préventifs et les visites de suivi chez le médecin).

La couverture doit être en vigueur lorsque le diagnostic subséquent est établi.

OCCURRENCES MULTIPLES

- 1) Si la personne couverte a reçu une prestation pour maladie grave et reçoit par la suite un diagnostic pour une maladie admissible, DSF versera le montant de l'assurance indiqué au sommaire de la garantie si le diagnostic est établi au moins 90 jours après le paiement de la demande la plus récente.
- 2) Si la personne couverte a reçu une prestation pour maladie spécifique et reçoit par la suite un diagnostic pour une maladie grave, DSF versera :
 - a) le montant de l'assurance indiqué au sommaire de la garantie, si la maladie grave est diagnostiquée au moins 90 jours après le paiement de la demande la plus récente; ou
 - b) le montant de l'assurance indiqué au sommaire de la garantie moins le montant versé pour la maladie spécifique, si la maladie grave est diagnostiquée moins de 90 jours après la date de paiement de la demande la plus récente.

Le paiement de toute prestation en vertu de cette section est sujet aux restrictions indiquées dans l'article EXCLUSIONS POUR RÉADMISSION ci-dessous.

EXCLUSIONS POUR RÉADMISSION

PLAN DE BASE

Si la personne couverte reçoit une prestation pour une maladie grave ou une maladie spécifique, la couverture est automatiquement maintenue à condition que le paiement de la prime soit maintenu. La personne couverte peut faire une demande subséquente de prestations pour une autre maladie grave admissible, sous réserve des restrictions suivantes.

Si elle fait une demande de prestation pour :	la personne couverte ne peut plus faire de demande de prestation pour :
Accident vasculaire cérébral	accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, chirurgie coronarienne ou crise cardiaque.
Cancer (mettant la vie en danger)	cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), carcinome canalaire <i>in situ</i> du sein ou mélanome malin au stade 1A, ou pour cancer (mettant la vie en danger) sauf si toutes les conditions stipulées à la section RÉCURRENCE DE CANCER sont satisfaites.
Chirurgie coronarienne	accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, chirurgie coronarienne ou crise cardiaque.
Crise cardiaque (infarctus du myocarde)	accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, chirurgie coronarienne ou crise cardiaque.

PLAN ENRICHİ

Si la personne couverte reçoit une prestation pour une maladie grave ou une maladie spécifique, la couverture est automatiquement maintenue à condition que le paiement de la prime soit maintenu. La personne couverte peut faire une demande subséquente de prestations pour une autre maladie grave admissible, sous réserve des restrictions suivantes.

Si elle fait une demande de prestation pour :	la personne couverte ne peut plus faire de demande de prestation pour :
Accident vasculaire cérébral	accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, maladie d'Alzheimer, perte d'autonomie, remplacement des valves du cœur, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
Anémie aplasique	anémie aplasique, cancer (mettant la vie en danger), cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), carcinome canalaire <i>in situ</i> du sein, mélanome malin au stade 1A ou perte d'autonomie.
Brûlures sévères	brûlures sévères, paralysie ou perte d'autonomie.
Cancer (mettant la vie en danger)	anémie aplasique, cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), carcinome canalaire <i>in situ</i> du sein, insuffisance hépatique à un stade avancé, mélanome malin au stade 1A ou perte d'autonomie, ou pour cancer (mettant la vie en danger) sauf si toutes les conditions stipulées à l'article RÉCURRENCE DE CANCER sont respectées.

Si elle fait une demande de prestation pour :	la personne couverte ne peut plus faire de demande de prestation pour :
Cardiomyopathie dilatée	accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, cardiomyopathie dilatée, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, maladie d'Alzheimer, remplacement des valves du cœur, perte d'autonomie, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
Cécité	cécité ou perte d'autonomie.
Chirurgie coronarienne	accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, insuffisance rénale, insuffisance hépatique à un stade avancé, maladie d'Alzheimer, perte d'autonomie, remplacement des valves du cœur, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
Chirurgie de l'aorte	accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, maladie d'Alzheimer, perte d'autonomie, remplacement des valves du cœur, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
Coma	accident vasculaire cérébral, cécité, coma, paralysie, perte d'autonomie, perte de la parole ou surdité.

Si elle fait une demande de prestation pour :	la personne couverte ne peut plus faire de demande de prestation pour :
Crise cardiaque (infarctus du myocarde)	accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, maladie d'Alzheimer, perte d'autonomie, remplacement des valves du cœur, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
Dystrophie musculaire	accident vasculaire cérébral, cardiomyopathie dilatée, cécité, coma, crise cardiaque, dystrophie musculaire, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, paralysie, perte d'autonomie, perte de la parole, remplacement des valves du cœur, surdité, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
Hépatite virale fulminante	cancer (mettant la vie en danger), cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), carcinome canalaire <i>in situ</i> du sein, hépatite virale fulminante, insuffisance hépatique � un stade avancé, mélanome malin au stade 1A, perte d'autonomie, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.

Si elle fait une demande de prestation pour :	la personne couverte ne peut plus faire de demande de prestation pour :
Hypertension artérielle pulmonaire primitive (hypertension artérielle pulmonaire idiopathique et hypertension artérielle pulmonaire familiale)	accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, cardiomyopathie dilatée, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, hypertension artérielle pulmonaire primitive, insuffisance rénale, perte d'autonomie, remplacement des valves du cœur, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
Infection au VIH dans le cadre de l'occupation	accident vasculaire cérébral, cancer (mettant la vie en danger), cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), carcinome canalaire <i>in situ</i> du sein, cécité, coma, infection au VIH dans le cadre de l'occupation, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, mélanome malin au stade 1A, paralysie, perte d'autonomie, perte de la parole ou surdité.
Insuffisance hépatique à un stade avancé	accident vasculaire cérébral, crise cardiaque, coma, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, perte d'autonomie, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
Insuffisance rénale	accident vasculaire cérébral, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, perte d'autonomie, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
Maladie d'Alzheimer	maladie d'Alzheimer ou perte d'autonomie.

Si elle fait une demande de prestation pour :	la personne couverte ne peut plus faire de demande de prestation pour :
Maladie de Parkinson	coma, maladie de Parkinson, paralysie, perte d'autonomie ou perte de la parole.
Maladie du neurone moteur	accident vasculaire cérébral, cécité, coma, crise cardiaque, maladie du neurone moteur, paralysie, perte d'autonomie, perte de la parole ou surdité.
Méningite bactérienne	accident vasculaire cérébral, cécité, coma, méningite bactérienne, paralysie, perte d'autonomie, perte de la parole ou surdité.
Paralysie	coma, paralysie, perte d'autonomie ou perte de la parole.
Perte d'autonomie	une autre demande de prestation; la couverture en vertu de cette garantie prend fin avec la première demande.
Perte de la parole	perte d'autonomie ou perte de la parole.
Perte de membres	perte d'autonomie ou perte de membres.
Remplacement des valves du cœur	accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique � un stade avancé, insuffisance rénale, maladie d'Alzheimer, perte d'autonomie, remplacement des valves du cœur, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.

Si elle fait une demande de prestation pour :	la personne couverte ne peut plus faire de demande de prestation pour :
Sclérose en plaques	accident vasculaire cérébral, cécité, coma, insuffisance rénale, paralysie, perte d'autonomie, perte de la parole, sclérose en plaques ou surdité.
Sclérose généralisée évolutive	accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, cancer (mettant la vie en danger), cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), carcinome canalaire <i>in situ</i> du sein, cécité, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, mélanome malin au stade 1A, paralysie, perte d'autonomie, sclérose en plaques, sclérose généralisée évolutive, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
Surdité	perte d'autonomie ou surdité.
Transplantation d'un organe vital	accident vasculaire cérébral, anémie aplasique, cancer (mettant la vie en danger), cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), carcinome canalaire <i>in situ</i> du sein, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, mélanome malin au stade 1A, perte d'autonomie, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.

Si elle fait une demande de prestation pour :	la personne couverte ne peut plus faire de demande de prestation pour :
<p>Transplantation d'un organe vital sur liste d'attente</p>	<p>accident vasculaire cérébral, anémie aplasique, cancer (mettant la vie en danger), cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), carcinome canalaire <i>in situ</i> du sein, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, mélanome malin au stade 1A, perte d'autonomie, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.</p>
<p>Tumeur cérébrale bénigne</p>	<p>accident vasculaire cérébral, cécité, coma, méningite bactérienne, paralysie, perte d'autonomie, perte de la parole, surdité ou tumeur cérébrale bénigne.</p>

EXCLUSIONS

Condition préexistante

Aucune prestation n'est payable pour toute maladie grave ou maladie spécifique résultant directement ou indirectement d'une condition ou un ou plusieurs symptômes pour lesquels :

- 1) des frais médicaux ont été engagés, des soins médicaux ont été reçus, des médicaments d'ordonnance ont été prescrits et/ou pris ou un médecin ou un professionnel de la santé a été consulté; ou
- 2) une personne normalement prudente chercherait à obtenir un diagnostic, des soins ou un traitement,

dans les 24 mois précédant la date de prise d'effet de la couverture ou la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de la couverture de la personne couverte.

Cette exclusion ne s'applique qu'aux montants d'assurance équivalents ou inférieurs au montant maximum sans preuves d'assurabilité indiqué au sommaire de la garantie. Toutefois, si la personne est couverte depuis une période continue de plus de 24 mois, ou a fourni une preuve d'assurabilité satisfaisante pour DSF pour un montant supérieur au maximum sans preuves d'assurabilité indiqué au sommaire de la garantie, cette exclusion ne s'applique pas.

Si la personne était couverte en vertu d'une garantie similaire prévue au contrat antérieur offert par l'employeur au cours de toute période de temps précédant immédiatement la date de prise d'effet de la présente garantie, cette période sera reconnue aux fins de la présente exclusion.

Toutes les autres exclusions

Aucune prestation n'est payable pour une maladie grave ou maladie spécifique résultant directement ou indirectement de ce qui suit :

- 1) dommages corporels que la personne couverte s'inflige intentionnellement, exposition volontaire à une maladie ou tentative de suicide, qu'elle soit saine d'esprit ou non (*cette exclusion s'applique seulement au plan enrichi*);
- 2) guerre, déclarée ou non, service actif dans les forces armées d'un pays, ou participation à une émeute, une insurrection ou une agitation populaire;
- 3) infraction ou une tentative d'infraction criminelle, incluant la conduite avec facultés affaiblies, tel que prévu au Code criminel du Canada;
- 4) abus d'alcool;
- 5) usage de tout médicament, de tout narcotique, de toute substance intoxicante ou de toute autre substance nocive, sauf s'ils sont utilisés tel que prescrit ou recommandé par un médecin;
- 6) cancer qui se manifeste avant la date de prise d'effet de la couverture, si ce cancer récidive ou se métastase après cette date, sauf si toutes les conditions stipulées dans l'article RÉCURRENCE DE CANCER sont respectées.

LIMITATIONS GÉOGRAPHIQUES

Si une maladie admissible est diagnostiquée à l'extérieur du Canada la demande de prestations de la personne couverte peut être prise en considération à son retour au Canada, à condition que le diagnostic soit alors confirmé par un spécialiste du domaine approprié et autorisé à exercer au Canada.

DROIT DE TRANSFORMATION

Si la couverture d'une personne cesse en raison de :

- 1) la fin d'emploi de l'adhérent;
- 2) la fin de l'admissibilité à la couverture en vertu de la police;
- 3) la fin de la période d'invalidité totale à l'issue de laquelle l'adhérent n'est pas retourné au travail pour l'employeur;

et que la personne est âgée de 65 ans ou moins, cette personne a le droit de transformer tout montant d'assurance en une police individuelle, sans preuves d'assurabilité. Le montant maximum qui peut être transformé est d'un minimum de 5 000 \$, et d'un maximum limité au plus petit des montants suivants :

- 1) le montant d'assurance qui est perdu par suite de la cessation;
- 2) un montant global de 200 000 \$.

La personne 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. 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 la personne en vertu de cette garantie.

Si la personne reçoit le diagnostic d'une maladie admissible dans les 31 jours suivant la cessation de sa couverture en vertu de cette garantie, le montant payable est celui qu'elle aurait eu le droit de transformer.

Une personne qui a reçu le plein montant d'assurance pour une maladie grave ne peut pas transformer sa couverture.

COMPTE DE DÉPENSES DE FRAIS DE SANTÉ (CDFS)

Cette garantie n'est pas assurée par DSF. Elle est administrée par DSF au nom du titulaire de police.

SOMMAIRE DE LA GARANTIE

Montant de crédit alloué
Le montant du crédit alloué par année de régime est déterminé par l'employeur. Pour un employé engagé en cours d'année de régime CDFS, le montant sera proportionnel au nombre de mois couverts pour cette année de régime.
Année de régime CDFS
Année initiale : 1 ^{er} juillet 2019 au 31 décembre 2019 Année subséquente : 1 ^{er} janvier au 31 décembre de chaque année

DESCRIPTION

Au début de chaque année de régime CDFS, le montant de crédit alloué est mis de côté par le titulaire de police pour financer (créditer) le CDFS de l'adhérent. Le montant alloué à un nouvel adhérent est proportionnel au nombre de mois de service à partir de la fin du délai d'admissibilité jusqu'à la fin de l'année de régime CDFS.

L'adhérent peut utiliser le CDFS pour payer divers frais médicaux ou dentaires pour lui-même et ses personnes à charge. Deux conditions s'appliquent; les frais :

- 1) doivent être permis par l'Agence du revenu du Canada (ARC); et
- 2) ne doivent pas être couverts, ou le montant doit dépasser le maximum alloué en vertu de tout régime d'assurance privé, collectif ou public.

Tous les frais admissibles pour l'adhérent et ses personnes à charge sont remboursés par DSF, agissant au nom du titulaire de police, jusqu'à concurrence du crédit dans le CDFS. La somme remboursée est déduite (débitée) du solde du CDFS.

ADMISSIBILITÉ DES PERSONNES À CHARGE

Le conjoint et les enfants à charge de l'adhérent, sont admissibles en vertu du CDFS de l'adhérent. Pour être admissible, il n'est pas obligatoire que le conjoint ou les enfants à charge de l'adhérent soient couverts en vertu de la police d'assurance collective de l'adhérent.

L'adhérent et ses personnes à charge sont couverts en vertu du CDFS lorsque l'adhérent a complété son adhésion à la police d'assurance collective.

CRÉDITS CDFS

Chaque année, le titulaire de police verse au CDFS de l'adhérent le montant de crédit alloué.

REPORT DE CRÉDITS

Au cours de l'année de régime CDFS, le CDFS de l'adhérent sera débité de tout montant remboursé. À la fin de l'année de régime CDFS, les crédits non utilisés seront reportés à l'année de régime CDFS suivante (une année) seulement.

Les demandes de remboursement qui dépassent le montant des crédits de l'année de régime CDFS courante ne seront pas remboursés. L'adhérent ne pourra pas reporter ces demandes à l'année de régime CDFS suivante.

Les crédits reportés à l'année de régime CDFS suivante mais non utilisés à la fin de cette année-là seront perdus. Les crédits non utilisés ne peuvent être reportés qu'à l'année de régime CDFS suivante.

FRAIS ADMISSIBLES

L'adhérent peut utiliser le CDFS pour payer tous les frais médicaux et dentaires qui sont admissibles à un crédit d'impôt pour frais médicaux en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu.

L'ordonnance d'un médecin ou d'un autre praticien est requise pour la plupart des frais. Certaines conditions ou limites peuvent s'appliquer.

L'ARC révisé périodiquement les dispositions relatives au Crédit d'impôt pour frais médicaux et en conséquence, les renseignements fournis ici peuvent changer. DSF administrera en tout temps le CDFS conformément aux dispositions requises par l'ARC.

DEMANDES DE REMBOURSEMENT

Sur réception d'une preuve satisfaisante qu'une personne admissible a engagé des frais admissibles, DSF remboursera les frais jusqu'à concurrence du montant de crédit disponible dans le CDFS de l'adhérent.

Les frais admissibles sont considérés comme ayant été engagés à la date où le service ou la fourniture a été fourni.

Les demandes de remboursement doivent être soumises dans l'année de régime CDFS où les frais admissibles ont été engagés. Les demandes de remboursement doivent être soumises au plus tard dans les 90 jours suivant la fin de l'année de régime CDFS. Aucun remboursement ne sera effectué pour les demandes reçues après cette date.

Lorsque l'adhérent soumet une demande de remboursement de frais médicaux ou dentaires couverts en vertu de la police d'assurance collective de l'adhérent associée au CDFS, DSF paie à même le CDFS de l'adhérent tout montant qui n'est pas couvert en vertu de la police d'assurance collective, à moins d'indication contraire sur le formulaire de demande de prestation soumis par l'adhérent.

RÉSILIATION DE LA COUVERTURE

La couverture en vertu du CDFS prend fin à la date à laquelle la garantie soins de santé en vertu de la police d'assurance collective prend fin.

La couverture est suspendue en cas de mise à pied, grève ou congés durant lesquels les garanties d'assurance ne sont pas maintenues. Toutefois, les crédits non utilisés du CDFS sont réactivés si l'adhérent retourne au travail au cours de la même année de régime CDFS.

Aucun remboursement n'est effectué pour des frais engagés après la date de résiliation de la couverture.

Les frais engagés doivent être soumis dans les 30 jours qui suivent la date de la résiliation de la couverture.

CESSATION D'EMPLOI

Lors de la cessation d'emploi, seuls les frais admissibles engagés avant la date de cessation peuvent être soumis en vertu du CDFS. Tout solde restant sera perdu. Les frais doivent être soumis dans les 90 jours qui suivent la date de cessation d'emploi mais en aucun cas, plus de 30 jours suivant la fin de l'année de régime CDFS au cours de laquelle la cessation a eu lieu.

RÉEMBAUCHE

Lors d'une réembauche au cours de la même année de régime CDFS que l'année de la cessation d'emploi, les crédits non utilisés du CDFS seront réactivés. Aucun crédit proportionnel ne sera alloué, même si le solde du CDFS était nul à la date de cessation. Un employé réembauché n'aura pas droit à un montant de crédit alloué supérieur au montant du crédit prédéterminé pour cette année de régime CDFS.

RETRAITE

À la retraite, tout solde qui reste dans le compte de l'adhérent pour l'année de régime CDFS courante peut seulement être utilisé pour payer les frais admissibles engagés avant la date de la retraite.

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DE BASE
--

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 habiletés, 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 exigé 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).

« *hémiplégié* » 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 « *totalelement 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*ment invalide 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.

« *quadriplégie* » 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 VII : Tous les Contremaîtres syndiqués du 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 :

Plan de Base : une (1) fois le salaire annuel

Plan de Enrichi : deux (2) fois le salaire annuel

« 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
- (a) 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 *totale*ment *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*.

Indemnité de préjudice esthétique (plan enrichi seulement)

Par suite d'une *brûlure* subie par l'*assuré* découlant d'une *blessure*, l'*assureur* paiera des prestations calculées en multipliant le *capital assuré* par le Facteur de classification de la zone indiqué dans le Tableau de calcul de l'indemnité pour préjudice esthétique en cas de *brûlure* et par le pourcentage de la surface corporelle brûlée, sous réserve du Pourcentage maximal permis pour la surface corporelle brûlée indiqué dans le tableau.

Le Pourcentage maximal permis pour la surface corporelle brûlée indiqué dans le Tableau de calcul de l'indemnité pour préjudice esthétique en cas de *brûlure* est basé sur la totalité de la zone du corps brûlée. Le *médecin* traitant déterminera le pourcentage applicable à chaque brûlure.

Si l'*assuré* présente une ou des *brûlures* à plus d'un (1) endroit sur le corps par suite d'un (1) seul *accident*, les prestations payables pour l'ensemble de la *brûlure* ou des *brûlures* ne dépasseront pas la totalité (100 %) du *capital assuré* de cette personne.

Tableau de calcul de l'indemnité pour préjudice esthétique en cas de brûlure

Partie du corps	Facteur de classification de la zone	Pourcentage maximal permis pour la surface corporelle brûlée
Visage, cou, tête	11	9,0 %
Main et avant-bras (droit)	5	4,5 %
Main et avant-bras (gauche)	5	4,5 %
Bras (droit)	3	4,5 %
Bras (gauche)	3	4,5 %
Tronc (face antérieure)	2	18,0 %
Tronc (face postérieure)	2	18,0 %

Cuisse (droite)	1	9,0 %
Cuisse (gauche)	1	9,0 %
Jambe – sous le genou (droite)	3	9,0 %
Jambe – sous le genou (gauche)	3	9,0 %

Si des prestations sont payables en vertu du présent chapitre et d'un des chapitres suivants : « Indemnité en cas de Perte accidentelle », « Indemnité d'invalidité totale permanente », « Indemnité de coma » ou « Indemnité de lésion cérébrale », le montant global payable en vertu de tous ces chapitres ne peut dépasser la totalité (100 %) du *capital assuré* de l'*assuré* ou, si ces prestations comprennent une indemnité en cas de *paralysie*, le double (200 %) du *capital assuré*.

Indemnité de deuil (plan enrichi seulement)

Si, par suite de la *perte de la vie* de l'*assuré* par suite d'une *blessure*, 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 associés aux services d'assistance aux personnes en deuil effectivement engagés dans les trois cent soixante-cinq (365) jours qui suivent la date de l'*accident* ayant entraîné la perte, et offerts par un *conseiller professionnel* au *conjoint* et aux *enfants à charge*.

L'*assureur* remboursera ces frais jusqu'à concurrence de six (6) séances, sous réserve d'un remboursement maximal de deux mille cinq cent dollars (2 500 \$) relativement au décès de l'*assuré*. Cette indemnité ne sera versée que si les services d'assistance sont offerts par une personne qui facture habituellement de tels services.

Les prestations payables en vertu du présent chapitre seront payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Les prestations prévues par le présent chapitre seront versées en plus des prestations qui peuvent être prévues aux termes d'autres régimes d'assurance ou d'indemnisation uniquement à l'égard du montant non couvert après que tous les autres régimes d'assurance ou d'indemnisation ou autres formes de remboursement auront été épuisés, à la condition toutefois que ce montant ne soit pas supérieur aux frais raisonnables et nécessaires.

Indemnité de frais funéraires (plan enrichi seulement)

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 », l'*assureur* remboursera les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés au moment du décès de l'*assuré* pour les services et/ou le matériel offerts par un entrepreneur de pompes funèbres, un embaumeur, un crématorium ou une maison funéraire relativement à l'enterrement ou à la crémation de l'*assuré* décédé, de même que les frais d'achat d'un lot ou d'un mausolée pour l'inhumation du cercueil contenant les restes ou de l'urne contenant les cendres de l'*assuré* décédé, y compris les pierres tombales ou monuments funéraires. La somme globale payable en vertu du présent chapitre ne peut dépasser un plafond de cinq mille dollars (5 000 \$), déduction faite par l'*assureur* des frais engagés pour la préparation de la dépouille en vue de son transport et payés ou payables en vertu du chapitre « Indemnité de rapatriement » du présent livret.

Les prestations payables en vertu du 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 pour psychothérapie (plan enrichi seulement)

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 suivre une psychothérapie par suite de la *blessure*, l'*assureur* versera des prestations équivalentes aux frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés pour cette psychothérapie, offerte par un *conseiller professionnel*, dans les deux (2) ans suivant la date de l'*accident* en cause. L'*assureur* s'engage à rembourser jusqu'à concurrence de douze (12) séances, sous réserve d'un remboursement maximal global de cinq mille dollars (5 000 \$) pour un (1) seul *accident*. Cette indemnité ne sera versée que si les services de psychothérapie sont offerts par une personne qui facture habituellement pour de tels services.

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

Les prestations prévues par le présent chapitre seront versées en plus des prestations qui peuvent être prévues aux termes d'autres régimes d'assurance ou d'indemnisation uniquement à l'égard du montant non couvert après que tous les autres régimes d'assurance ou d'indemnisation ou autres formes de remboursement auront été épuisés, à la condition toutefois que ce montant ne soit pas supérieur aux frais raisonnables et nécessaires.

Indemnité d'agression (plan enrichi seulement)

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, l'*assureur* versera des prestations additionnelles correspondant à dix pour cent (10 %) des prestations applicables payables en vertu de ce chapitre, si la *blessure* résulte d'une *agression* sur des lieux dont le *contractant* est propriétaire ou locataire ou si l'*agression* a eu lieu alors que l'*assuré* était en *voyage d'affaires*.

Toutefois, aucune indemnité ne sera versée en vertu du présent chapitre si l'*agression* a été commise par un autre employé du *contractant*, ou par un *membre de la famille immédiate* de l'*assuré*, ou par une personne habitant avec lui.

Indemnité de détournement de voiture (plan enrichi seulement)

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, l'*assureur* s'engage à verser des prestations additionnelles correspondant à dix pour cent (10 %) des prestations applicables payables en vertu du présent chapitre, sous réserve d'un maximum de dix mille dollars (10 000 \$), si la *blessure* survient au cours d'un détournement de voiture dans laquelle l'*assuré* entrait ou sortait ou prenait place comme conducteur ou passager. Le détournement de voiture doit être attesté par un rapport de police dans les vingt-quatre (24) heures suivant l'incident, ou dès que raisonnablement possible, ou encore être confirmé par écrit par l'enquêteur dans les vingt-quatre (24) heures suivant le détournement de voiture ou dès que raisonnablement possible, et l'*assureur* doit recevoir copie du rapport de police ou de l'attestation afin que des prestations soient versées en vertu du présent chapitre.

Indemnité de transport public (plan enrichi seulement)

Si, par suite d'une *perte de la vie* 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, l'*assureur* versera des prestations additionnelles correspondant à la totalité (100 %) des prestations payables si, au moment de l'*accident*, l'*assuré* était passager à bord d'un véhicule public régulier exploité par un transporteur terrestre, aérien ou maritime titulaire d'un permis de transport de passagers payants, y compris le train, l'autobus, le métro, le tramway, le bateau ou l'avion commercial.

Indemnité de coma (plan enrichi seulement)

Si un *médecin* déclare que l'*assuré* est dans le *coma* par suite d'une *blessure*, l'*assureur* versera des prestations correspondant au *capital assuré*, déduction faite de tout autre montant payé ou payable en vertu du chapitre « Indemnité en cas de Perte accidentelle » du présent livret par suite de l'*accident* en question, à la condition toutefois que :

- (1) l'*assuré* tombe dans le *coma* dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date de l'*accident*, et que

(2) l'assuré soit dans le *coma* pendant au moins six (6) mois consécutifs.

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 Indemnité 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
- Indemnité de deuil
- Indemnité de frais funéraires
- Indemnité pour psychothérapie.

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
- Indemnité de coma.

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.

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS FACULTATIVE
--

Police #1SS00

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° 1SS00, 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 couverture autonome ou complémentaire à l'assurance vie offert par l'employeur;
- 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 qui exerce un travail rémunérateur à temps plein sur base permanente ou embauché sur base contractuelle ou un employé retraité, de moins de soixante-quinze (75) ans du *contractant*, et qui, participe au régime de base actuel d'assurance-vie collective du *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 exigé 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*.

L'*enfant à charge* sera couvert à partir de sa naissance, pourvu qu'il soit né vivant.

« *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 « *totalelement 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*ment invalide 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.

« *même accident* » signifie un *accident* unique ou de multiples *accidents* se produisant en moins de vingt-quatre (24) heures.

« *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'*hémiplégié*, 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° 1SS00 ainsi que la Proposition-cadre qui y est jointe, tout avenant et tous documents joints.

« *protection individuelle* » signifie une protection qui ne couvre que l'employé assuré.

« *quadriplégie* » 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* qui exerce un travail rémunérateur sur base permanente ou embauché sur base contractuelle ou un employé retraité du *contractant*, vous êtes admissible au régime d'assurance Décès et Mutilation Accidentel, n'avez toujours pas atteint l'âge de soixante-quinze (75) ans et participez au régime de base actuel d'assurance-vie collective du *contractant*. Si vous avez quitté temporairement le travail actif pour quelque raison que ce soit autre que votre période de maladie ou blessure; ou mise à pied temporaire ou congé autorisé non payé; congé de maternité/parental, vous ne serez admissible qu'à votre retour au travail.

Description des personnes admissibles :

Classe IX : Tous les Contremaîtres syndiqués du contractant résidant au Canada, qui ont choisi cette protection et qui participent au régime d'assurance vie facultative du contractant, de moins de soixante-quinze (75) ans.

Montant de la couverture

Régime volontaire

Le régime d'assurance Décès et Mutilation Accidentels peut être complété par la souscription d'une couverture additionnelle en vertu du régime volontaire pour vous **sans devoir soumettre une preuve d'assurabilité**.

Le montant du *capital assuré* correspond au montant que prévoit le régime de base actuel d'assurance-vie collective du contractant selon votre classification d'employé :

Le capital assuré correspond à cinq (5) fois la Rémunération annuelle; arrondie au prochain multiple de 1 000\$, s'il ne l'est pas déjà, sous réserve d'un Capital assuré minimum de 10 000 \$ et d'un Capital assuré maximum de 500 000 \$.

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

Adhésion et entrée en vigueur de la couverture individuelle

Régime volontaire

Adhésion

Si vous souhaitez adhérer au régime volontaire d'assurance Décès et Mutilation Accidentels, vous devez remplir et soumettre une demande d'adhésion signée au *contractant*, ou effectuer une adhésion en ligne.

Entrée en vigueur de la couverture individuelle

À l'égard de l'*employé* qui remplit et soumet une fiche d'adhésion, ou pour qui une fiche d'adhésion a été remplie et soumise, ou qui effectue une adhésion en ligne :

- à la date d'entrée en vigueur de la *police* ou avant celle-ci;
- après la date d'entrée en vigueur de la *police*, le premier (1^{er}) du mois qui coïncide avec ou qui suit la date à laquelle la fiche d'adhésion est reçue par le *contractant*.

À l'égard de l'Employé retraité assuré :

- à la date d'effet de la retraite.

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 la date ou suivant la date à laquelle vous remettez votre avis d'annulation au *contractant* ;

- (4) à la date d'échéance de la prime coïncidant avec ou suivant la date à laquelle vous atteignez l'âge de soixante-quinze (75) ans;
- (5) 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 ou votre *conjoint* assuré 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 ou votre *conjoint* assuré 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 *totale*ment *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 décès simultanés

Si vous et votre *conjoint* assuré 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 en raison d'un *même accident*, l'indemnité en cas de *perte de la vie* de votre *conjoint* assuré est majorée jusqu'à concurrence de votre *capital assuré*. Toutefois, la somme totale payable en vertu de la *police* ne peut dépasser globalement un million de dollars (1 000 000 \$).

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*.

Indemnité de préjudice esthétique

Par suite d'une *brûlure* subie par l'*assuré* découlant d'une *blessure*, l'*assureur* paiera des prestations calculées en multipliant le *capital assuré* par le Facteur de classification de la zone indiqué dans le Tableau de calcul de l'indemnité pour préjudice esthétique en cas de *brûlure* et par le pourcentage de la surface corporelle brûlée, sous réserve du Pourcentage maximal permis pour la surface corporelle brûlée indiqué dans le tableau.

Le Pourcentage maximal permis pour la surface corporelle brûlée indiqué dans le Tableau de calcul de l'indemnité pour préjudice esthétique en cas de *brûlure* est basé sur la totalité de la zone du corps brûlée. Le *médecin* traitant déterminera le pourcentage applicable à chaque brûlure.

Si l'*assuré* présente une ou des *brûlures* à plus d'un (1) endroit sur le corps par suite d'un (1) seul *accident*, les prestations payables pour l'ensemble de la *brûlure* ou des *brûlures* ne dépasseront pas la totalité (100 %) du *capital assuré* de cette personne.

Tableau de calcul de l'indemnité pour préjudice esthétique en cas de *brûlure*

Partie du corps	Facteur de classification de la zone	Pourcentage maximal permis pour la surface corporelle brûlée
Visage, cou, tête	11	9,0 %
Main et avant-bras (droit)	5	4,5 %
Main et avant-bras (gauche)	5	4,5 %
Bras (droit)	3	4,5 %
Bras (gauche)	3	4,5 %
Tronc (face antérieure)	2	18,0 %
Tronc (face postérieure)	2	18,0 %
Cuisse (droite)	1	9,0 %
Cuisse (gauche)	1	9,0 %
Jambe – sous le genou (droite)	3	9,0 %
Jambe – sous le genou (gauche)	3	9,0 %

Si des prestations sont payables en vertu du présent chapitre et d'un des chapitres suivants : « Indemnité en cas de Perte accidentelle », « Indemnité d'invalidité totale permanente », « Indemnité de coma » ou « Indemnité de lésion cérébrale », le montant global payable en vertu de tous ces chapitres ne peut dépasser la totalité (100 %) du *capital assuré* de l'*assuré* ou, si ces prestations comprennent une indemnité en cas de *paralysie*, le double (200 %) du *capital assuré*.

Indemnité de deuil

Si, par suite de la *perte de la vie* de l'*assuré* par suite d'une *blessure*, 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 associés aux services d'assistance aux personnes en deuil effectivement engagés dans les trois cent soixante-cinq (365) jours qui suivent la date de l'*accident* ayant entraîné la perte, et offerts par un *conseiller professionnel* :

- (1) à votre *conjoint* assuré ou à vos *enfants à charge* assurés, dans le cas où vous êtes l'*assuré* qui décède; ou
- (2) à vous et vos *enfants à charge* assurés, dans le cas où votre *conjoint* assuré est l'*assuré* qui décède; ou
- (3) à vous et à votre *conjoint* assuré, dans le cas où votre *enfant à charge* assuré est l'*assuré* qui décède.

L'*assureur* remboursera ces frais jusqu'à concurrence de six (6) séances, sous réserve d'un remboursement maximal de deux mille cinq cent dollars (2 500 \$) relativement au décès de l'*assuré*. Cette indemnité ne sera versée que si les services d'assistance sont offerts par une personne qui facture habituellement de tels services.

Les prestations payables en vertu du présent chapitre seront payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Les prestations prévues par le présent chapitre seront versées en plus des prestations qui peuvent être prévues aux termes d'autres régimes d'assurance ou d'indemnisation uniquement à l'égard du montant non couvert après que tous les autres régimes d'assurance ou d'indemnisation ou autres formes de remboursement auront été épuisés, à la condition toutefois que ce montant ne soit pas supérieur aux frais raisonnables et nécessaires.

Indemnité de frais funéraires

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 », l'*assureur* remboursera les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés au moment du décès de l'*assuré* pour les services et/ou le matériel offerts par un entrepreneur de pompes funèbres, un embaumeur, un crématorium ou une maison funéraire relativement à l'enterrement ou à la crémation de l'*assuré* décédé, de même que les frais d'achat d'un lot ou d'un mausolée pour l'inhumation du cercueil contenant les restes ou de l'urne contenant les cendres de l'*assuré* décédé, y compris les pierres tombales ou monuments funéraires. La somme globale payable en vertu du présent chapitre ne peut dépasser un plafond de cinq mille dollars (5 000 \$), déduction faite par l'*assureur* des frais engagés pour la préparation de la dépouille en vue de son transport et payés ou payables en vertu du chapitre « Indemnité de rapatriement » du présent livret.

Les prestations payables en vertu du 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 pour psychothérapie

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 suivre une psychothérapie par suite de la *blessure*, l'*assureur* versera des prestations équivalentes aux frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés pour cette psychothérapie, offerte par un *conseiller professionnel*, dans les deux ans (2) suivant la date de l'*accident* en cause. L'*assureur* s'engage à rembourser jusqu'à concurrence de douze (12) séances, sous réserve d'un remboursement maximal global de cinq mille dollars (5 000 \$) pour un (1) seul *accident*. Cette indemnité ne sera versée que si les services de psychothérapie sont offerts par une personne qui facture habituellement pour de tels services.

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

Les prestations prévues par le présent chapitre seront versées en plus des prestations qui peuvent être prévues aux termes d'autres régimes d'assurance ou d'indemnisation uniquement à l'égard du montant non couvert après que tous les autres régimes d'assurance ou d'indemnisation ou autres formes de remboursement auront été épuisés, à la condition toutefois que ce montant ne soit pas supérieur aux frais raisonnables et nécessaires.

Indemnité d'agression

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, l'*assureur* versera des prestations additionnelles correspondant à dix pour cent (10 %) des prestations applicables payables en vertu de ce chapitre, si la *blessure* résulte d'une *agression* sur des lieux dont le *contractant* est propriétaire ou locataire ou si l'*agression* a eu lieu alors que l'*assuré* était en *voyage d'affaires*.

Toutefois, aucune indemnité ne sera versée en vertu du présent chapitre si l'*agression* a été commise par un autre employé du *contractant*, ou par un *membre de la famille immédiate* de l'*assuré*, ou par une personne habitant avec lui.

Indemnité de détournement de voiture

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, l'*assureur* s'engage à verser des prestations additionnelles correspondant à dix pour cent (10 %) des prestations applicables payables en vertu du présent chapitre, sous réserve d'un maximum de dix mille dollars (10 000 \$), si la *blessure* survient au cours d'un détournement de voiture dans laquelle l'*assuré* entrait ou sortait ou prenait place comme conducteur ou passager. Le détournement de voiture doit être attesté par un rapport de police dans les vingt-quatre (24) heures suivant l'incident, ou dès que raisonnablement possible, ou encore être confirmé par écrit par l'enquêteur dans les vingt-quatre (24) heures suivant le détournement de voiture ou dès que raisonnablement possible, et l'*assureur* doit recevoir copie du rapport de police ou de l'attestation afin que des prestations soient versées en vertu du présent chapitre.

Indemnité de transport public

Si, par suite d'une *perte de la vie* 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, l'*assureur* versera des prestations additionnelles correspondant à la totalité (100 %) des prestations payables si, au moment de l'*accident*, l'*assuré* était passager à bord d'un véhicule public régulier exploité par un transporteur terrestre, aérien ou maritime titulaire d'un permis de transport de passagers payants, y compris le train, l'autobus, le métro, le tramway, le bateau ou l'avion commercial.

Indemnité de coma

Si un *médecin* déclare que l'*assuré* est dans le *coma* par suite d'une *blessure*, l'*assureur* versera des prestations correspondant au *capital assuré*, déduction faite de tout autre montant payé ou payable en vertu du chapitre « Indemnité en cas de Perte accidentelle » du présent livret par suite de l'*accident* en question, à la condition toutefois que :

- (1) l'*assuré* tombe dans le *coma* dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date de l'*accident*; et que
- (2) l'*assuré* soit dans le *coma* pendant au moins six (6) mois consécutifs.

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. Dans ces conditions, la couverture individuelle à l'égard de votre *conjoint* assuré et/ou vos *enfants à charge* assurés se poursuivra également, à la condition que le paiement des primes se poursuive.

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 et votre *conjoint* assuré et/ou vos *enfants à charge* assurés 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. Les primes à l'égard de votre *conjoint* assuré et de vos *enfants à charge* assurés, s'il y a lieu, font également l'objet d'une exonération si vos primes font l'objet d'une exonération.

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 plus récente demande d'adhésion ou de désignation de bénéficiaire de l'Employé assuré conservée dans les archives du *contractant*, en l'absence de désignation, elles sont versées à vos ayants droit. Toutes les autres prestations, y compris les prestations payables pour votre *conjoint* assuré ou vos *enfants à charge* assurés, 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
- Indemnité de deuil
- Indemnité de frais funéraires
- Indemnité pour psychothérapie.

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
- Majoration de l'indemnité pour enfants
- Indemnité d'invalidité totale permanente
- Indemnité de lésion cérébrale
- Indemnité de coma.

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 salarié canadien qui exerce un travail rémunérateur à temps plein sur base permanente ou embauché sur base contractuelle ou un employé retraité du *contractant* et n'avez toujours pas atteint l'âge de soixante-quinze (75) ans.

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

À l'égard de l'*employé* qui remplit et soumet une fiche d'adhésion, ou pour qui une fiche d'adhésion a été remplie et soumise, ou qui effectue une adhésion en ligne :

- à la date d'entrée en vigueur de la *police* ou avant celle-ci;
- après la date d'entrée en vigueur de la *police*, le premier (1^{er}) du mois qui coïncide avec ou qui suit la date à laquelle la fiche d'adhésion est reçue par le *contractant*.

À l'égard de l'Employé retraité assuré:

- à la date d'effet de la retraite.

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 sous le régime obligatoire sont entièrement payées par le *contractant* tandis que les primes sous le régime volontaire sont payées par vous, au moyen d'une retenue sur votre paie.

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?

Vous pouvez annuler votre couverture Décès et Mutilation Accidentels en tout temps en donnant un avis d'annulation au 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