

Régime d'assurance collective
COMITE PARITAIRE DU CAMIONNAGE DU DISTRICT DE
QUEBEC

Contrat : 4989

Émis pour la classe :
2 - EMPLOYES REGULIERS

Édition :
15 février 2024

En collaboration avec :

GRUPE FINANCIER POWERS INC

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

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

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

Demande de prestations

Vous pouvez nous transmettre vos réclamations par Internet sur notre site sécurisé ou par la poste.

Vous pouvez accéder à nos services en ligne sur notre site sécurisé en consultant l'adresse www.uvassurance.ca à la section **Mon Univers - Assurance Collective - Adhérents**.

Pour transmettre vos réclamations par la poste, vous devez nous envoyer vos reçus originaux ainsi qu'un formulaire complété que vous pouvez vous procurer auprès de la personne responsable de l'administration de votre régime ou en ligne en vous rendant à l'adresse www.uvassurance.ca à la section **Assurance collective - En savoir plus - Formulaires**.



C.P. 696
Drummondville (Québec)
J2B 6W9
Tél. : 1-800-567-0988
Télec. : (819) 474-1990
www.uvassurance.ca

TABLE DES MATIÈRES

CONTRAT NO : 4989, CLASSE 2 - EMPLOYES REGULIERS

SOMMAIRE DES GARANTIES

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

DESCRIPTION DES GARANTIES

Dispositions générales	Page 9
Garanties d'exonération des primes	Page 17
Garantie d'assurance vie d'un adhérent	Page 19
Garantie décès ou mutilation accidentels d'un adhérent	Page 22
Garantie d'assurance vie des personnes à charge	Page 26
Garantie en cas d'invalidité de longue durée	Page 27
Garantie d'assurance maladie	Page 33
Service d'assistance-voyage	Page 44
Assurance vie facultative	Page 55

SOMMAIRE DES GARANTIES

CONTRAT NO : 4989, CLASSE 2 - EMPLOYES REGULIERS

ASSURANCE SUR LA VIE DE L'ADHÉRENT

Date d'effet : 1 déc. 2023

MONTANT D'ASSURANCE :

Le montant assurable est un montant fixe de 20 000 \$.

Maximum sans preuve : 20 000 \$

Maximum avec preuves : 20 000 \$

Réduction de 50 % à l'âge de 65 ans, maximum de : 10 000 \$

Réduction de 100 % à l'âge de 70 ans.

Réduction de 100 % à la retraite.

EXONÉRATION DES PRIMES :

Exonération des primes en cas d'invalidité de l'adhérent jusqu'à 65 ans, après un délai de carence de 6 mois.

SOMMAIRE DES GARANTIES

CONTRAT NO : 4989, CLASSE 2 - EMPLOYES REGULIERS

ASSURANCE SUR LA VIE DES PERSONNES À CHARGE

Date d'effet : 1 déc. 2023

MONTANT D'ASSURANCE :

	CONJOINT	ENFANT(S) *	ENFANT(S)**	ENFANT(S)***
Protection familiale :	5 000 \$	2 500 \$	2 500 \$	2 500 \$
Protection monoparentale :	N/A	2 500 \$	2 500 \$	2 500 \$
Protection couple :	5 000 \$	N/A	N/A	N/A

* Par enfant de 24 heures à 14 jours

** Par enfant de 15 jours à 6 mois

*** Par enfant de plus de 6 mois

CESSATION :

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

Cessation de la garantie à l'âge de 70 ans de l'adhérent.

Cessation de la garantie à la retraite de l'adhérent.

EXONÉRATION DES PRIMES :

Exonération des primes en cas d'invalidité de l'adhérent jusqu'à 65 ans, après un délai de carence de 6 mois.

SOMMAIRE DES GARANTIES

CONTRAT NO : 4989, CLASSE 2 - EMPLOYES REGULIERS

ASSURANCE DÉCÈS OU MUTILATION ACCIDENTELS DE L'ADHÉRENT (DMA)

Date d'effet : 1 déc. 2023

MONTANT D'ASSURANCE :

Le montant assurable est un montant fixe de 20 000 \$.

Maximum sans preuve : 20 000 \$

Maximum avec preuves : 20 000 \$

Réduction de 50 % à l'âge de 65 ans, maximum de : 10 000 \$

Réduction de 100 % à l'âge de 70 ans.

Réduction de 100 % à la retraite.

EXONÉRATION DES PRIMES :

Exonération des primes en cas d'invalidité de l'adhérent jusqu'à 65 ans, après un délai de carence de 6 mois.

SOMMAIRE DES GARANTIES

CONTRAT NO : 4989, CLASSE 2 - EMPLOYES REGULIERS

ASSURANCE EN CAS D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Date d'effet : 1 déc. 2023

MONTANT D'ASSURANCE :

Montant mensuel : 60.000 % du salaire arrondi au dollar suivant.

Montant mensuel maximum sans preuve : 1 800 \$

Montant mensuel maximum avec preuves : 1 800 \$

Imposition de la prestation : Non imposable

Maximum du revenu d'invalidité : 85 % du salaire net

DÉLAI DE CARENCE :

En cas d'accident : 189 jours

En cas de maladie : 189 jours

En cas d'hospitalisation : 189 jours

PRESTATIONS :

La durée maximale : 5 ans.

L'âge maximum des prestations : 65 ans.

Fréquence des chèques : 1 fois par mois.

Définition d'invalidité d'occupation : L'incapacité d'accomplir son occupation durant 2 ans.

Cessation de la garantie : 65 ans

EXONÉRATION DES PRIMES :

Exonération des primes en cas d'invalidité de l'adhérent jusqu'à 65 ans, après un délai de carence de 6 mois.

SOMMAIRE DES GARANTIES

CONTRAT NO : 4989, CLASSE 2 - EMPLOYES REGULIERS

ASSURANCE MALADIE

Date d'effet : 1 déc. 2023

MONTANT TOTAL PAYABLE :

Le montant total payable pour l'assurance maladie est illimité.

FRANCHISE :

Protection individuelle : 25 \$*
Protection familiale : 25 \$*
Protection monoparentale : 25 \$*
Protection couple : 25 \$*

**La franchise s'applique par année civile*

FRAIS ADMISSIBLES :

DESCRIPTION	Coass.	-----Par période-----			Maximum	Type	Fran- chise	Âge max
		Fréquence	Nombre	Visite				
HOSPITALISATION :								
HOP. PROV. DE RÉG. [*]	100%	Voir contrat			Voir contrat	(P)	Non	70
HOP. HORS. PROV. DE RÉG.[*]	100%	Voir contrat			Voir contrat	(P)	Non	70
MAISON DE CONVALES. [*]	100%	Année civile	90		Voir contrat	(P)	Non	70
[*] Chambre semi-privée								
PARAMÉDICAUX :								
AUDIOLOGISTE	80%	Année civile		20 \$	400 \$	(P)	Oui	70
CHIROPATICIEN	80%	Année civile		20 \$	400 \$	(P)	Oui	70
RX. CHIROPATICIEN	80%	Année civile			50 \$	(P)	Oui	70
ERGOTHÉRAPEUTE	80%	Année civile		20 \$	400 \$	(P)	Oui	70
NATUROPATHE [1]	80%	Année civile		20 \$	400 \$	(P)	Oui	70
NATUROTHÉRAPEUTE [1]	80%	Année civile		20 \$	400 \$	(P)	Oui	70
ORTHOPHONISTE	80%	Année civile		20 \$	400 \$	(P)	Oui	70
OSTÉOPATHE	80%	Année civile		20 \$	400 \$	(P)	Oui	70
PHYSIOTHÉRAPEUTE [2]	80%	Année civile		20 \$	400 \$	(P)	Oui	70
PODIATRE	80%	Année civile		20 \$	400 \$	(P)	Oui	70
PSYCHOLOGUE [3]	80%	Année civile		20 \$	400 \$	(P)	Oui	70
THÉRAP. RÉAD. PHYS. [2]	80%	Année civile		20 \$	400 \$	(P)	Oui	70
TRAVAILLEUR SOCIAL [3]	80%	Année civile		20 \$	400 \$	(P)	Oui	70

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

Voici les différents regroupements : [1], [2], [3], [4] et [5]

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

[R] = recommandation médicale requise pour ces services paramédicaux

SOMMAIRE DES GARANTIES

CONTRAT NO : 4989, CLASSE 2 - EMPLOYES REGULIERS

ASSURANCE MALADIE

FRAIS ADMISSIBLES : (suite)

DESCRIPTION	Coass.	-----Par période-----			Maximum	Type	Fran- chise	Âge max	
		Fréquence	Nombre	Visite					
AUTRES FRAIS :									
ACCESSOIRES STOMIE	80%	Voir contrat			Illimité	(P)	Oui	70	
AMBULANCE	80%	Voir contrat			Illimité	(P)	Oui	70	
ANALYSE LABO/DIAG. [4]	80%	Année civile			2 000 \$	(P)	Oui	70	
ANESTHÉSIQUE	80%	Voir contrat			Illimité	(P)	Oui	70	
APPAREIL AUDITIF	80%	36 mois			500 \$	(P)	Oui	70	
APPAREIL RESP./OXYG	80%	Viager			2 000 \$	(P)	Oui	70	
BANDAGES / ATTELLES	80%	Voir contrat			Illimité	(P)	Oui	70	
AUTRES PROTHÈSES	80%	Voir contrat			5 000 \$	(P)	Oui	70	
ORTHÈSES DYN. / CORSETS	80%	Voir contrat			Illimité	(P)	Oui	70	
BAS ÉLASTIQUES	80%	Année civile			2	(P)	Oui	70	
CHAUSSURES ORTHO#1 [5]	80%	12 mois	2		350 \$	(P)	Oui	16	
CHAUSSURES ORTHO#2 [5]	80%	12 mois	1		350 \$	(P)	Oui	70	
DENTAIRE ACCIDENT	80%	Voir contrat			3 000 \$	(P)	Oui	70	
ORTHÈSES PLANTAIRES	80%	12 mois			150 \$	(P)	Oui	70	
EXAMEN VUE	80%	24 mois			50 \$	(P)	Oui	65	
FOURNITURES MÉD.	80%	Voir contrat			Illimité	(P)	Oui	70	
GLUCOMÈTRE	80%	60 mois			300 \$	(P)	Oui	70	
INFIRMIÈRE	80%	12 mois			10 000 \$	(P)	Oui	70	
INFIRMIÈRE C.S	80%	12 mois			200 \$	(P)	Oui	70	
INJEC. SCLÉR. MÉDICAM.	80%	Année civile	20	15 \$		(P)	Oui	70	
LOCATION CHAIS / LIT	80%	Voir contrat			Illimité	(P)	Oui	70	
PR.CAPILLAIRE	80%	Viager			150 \$	(P)	Oui	70	
PR.MAMMAIRE	80%	12 mois			150 \$	(P)	Oui	70	
RAYONS X [4]	80%	Année civile			2 000 \$	(P)	Oui	70	
RÉSO. MAGNÉ. (IRM) [4]	80%	Année civile			2 000 \$	(P)	Oui	70	
SOINS HORS PROV / RÉ	100%	Voir contrat			Voir contrat	(P)	Non	70	
STÉRILET	80%	Année civile			2	25 \$	(P)	Oui	70
TENS	80%	Viager			500 \$	(P)	Oui	70	
TRANSFUSION	80%	Voir contrat			Illimité	(P)	Oui	70	

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

Voici les différents regroupements : [1], [2], [3], [4] et [5]

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

SOMMAIRE DES GARANTIES

CONTRAT NO : 4989, CLASSE 2 - EMPLOYES REGULIERS

ASSURANCE MALADIE

CESSATION :

L'âge maximum pour enfant est 21 ans, ou 26 ans si étudiant à temps plein.
L'assistance voyage selon le contrat se termine à l'âge de 70 ans de l'adhérent.

EXONÉRATION DES PRIMES :

Aucune exonération des primes en cas d'invalidité.

REMARQUE(S) SUR L'ASSURANCE MALADIE :

POUR TOUS LES FRAIS ADMISSIBLES HORS DE LA PROVINCE DE RESIDENCE DE L'ASSURE,
LE DEBOURSE TOTAL EFFECTUE PAR L'ASSUREUR EST LIMITE A CINQ MILLIONS DE
DOLLARS (5 000 000 \$) POUR LA VIE DURANT D'UN ASSURE.

L'ANNULATION VOYAGE EST INCLUSE AU CONTRAT, VOIR SECTION ASSISTANCE VOYAGE.

SOINS HORS DE LA PROVINCE DE RESIDENCE DE L'ASSURE:
COUVERTURE POUR LES PREMIERS 90 JOURS PEU IMPORTE LA DUREE DU SEJOUR.

AUTRES PARAMEDICAUX INCLUS :

- THERAPEUTE DU SPORT REGROUPE AVEC PHYSIOTHERAPEUTE ET THERAPEUTE EN
READAPTATION PHYSIQUE.

AUTRES FRAIS ADMISSIBLES :

- APPAREILS THERAPEUTIQUES : MONTANT MAXIMUM PAYABLE DE 10 000 \$ VIAGER.
- STERILET (DISPOSITIF INTRA-UTERIN): MAXIMUM PAYABLE DE 25\$ PAR STERILET ET
MAXIMUM DE 2 PAR ANNEE CIVILE.

SOMMAIRE DES GARANTIES

CONTRAT NO : 4989, CLASSE 2 - EMPLOYES REGULIERS

ASSURANCE MÉDICAMENTS

Date d'effet : 1 déc. 2023

FRANCHISE :

- Protection individuelle : 7 \$*
- Protection familiale : 7 \$*
- Protection monoparentale : 7 \$*
- Protection couple : 7 \$*

**La franchise s'applique chaque fois qu'un médicament est délivré sur ordonnance.*

REMBOURSEMENT :

Pour les médicaments prescrits dans la province de résidence selon la liste RESTRICTIVE.

- Médicaments admissibles innovateurs : 70 %**
- génériques : 70 %**
- uniques : 70 %**
- Carte médicaments : Directe

*** Après avoir satisfait le montant de la franchise.*

Régime qui prévoit le remboursement des frais de médicaments selon le coût du médicament générique équivalent le moins dispendieux sur le marché. Aucune substitution autorisée sauf si médicalement justifiée.

CONTRIBUTION DE L'ASSURÉ :

Pour chaque année civile, la contribution maximale que l'assuré engage pour des frais de médicaments en raison de l'application de la franchise et du pourcentage de remboursement est égal au plus récent montant à avoir été déterminé à cette fin par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Ce maximum s'applique à la totalité des frais de médicaments que l'adhérent engage pour lui-même et pour l'ensemble de ses personnes à charge assurées. La contribution maximale ne s'applique pas aux frais de médicaments engagés hors province et aux assurés résidents hors du Québec.

CESSATION :

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

EXONÉRATION DES PRIMES :

Aucune exonération des primes en cas d'invalidité.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

DÉFINITIONS

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

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

Le conjoint est celui désigné par l'adhérent. En tout temps une seule personne peut être assurée en tant que conjoint.
- f) **DÉLAI DE CARENCE**
Une période continue qui commence au début d'une période d'invalidité totale reconnue et pendant laquelle aucune prestation d'invalidité n'est payable en vertu de la garantie concernée.
- g) **DROGUES**
Drogues contrôlées ou drogues d'usage restreint incluant les médicaments ou stupéfiants au sens et suivant les dispositions de la Loi sur les aliments et drogues et de la Loi sur les stupéfiants.
- h) **EMPLOYÉ**
Une personne au service de l'employeur ou un membre en règle du preneur, domicilié au Canada.
- i) **EMPLOYEUR**
Le preneur ou une compagnie subsidiaire, associée ou affiliée dont le nom apparaît au "Sommaire des Garanties".

j) ENFANT

Tout enfant célibataire de l'adhérent ou de son conjoint y compris l'enfant légalement adopté domicilié au Canada et qui satisfait à l'une des conditions suivantes:

- est âgé de moins de vingt et un (21) ans, ou;
- est âgé de moins de vingt-six (26) ans et est dûment inscrit, à titre d'étudiant à plein temps, dans une institution d'enseignement reconnue, ou;
- est totalement invalide et l'est devenu pendant que l'une des deux (2) conditions précédentes existait, et est domicilié chez l'adhérent.

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

k) FAMILLE IMMÉDIATE

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

l) FRANCHISE

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

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

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

m) INVALIDITÉ TOTALE

Pour la période du délai de carence indiquée au "Sommaire des Garanties" et des vingt-quatre (24) mois qui suivent, c'est l'incapacité pour une personne, par suite de maladie ou de blessure accidentelle, de remplir toutes et chacune des fonctions de son occupation régulière; par la suite c'est l'incapacité d'accomplir toute fonction de toute occupation rémunératrice que cette personne est apte à accomplir, compte tenu de sa formation, de son expérience ou de son instruction et cela sans égard à la disponibilité d'emploi dans la région où réside l'adhérent.

n) MALADIE

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

o) MÉDECIN

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

p) OCCUPATION RÉGULIÈRE

L'ensemble des tâches qu'une personne accomplit dans le cadre de son travail.

q) PÉRIODE D'INVALIDITÉ TOTALE

Une période d'invalidité totale ou des périodes successives d'invalidité totale résultant d'une même cause ou de causes connexes, et séparées par une ou des périodes de rémission plus courtes que la période de rémission permise pour la garantie concernée. Une nouvelle période d'invalidité totale débute s'il y a une reprise du travail à plein temps et à plein salaire pendant une journée ou plus et que l'invalidité est due à une cause entièrement indépendante de celle qui justifiait l'invalidité antérieure.

r) PÉRIODE DE RÉMISSION

Une période au cours de laquelle une personne qui était totalement invalide, cesse de l'être.

s) PERSONNE À CHARGE

Le conjoint ou un enfant de l'adhérent pris individuellement et répondant aux définitions de conjoint ou enfant du présent contrat. Il est précisé que les personnes suivantes ne sont pas considérées personnes à charge de l'adhérent:

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

t) POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT

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

u) PRENEUR

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

v) RETRAITE

Date à laquelle un adhérent cesse de travailler parce qu'il prend sa retraite ou sa préretraite.

w) RISQUE PROFESSIONNEL

Tout risque relié à un emploi, un métier ou une profession.

x) SALAIRE BRUT

La rémunération brute régulière excluant les bonis, les paiements pour le temps supplémentaire, les honoraires, les primes de logement et de repas, les primes d'éloignement et tout paiement forfaitaire payables occasionnellement et qui ne font pas partie de la rémunération régulière.

Pour les adhérents dont le salaire provient en totalité ou en partie de commissions ou de bonis de production, salaire désigne le taux de rémunération habituelle moyen de l'employé versée par l'employeur, comprenant les commissions produites sur les formulaires d'impôt T4 et

T4A de l'employé au cours des deux dernières années civiles précédentes. Dans l'éventualité où l'adhérent n'a pas complété deux années de service continu auprès du même employeur, mais au moins une année et plus, une moyenne des revenus sera établie selon la durée de service. Si toutefois l'employé compte moins d'une année de service, le salaire désigne le taux de rémunération habituelle de l'employé, déclaré par l'employeur.

Toutefois, pour la garantie d'invalidité de courte durée le salaire représente la rémunération assurable telle qu'établie par la Loi sur l'assurance-emploi du Canada si le régime est enregistré auprès de la Commission de l'assurance-emploi du Canada.

y) SALAIRE NET

Pour un employé salarié, le salaire net est le salaire brut moins les impôts provincial et fédéral, les cotisations à l'assurance-emploi, au Régime des Rentes du Québec ou au Régime de Pensions du Canada prélevés sur le salaire.

ADMISSIBILITÉ DES EMPLOYÉS

Un employé devient admissible à l'assurance:

- a) à la date d'entrée en vigueur du contrat si à cette date il satisfait aux conditions d'admissibilité stipulées au "Sommaire des Garanties", ou;
- b) après la date d'entrée en vigueur, à compter de la date où il satisfait aux conditions d'admissibilité stipulées au "Sommaire des Garanties".

Les employés saisonniers ou surnuméraires (i.e. ceux qui travaillent moins de neuf (9) mois par année) et les employés à temps partiel (i.e. ceux qui travaillent moins de vingt (20) heures par semaine) ne sont admissibles que s'ils sont ainsi désignés au "Sommaire des Garanties".

ADMISSIBILITÉ DES PERSONNES À CHARGE

Les personnes à charge d'un employé deviennent admissibles à la dernière des dates suivantes:

- a) la date à laquelle l'employé devient admissible, ou;
- b) la date à laquelle elles répondent à la définition de personne à charge en vertu du présent contrat.

ADHÉSION À L'ASSURANCE

Pour être assuré en vertu du présent contrat, un employé admissible doit en faire la demande par écrit sur un formulaire de demande d'adhésion fourni par l'assureur.

Pour assurer ses personnes à charge, un employé doit les indiquer sur son propre formulaire de demande d'adhésion ou, par la suite, en aviser le preneur qui doit remplir un avis écrit prévu à cet effet et le transmettre à l'assureur sans délai.

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE D'UN EMPLOYÉ

L'assurance d'un employé prend effet:

- a)** à la date de son admissibilité, si l'assureur reçoit le formulaire de demande d'adhésion à, ou avant cette date, ou;
- b)** à la date de réception par l'assureur du formulaire de demande d'adhésion, si cette date est dans la période de trente (30) jours qui suit la date de son admissibilité, ou;
- c)** la date où l'assureur accepte les preuves d'assurabilité que l'employé doit fournir à ses frais et à la satisfaction de l'assureur, si la demande écrite parvient à l'assureur plus de trente (30) jours après la date d'admissibilité.

Nonobstant ce qui précède, toute assurance qui est sujette à des preuves d'assurabilité ne prend effet qu'à la date où l'assureur accepte ces preuves.

Si le jour où l'assurance d'un employé doit prendre effet est une journée ouvrable et si l'employé n'est pas au travail cette journée, sauf s'il s'agit de vacances cédulées, son assurance prend effet le jour où il revient au travail à plein temps et est en mesure de remplir toutes et chacune des fonctions de son occupation.

Si le jour où l'assurance d'un employé doit prendre effet n'est pas une journée ouvrable, l'assurance prend effet:

- a)** à cette date, pourvu que l'employé ait été au travail la dernière journée ouvrable précédente, sinon;
- b)** le jour où il revient au travail à plein temps et est en mesure de remplir toutes et chacune des fonctions de son occupation régulière.

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE

L'assurance d'une personne à charge prend effet:

- a)** à la date d'admissibilité des personnes à charge si l'assureur reçoit la demande écrite à, ou avant cette date; ou
- b)** à la date de réception par l'assureur de la demande écrite, si cette date est dans la période de trente (30) jours qui suit la date d'admissibilité des personnes à charge; ou
- c)** à la date où l'assureur accepte les preuves d'assurabilité que l'employé doit fournir à ses frais et à la satisfaction de l'assureur, si la demande écrite parvient à l'assureur plus de trente (30) jours après la date d'admissibilité des personnes à charge.

Tout nouvel enfant à charge d'un adhérent dont les personnes à charge sont déjà assurées, devient de plein droit et immédiatement assuré. Un avis mentionnant le nom et la date de naissance du nouvel enfant doit toutefois être transmis à l'assureur pour le traitement ultérieur des réclamations.

Toutefois, à l'exception d'un nouveau-né, si une personne à charge de la famille est hospitalisée à la date à laquelle l'assurance sur sa tête doit prendre effet, elle ne devient assurée que le jour qui suit son congé de l'hôpital.

PRESTATIONS

a) AVIS DE SINISTRE

Tout sinistre donnant droit à une prestation en vertu de ce contrat doit être rapporté par écrit à l'assureur dans les trente (30) jours qui suivent.

b) PREUVES

L'assuré doit soumettre à l'assureur les preuves requises selon la garantie, dans les quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent le sinistre. Les frais reliés à l'obtention des preuves satisfaisantes sont à la charge de l'assuré.

c) DÉLAI SUPPLÉMENTAIRE

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

d) PAIEMENT

L'assureur paie les prestations dues dans les trente (30) jours qui suivent la date de réception de toutes les preuves requises.

Tout montant payable du vivant de l'adhérent est payé à l'adhérent et tout montant payable après le décès de l'adhérent est payé au bénéficiaire de l'adhérent.

e) BÉNÉFICIAIRE

Pourvu que la loi ne s'y oppose pas et en l'absence d'une désignation d'un bénéficiaire irrévocable, un assuré peut, en donnant un avis écrit à l'assureur, faire toute nomination ou révocation de bénéficiaire qu'il juge à propos.

L'assureur n'assume aucune responsabilité quant à la validité d'une désignation de bénéficiaire.

En l'absence d'une nomination de bénéficiaire, les sommes payables au décès sont versées à la succession de l'adhérent.

NORMES MINIMALES DE PARTICIPATION DES EMPLOYÉS ADMISSIBLES

Pour que le présent contrat demeure en vigueur, le nombre d'adhérents ne doit pas être inférieur à deux (2) en tout temps.

Tout employé qui satisfait aux conditions d'admissibilité stipulées au "Sommaire des Garanties" et qui adhère à l'assurance, doit demeurer assuré en vertu des conditions de la police.

De plus, pour chaque adhérent et pour chaque garantie, le preneur défraie au moins la proportion de la prime indiquée au "Sommaire des Garanties".

Dans le présent article, l'expression "Prime d'assurance" exclut la prime pour toute garantie d'assurance facultative.

CESSATION DE L'ASSURANCE D'UN ADHÉRENT

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

- a) la date de résiliation du présent contrat ou de la garantie concernée;
- b) la date où l'adhérent cesse d'être un employé, ou cesse d'appartenir à une catégorie d'employés admissibles à l'assurance;
- c) la date de réception chez l'assureur d'un avis écrit du preneur de cesser l'assurance d'un adhérent ou à toute date ultérieure mentionnée dans l'avis;
- d) la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge maximum prévu pour la garantie concernée;
- e) la date d'échéance de toute prime, si à cette date la prime relative à l'adhérent n'est pas payée, sauf si une demande d'exonération des primes en cas d'invalidité a été présentée et acceptée;
- f) la date du décès d'un adhérent sous réserve du paiement des prestations dues.

CESSATION DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE

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

- a) la date de résiliation du présent contrat ou de la garantie concernée;
- b) la date où l'adhérent cesse d'être un employé ou cesse d'appartenir à une catégorie d'employés admissibles à l'assurance;
- c) la date où l'assurance de l'adhérent cesse;
- d) la date où la personne à charge cesse de répondre à la définition de personne à charge;
- e) la date d'échéance de toute prime, si à cette date la prime relative aux personnes à charge n'est pas payée, sauf si une demande d'exonération des primes a été acceptée;
- f) la date du décès d'une personne à charge, sous réserve du paiement des prestations dues.

ERREUR ET FAUSSE DÉCLARATION

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

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

vivant de l'assuré et dans les soixante (60) jours de la connaissance de l'erreur par l'assureur.

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

INCONTESTABILITÉ

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

INFORMATIONS AUX ADHÉRENTS

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

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

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

LOIS RÉGISSANT CE CONTRAT

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

ACCÈS AU DOSSIER DE L'ASSURÉ

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

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

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

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

GARANTIE D'EXONÉRATION DES PRIMES

OBJET

L'exonération des primes applicable à chaque garantie est indiquée au "Sommaire des Garanties". L'objet de la présente garantie est de continuer la protection pour les garanties en vigueur au début de l'invalidité et dont les primes sont exonérées. Le début de l'invalidité doit survenir avant le soixante-cinquième (65^e) anniversaire de naissance d'un adhérent pour qu'il ait droit à l'exonération. L'état d'invalidité totale doit être conforme à la définition stipulée dans la section intitulée *Dispositions générales* de la présente police.

DÉLAI DE CARENCE

Le délai de carence est la période qui commence au début d'une période d'invalidité totale et pendant laquelle aucune prestation d'invalidité n'est payable en vertu de la présente garantie.

Le délai de carence est indiqué au "Sommaire des Garanties". Les primes sont exonérées à compter du 1^{er} jour du mois qui suit ou qui coïncide avec la date de la fin du délai de carence.

PÉRIODE DE RÉMISSION PERMISE

Une période de moins de cent quatre-vingts (180) jours qui suit immédiatement la date à laquelle une personne qui était totalement invalide, cesse de l'être.

MONTANT DES PRIMES EXONÉRÉES

Les primes exonérées sont celles des garanties en vigueur au début de l'invalidité, pour lesquelles la garantie d'exonération des primes s'applique, tel que spécifié au "Sommaire des Garanties". En aucun temps, un remboursement rétroactif de primes ne peut excéder six (6) mois de la date d'acceptation de la demande d'exonération des primes par l'assureur.

PREUVES D'INVALIDITÉ

Pour démontrer son invalidité et par la suite la persistance de celle-ci, l'adhérent doit soumettre à l'assureur un certificat médical en utilisant les formulaires de l'assureur. L'assureur, par un médecin de son choix, peut aussi souvent qu'il le jugera nécessaire, faire examiner à ses frais un adhérent, s'il juge que les preuves fournies ne sont pas satisfaisantes.

CESSATION DE L'EXONÉRATION D'UN ADHÉRENT

En plus des motifs de la cessation de l'assurance de l'adhérent stipulés dans la section intitulée "Dispositions générales" de la présente police, l'exonération des primes pour l'adhérent se termine lorsqu'il cesse d'être invalide ou qu'il est incapable de fournir des preuves de son invalidité totale ou qu'il refuse de le faire.

De plus, l'exonération des primes cesse à la première des dates suivantes, à 24:00 heures:

- la date de cessation ou l'âge limite spécifié au "Sommaire des Garanties";
- la date de sa retraite, si antérieure.

EXCLUSIONS

L'assurance prévue par la présente garantie d'exonération des primes ne s'applique pas et l'assureur n'encourt aucune obligation si l'invalidité résulte:

- a) de la participation d'un assuré à un acte ou tentative d'acte criminel, ou;
- b) de la participation active d'un assuré à un affrontement public, à une émeute, à une insurrection ou à une opération militaire, que la guerre soit déclarée ou non, ou;
- c) de la participation d'un assuré à une envolée aérienne à tout autre titre que celui de passager individuel payant sur un vol régulier ou nolisé, ou;
- d) d'une tentative de suicide ou d'une blessure ou mutilation qu'un assuré s'inflige lui-même, qu'il soit sain d'esprit ou non, ou;
- e) du fait pour un assuré d'avoir subi des lésions corporelles en conduisant un véhicule quand ses facultés étaient affectées par l'alcool ou la drogue (acte criminel), ou;
- f) de la participation d'un assuré à tout sport ou toute activité dangereuse tel que mais non limité à : courses de véhicules motorisés, terrestres ou aquatiques, plongée sous-marine, vol plané ou à voile, alpinisme, parachutisme en chute libre ou non, sauts à l'élastique (bungee), sports de neige hors-piste, sports de combat, ou toutes autres activités ou sports dangereux similaires. En général, les sports jugés dangereux sont les sports extrêmes, de contact ou d'aventure. Ces sports peuvent se pratiquer sur mer, dans le ciel ou sur terre. Ils impliquent habituellement de la vitesse, du matériel spécialisé, des cascades ou des contacts physiques et comportent un plus haut risque d'accident ou de blessure, ou;
- g) d'une intoxication par ou sous l'influence de l'alcool ou de la drogue, ou;
- h) d'un lumbago ou d'une lombalgie dont l'existence ne peut être attestée que subjectivement par la seule présence de symptômes décrits par un assuré et non supportés par des tests appropriés prescrits par un médecin, ou;
- i) d'une invalidité qui a débuté avant la date d'entrée en vigueur de l'assurance.

GARANTIE D'ASSURANCE VIE D'UN ADHÉRENT

OBJET

L'objet de cette garantie est de verser une prestation au décès de l'adhérent, si le décès survient lorsque la présente garantie d'assurance sur sa vie est en vigueur.

MONTANT DE LA PRESTATION

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

PROLONGATION

Sur réception et approbation des pièces justificatives établissant à la satisfaction de l'assureur qu'un adhérent a été frappé d'invalidité totale alors qu'il était couvert en vertu du présent contrat et que cet adhérent:

- a) Est demeuré totalement invalide jusqu'à la date de son décès et est décédé de la cause qui le rendait invalide, et;
- b) Est décédé avant d'atteindre son soixante-cinquième (65e) anniversaire de naissance et avant la fin d'une période de six (6) mois calculée à compter de la date à laquelle il a cessé de travailler en raison de son invalidité, et;
- c) n'a pas été pris en charge par un autre assureur en vertu d'un contrat d'assurance comportant une garantie comparable.

L'assureur verse le montant d'assurance auquel l'adhérent a droit selon les stipulations du présent contrat, sans toutefois excéder le montant qui était en vigueur sur la vie de cet adhérent à la date où il a quitté son emploi.

DROIT AU PAIEMENT ANTICIPÉ

Lorsque la présente garantie est en vigueur en vertu des dispositions prévues à la garantie d'"Exonération des primes" de la présente police et que l'espérance de vie d'un adhérent est alors d'au plus douze (12) mois, un adhérent a le droit de recevoir un paiement anticipé. Le montant est le moindre de vingt-cinq mille dollars (25 000\$) ou de cinquante pour cent (50%) du montant d'assurance vie en vigueur.

La demande écrite à l'assureur doit être accompagnée de preuves satisfaisantes démontrant que l'espérance de vie d'un adhérent est d'au plus douze (12) mois à la date de sa demande.

Lors du décès d'un adhérent, le montant autrement payable par l'assureur au bénéficiaire est réduit du montant payé à l'adhérent en vertu du présent droit, augmenté des intérêts courus depuis la date du paiement anticipé, selon un taux annuel de dix pour cent (10%).

PREUVES D'ASSURABILITÉ

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

TRANSFORMATION

Tout adhérent de moins de soixante-cinq (65) ans dont la vie cesse d'être assurée aux termes de la présente garantie parce qu'il cesse d'être un employé ou qu'il cesse d'appartenir au groupe d'assurés peut transformer en tout ou en partie le montant d'assurance ainsi perdu en une police individuelle d'assurance vie, sans avoir à justifier de son assurabilité. Le montant d'assurance ainsi transformable doit cependant être d'au moins cinq mille dollars (5 000\$) ou vingt-cinq pour cent (25%) du montant d'assurance sur la tête d'un adhérent selon le plus élevé des deux et est limité au moindre de deux cent mille dollars (200 000\$) ou de la différence entre le montant d'assurance perdu sous le présent contrat et le montant d'assurance prévu par un autre contrat d'assurance collective auquel l'adhérent est devenu éligible au moment d'exercer son droit de transformation.

De plus, lors de la résiliation du présent contrat, à la condition que l'adhérent ait été couvert pendant au moins cinq (5) ans et que ce contrat ne soit pas remplacé par un autre auquel il est admissible, l'adhérent peut transformer, en tout ou en partie, le volume d'assurance ainsi perdu en une police individuelle d'assurance vie, sans avoir à justifier de son assurabilité.

Pour effectuer la transformation, l'adhérent doit en faire la demande par écrit, sur un formulaire fourni à cet effet par l'assureur, et verser à l'assureur le montant de la prime afférente à la police projetée, dans le délai de trente et un (31) jours à compter de la cessation de l'assurance.

Si un adhérent meurt au cours de la période de trente et un (31) jours pendant laquelle il aurait été en droit d'exercer son droit de transformation, le montant maximum d'assurance vie qu'il aurait été en droit de transformer est payable.

L'adhérent souscrit à son choix, un contrat d'assurance individuel selon l'une des combinaisons suivantes:

- 1)** une assurance temporaire d'un (1) an, transformable à la fin de l'année en une assurance temporaire à soixante-cinq (65) ans ou en une assurance vie entière;
- 2)** une assurance temporaire à soixante-cinq (65) ans;
- 3)** une assurance vie entière.

Aucune autre garantie ne peut être annexée à cette assurance vie, sauf lorsque prévue spécifiquement ailleurs dans cette police.

Le taux de prime pour le contrat d'assurance individuel est celui alors en usage par l'assureur selon la combinaison choisie, le montant transformé, le sexe et l'âge de l'adhérent lors de la transformation. Lorsque l'adhérent est déjà assujéti à une surprime ou à une exclusion en vertu de la présente garantie, l'assureur augmente la prime ou reconduit l'exclusion pour l'assurance individuelle d'une façon similaire. Tous les modes de paiement de prime habituellement offerts par l'assureur peuvent être choisis. Durant la première année de la transformation, les primes d'assurance peuvent être versées trimestriellement. Le contrat individuel prend effet trente et un (31) jours après la cessation de l'assurance en vertu du présent contrat.

Une diminution du montant d'assurance en raison de l'âge ou d'un changement de catégorie d'assurés ne donne pas droit à la transformation.

L'adhérent qui s'est prévalu de son droit de transformation n'est plus admissible à l'assurance en vertu du présent contrat, à moins de fournir des preuves d'assurabilité jugées acceptables par l'assureur. L'adhérent qui s'est prévalu une fois de ce droit ne peut plus s'en prévaloir.

CESSATION DE L'ASSURANCE VIE D'UN ADHÉRENT

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

- la date de cessation ou l'âge limite spécifié au "Sommaire des Garanties";
- la date de sa retraite, si antérieure.

GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS OU MUTILATION ACCIDENTELS D'UN ADHÉRENT

OBJET

L'objet de cette garantie est de verser à l'adhérent une indemnité lorsqu'un adhérent subit une perte décrite dans l'article intitulé "Pertes admissibles" de la présente garantie et que cette perte est causée par un accident qui survient pendant que la présente garantie est en vigueur.

ADMISSIBILITÉ

Pour être admissible à la garantie de décès ou mutilation accidentels, une personne doit être assurée en vertu de la garantie d'assurance vie de base du présent contrat.

MONTANT DE L'INDEMNITÉ

Le montant de l'indemnité pour une perte est égal au produit (a x b):

- a) le montant d'assurance souscrit par l'adhérent en vertu de la présente garantie, tel que spécifié au "Sommaire des Garanties";
- b) la valeur relative de cette perte selon le tableau des pertes ci-après.

PREUVES D'ASSURABILITÉ

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

PERTES ADMISSIBLES

Les pertes visées par la présente garantie sont celles qui sont énumérées au tableau des pertes ci-après; elles doivent résulter d'un accident et survenir dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date de l'accident.

TABLEAU DES PERTES ET DES VALEURS RELATIVES	
PERTES	VALEURS RELATIVES
Quadruplégie, hémiplegie ou paraplegie	200%
Vie	100%
Deux mains ou deux pieds	100%
Un oeil et une main ou un pied	100%
Deux yeux	100%
Une main et un pied	100%
De la parole et de l'ouïe des deux oreilles	100%
Un bras ou une jambe	75%
Une main ou un pied ou un œil	66,67%
De la parole	66,67%
De l'ouïe des deux oreilles	66,67%
Quatre doigts d'une main	33,33%
Le pouce et l'index de la même main	33,33%
De tous les orteils d'un pied	33,33%
De l'ouïe d'une oreille	12,50%

La perte d'un oeil signifie la perte totale et définitive de la vision de cet oeil.

La perte de la parole doit être totale et définitive.

La perte d'une main ou d'un pied signifie l'amputation à l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus ou la perte d'usage.

La perte d'un bras ou d'une jambe signifie l'amputation à l'articulation du coude ou du genou ou au-dessus ou la perte d'usage.

La perte de l'ouïe signifie la perte totale et définitive de l'ouïe.

La perte d'un doigt signifie l'amputation à la jointure entre le doigt et la main ou au-dessus ou la perte d'usage.

La perte d'un orteil signifie l'amputation à la jointure entre l'orteil et le pied ou la perte d'usage.

La perte d'usage d'un membre signifie la perte totale et définitive de toutes et chacune des fonctions de ce membre.

RESTRICTIONS

Si l'adhérent subit plus d'une perte à l'occasion d'un même accident, une seule indemnité est versée, en l'occurrence la plus élevée.

Dans le cas de la quadriplégie, hémiplegie et paraplégie, si un adhérent décède dans les quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent l'accident, la prestation payable est limitée à cent pour cent (100%) du montant assuré.

RÉÉDUCATION

Lorsqu'à la suite de blessures, des prestations sont payables conformément aux conditions de la police, la présente garantie rembourse, dans les deux (2) années suivant la date de l'accident, les frais réels et raisonnables encourus pour la rééducation d'un adhérent en autant que cette rééducation vise à développer chez l'adhérent les fonctions pouvant compenser ses déficiences et soit nécessaire pour pouvoir exercer un travail rémunérateur, en tenant compte de ses blessures.

L'indemnité est limitée à dix mille dollars (10 000\$) par accident. Elle ne couvre ni les frais de pension ni les autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

RAPATRIEMENT

Si l'adhérent décède par suite d'un accident à cent cinquante (150) kilomètres ou plus de son lieu de résidence habituel, et que des prestations sont payables en vertu de la présente garantie, l'assureur rembourse les frais engagés pour le retour de la dépouille mortelle y compris les frais de préparation du corps pour le transport, jusqu'à un maximum de dix mille dollars (10 000\$).

TRANSPORT D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE IMMÉDIATE

Lorsqu'à la suite de blessures subies par l'adhérent, des prestations sont payables en vertu de l'article intitulé *Pertes admissibles* de la présente garantie, un adhérent est confiné, dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date de

l'accident, à un hôpital situé à plus de cent cinquante (150) kilomètres de son lieu de résidence habituel et que le médecin traitant recommande la présence d'un membre majeur de la famille immédiate, la présente garantie rembourse les frais réels de déplacement engagés par le membre de la famille immédiate pour se rendre au chevet de l'adhérent, par le trajet le plus direct, en utilisant un transporteur dûment autorisé. L'indemnité est limitée à dix mille dollars (10 000\$) par accident.

MODIFICATION DE LA RÉSIDENCE ET DU VÉHICULE

Lorsqu'à la suite de blessures subies par un adhérent, des prestations sont payables conformément aux conditions de la police, pour la perte des deux (2) pieds, pour la quadriplégie, la paraplégie ou l'hémiplégie, et que par la suite, l'adhérent a besoin d'un fauteuil roulant, l'assureur s'engage à lui verser, sur présentation d'une preuve de paiement, les frais engagés, en une seule fois, de travaux d'aménagement pour permettre l'accès d'un fauteuil roulant:

- a) à sa résidence principale, et;
- b) à un véhicule automobile destiné à son usage personnel, en conformité avec les règlements d'immatriculation, le cas échéant.

L'indemnité maximale payable aux termes des paragraphes a) et b) combinés ci-dessus est de dix mille dollars (10 000\$) par accident.

Cette indemnité sera versée si:

- 1) les modifications apportées à la résidence sont effectuées par une ou des personnes ayant l'expérience de telles modifications et si elles sont recommandées par un organisme reconnu fournissant aide et support aux personnes en fauteuil roulant, et;
- 2) les modifications apportées au véhicule sont effectuées par une ou des personnes ayant l'expérience de telles modifications et si elles sont approuvées par les autorités provinciales ayant compétence en matière de véhicules automobiles.

EXPOSITION AUX ÉLÉMENTS NATURELS ET DISPARITION DU CORPS

Si, à la suite d'un accident, un adhérent est inévitablement exposé aux éléments naturels et que, par suite de cette exposition, il subit une perte donnant normalement droit à une prestation, cette perte est couverte conformément aux conditions de la présente garantie.

Si l'adhérent n'est pas retrouvé dans l'année qui suit la date de la disparition, du naufrage ou de la destruction du véhicule de transport à bord duquel il voyageait au moment de l'accident, il est présumé qu'il est décédé par suite d'une blessure corporelle après une période de trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date de l'accident.

EXCLUSIONS

Aucune indemnité n'est payable dans le cas d'une perte résultant:

- a) de la participation d'un adhérent à un acte ou tentative d'acte criminel;
- b) de la participation active d'un adhérent à un affrontement public, à une émeute, à une insurrection ou à une opération militaire, que la guerre soit déclarée ou non;

- c) de la participation d'un adhérent à une envolée aérienne à tout autre titre que celui de passager individuel payant sur un vol régulier ou nolisé;
- d) du suicide ou de blessures qu'un adhérent s'est infligées, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- e) du fait qu'un adhérent est décédé ou a subi des lésions corporelles en conduisant un véhicule, ou suite à la conduite d'un véhicule, quand ses facultés étaient affectées par l'alcool ou la drogue;
- f) de la participation d'un adhérent à tout sport ou toute activité dangereuse tel que mais non limité à : courses de véhicules motorisés, terrestres ou aquatiques, plongée sous-marine, vol plané ou à voile, alpinisme, parachutisme en chute libre ou non, sauts à l'élastique (bungee), sports de neige hors-piste, sports de combat, ou toutes autres activités ou sports dangereux similaires. En général, les sports jugés dangereux sont les sports extrêmes, de contact ou d'aventure. Ces sports peuvent se pratiquer sur mer, dans le ciel ou sur terre. Ils impliquent habituellement de la vitesse, du matériel spécialisé, des cascades ou des contacts physiques et comportent un plus haut risque d'accident ou de blessure;
- g) d'une intoxication par ou sous l'influence de l'alcool ou de la drogue;
- h) d'une blessure qui ne présente pas de contusions visibles ou de plaies externes, exception faite d'une noyade ou de lésions internes découvertes par autopsie;
- i) d'une infirmité physique ou mentale, ou de maladie de tout genre;
- j) de tout empoisonnement ou de toute infection, exception faite d'une infection provenant d'une blessure ou d'une coupure accidentelle;
- k) de l'inhalation de gaz toxiques, sauf si cette inhalation découle d'un accident à l'occasion du travail d'un adhérent;
- l) du service avec ou dans les forces militaires, navales ou aériennes ou toutes autres forces armées ou auxiliaires de tout pays, que la guerre soit déclarée ou non;
- m) d'un traitement médical ou dentaire, d'une intervention chirurgicale ou d'un procédé anesthésique.

CESSATION DE L'ASSURANCE

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

- la date de cessation ou l'âge limite spécifié au "Sommaire des Garanties";
- la date de sa retraite, si antérieure.

GARANTIE D'ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

OBJET

L'objet de cette garantie est de verser une prestation au décès d'une personne à charge d'un adhérent, si le décès survient alors que la personne à charge est assurée en vertu de la présente garantie.

MONTANT DE LA PRESTATION

Le montant de la prestation payable au décès du conjoint et celui qui est payable au décès d'un enfant sont spécifiés au "Sommaire des Garanties".

PROLONGATION

Si au moment du décès d'un adhérent, ses personnes à charge sont assurées en vertu de la présente garantie, l'assurance sur la vie des personnes à charge est prolongée sans paiement de primes, jusqu'à la plus rapprochée des dates suivantes:

- a) vingt-quatre (24) mois après la date de décès de l'adhérent;
- b) la date à laquelle l'assurance vie des personnes à charge aurait pris fin si l'adhérent avait été vivant;
- c) la date de résiliation de la présente garantie.

CESSATION DE L'ASSURANCE

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

- la date de cessation ou l'âge limite spécifié au "Sommaire des Garanties";
- la date de retraite d'un adhérent, si antérieure;
- quand le conjoint ou l'enfant ne répond plus à la définition de personne à charge.

GARANTIE EN CAS D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

OBJET

L'objet de la présente garantie est de remplacer en partie la perte de revenu d'emploi d'un adhérent pendant une période d'invalidité totale qui débute lorsqu'il est couvert en vertu de cette garantie.

EXCLUSIVITÉ DE LA GARANTIE

Aucune prestation pour invalidité de longue durée n'est payable avant que les prestations pour invalidité de courte durée ne soient complétées.

ADMISSIBILITÉ

Pour être admissible à la garantie en cas d'invalidité de longue durée, un adhérent doit être assuré en vertu de la garantie d'assurance vie.

DÉLAI DE CARENCE

Le délai de carence est celui qui est spécifié au "Sommaire des Garanties" de la présente police.

PÉRIODE DE RÉMISSION PERMISE

Une période de cent quatre-vingts (180) jours qui suit immédiatement la date à laquelle la personne qui était totalement invalide, cesse de l'être.

MONTANT DES PRESTATIONS

Le montant des prestations pour chaque mois d'invalidité est défini au "Sommaire des Garanties".

INDEXATION DES PRESTATIONS

Lorsque la prestation d'invalidité est indexée, le montant de la prestation payable à l'adhérent sera augmenté à tous les premier (1^{er}) janvier, à compter du premier (1^{er}) janvier qui suit la première (1^{ère}) année complète d'invalidité, excluant le délai de carence, selon le taux d'indexation défini par la Régie des rentes du Québec, sans toutefois excéder le pourcentage maximum inscrit au "Sommaire des Garanties".

PREUVES D'ASSURABILITÉ

Si le montant de la prestation mensuelle excède le montant admissible sans preuve d'assurabilité indiqué au "Sommaire des Garanties", l'adhérent n'est couvert pour cet excédent que s'il soumet des preuves d'assurabilité jugées acceptables par l'assureur. Par la suite, toute augmentation du montant de la prestation ne prend effet que sur approbation par l'assureur des preuves d'assurabilité requises.

RÉDUCTION DE LA PRESTATION SELON LE TYPE DES PRESTATIONS

En vertu du présent article, l'assureur verse une prestation mensuelle d'invalidité selon le moins élevé des montants calculés aux paragraphes A) et B) ci-après:

a) INTÉGRATION DIRECTE DES PRESTATIONS

Un adhérent n'est éligible qu'aux prestations d'invalidité de la présente garantie et à celles prévues par les régimes gouvernementaux.

Le montant des prestations d'invalidité payable par l'assureur est réduit du montant des prestations initiales de base, sans égard aux augmentations ultérieures dues à l'indexation, payable en vertu des lois suivantes:

- Loi du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada;
- Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles;
- Loi de l'assurance automobile du Québec et de l'Ontario;
- Toute autre loi prévoyant des revenus en cas d'invalidité.

Cependant, seules les prestations prévues par les lois ci-dessus, dont le paiement a commencé au début ou après le début de l'invalidité totale sont visées par cet article.

Si un adhérent refuse ou néglige de soumettre une demande de prestations relativement aux lois ci-dessus, alors que l'assureur l'informe qu'il pourrait être admissible à des prestations, l'assureur se réserve le droit de réduire les prestations payables en vertu de cette garantie d'un montant égal à l'estimé des prestations qui pourraient provenir de ces lois.

b) INTÉGRATION INDIRECTE DES PRESTATIONS

Un adhérent est admissible à des prestations d'invalidité additionnelles et à celles prévues au paragraphe a) précédent.

Si l'adhérent reçoit des revenus pendant son invalidité, supérieurs au pourcentage maximum de revenu permis et spécifié au "Sommaire des Garanties" pour la garantie concernée et basé sur le salaire de l'adhérent au début de son invalidité, la prestation d'invalidité est réduite de façon à ce que la somme des revenus pendant l'invalidité ne dépasse pas le montant maximum de revenu d'emploi au début de son invalidité. Pour le calcul de ce montant maximum, seuls les montants initiaux de prestations sont considérés sans égard aux augmentations ultérieures dues à l'indexation.

Les autres revenus considérés dans les calculs à l'alinéa précédent sont:

- 1) toute rémunération versée par l'employeur en vertu d'une politique de continuation de salaire, de vacances, de congés de maladie ou de tout régime d'avantages sociaux établi par l'employeur;
- 2) toutes rentes ou prestations payables en vertu des lois suivantes:
 - Loi du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada;
 - Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles;
 - Loi de l'assurance automobile du Québec et de l'Ontario;
 - toute autre loi prévoyant des revenus en cas d'invalidité.

- 3) toute prestation d'invalidité payable en vertu d'un contrat d'assurance ou d'un régime de retraite de l'employeur.

REVENU MAXIMUM D'INVALIDITÉ

Pour les fins du présent article, le revenu maximum d'invalidité se calcule en appliquant le pourcentage inscrit au "Sommaire des Garanties":

- a) au salaire brut de l'employé, si la prestation payable par l'assureur est imposable;
- b) au salaire net de l'employé, si la prestation payable par l'assureur est non imposable.

Si un adhérent refuse ou néglige de soumettre une demande de prestations relativement à de telles lois alors qu'il pourrait être admissible à des prestations, l'assureur se réserve le droit de réduire les prestations payables en vertu de cette garantie d'un montant égal à l'estimé des prestations qui pourraient provenir de ces lois.

PAIEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations d'invalidité sont payables à la fin de chaque mois d'invalidité, après l'expiration du délai de carence.

Pour une période d'invalidité plus courte qu'un (1) mois, l'assureur verse un trentième (1/30^e) du montant d'une prestation mensuelle pour chaque journée d'invalidité totale.

Les prestations sont payables aussi longtemps que se poursuit la période d'invalidité totale, sans toutefois excéder la période maximale ou l'âge limite spécifiés au "Sommaire des Garanties".

RÉADAPTATION

Si un adhérent, qui a été totalement invalide pendant au moins le délai de carence, participe à un programme de réadaptation accepté par l'assureur, il pourra bénéficier des prestations prévues par cette garantie en plus de la rémunération provenant de ce programme de réadaptation. Le statut de réadaptation peut être accordé pour une période maximale de vingt-quatre (24) mois.

La rente mensuelle de réadaptation est égale au montant des prestations mensuelles prévues par la présente garantie diminué d'une somme égale à 50 % de la rémunération au travail accompli au cours du programme de réadaptation.

Cependant, la somme de la rémunération provenant du programme de réadaptation et des prestations mensuelles prévues par la présente garantie, ne peut excéder cent pour cent (100%) du revenu gagné de l'adhérent tel qu'il était au début de la période d'invalidité. Si cette somme excède le revenu gagné au début de la période d'invalidité, la prestation est réduite du montant qui excède cent pour cent (100%) du revenu gagné. Le revenu gagné étant le salaire brut de l'employé si la prestation est imposable ou le salaire net si la prestation est non-imposable.

L'assureur peut fournir à l'adhérent toute aide susceptible de l'encourager à reprendre son occupation régulière ou tout autre occupation rémunératrice compatible avec son état de santé.

PROLONGATION DES PRESTATIONS

À moins de mention spécifique du contraire pour une garantie donnée, l'assureur verse les prestations d'invalidité prévues par la présente garantie, pour toute période d'invalidité qui débute lorsque la garantie concernée est en vigueur et aussi longtemps que l'invalidité se poursuit et que les conditions du contrat sont remplies. Si la garantie est résiliée, les prestations continueront d'être versées comme si la garantie était demeurée en vigueur, sous réserve des termes de la présente garantie ainsi que des lois en vigueur.

DÉDUCTIONS À LA SOURCE

L'assureur déduit de chaque paiement de prestations les montants requis par la Loi de l'impôt.

EXCLUSIONS

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

- a) la participation d'un adhérent à un acte ou tentative d'acte criminel;
- b) la participation active d'un adhérent à un affrontement public, à une émeute, à une insurrection ou une opération militaire, que la guerre soit déclarée ou non;
- c) la participation d'un adhérent à une envolée aérienne à tout autre titre que celui de passager individuel payant sur un vol régulier ou nolisé;
- d) une invalidité causée par une blessure ou une mutilation volontaire, qu'un adhérent soit sain d'esprit ou non;
- e) du fait pour un adhérent d'avoir subi des lésions corporelles en conduisant un véhicule quand ses facultés étaient affectées par l'alcool ou la drogue;
- f) de la participation d'un adhérent à tout sport ou toute activité dangereuse tel que mais non limité à : courses de véhicules motorisés, terrestres ou aquatiques, plongée sous-marine, vol plané ou à voile, alpinisme, parachutisme en chute libre ou non, sauts à l'élastique (bungee), sports de neige hors-piste, sports de combat, ou toutes autres activités ou sports dangereux similaires. En général, les sports jugés dangereux sont les sports extrêmes, de contact ou d'aventure. Ces sports peuvent se pratiquer sur mer, dans le ciel ou sur terre. Ils impliquent habituellement de la vitesse, du matériel spécialisé, des cascades ou des contacts physiques et comportent un plus haut risque d'accident ou de blessure;
- g) d'une opération non nécessitée par la santé d'un adhérent, soins esthétiques ou non médicalement nécessaires;
- h) pendant une période où un adhérent séjourne plus de 15 jours à l'extérieur du Canada;
- i) pendant un congé de maternité prévu en vertu d'une loi provinciale ou fédérale ou d'une entente avec l'employeur;

- j) un lumbago ou une lombalgie dont l'existence ne peut être attestée que subjectivement par la seule présence de symptômes décrits par l'adhérent et non supportés par des tests appropriés prescrits par un médecin;
- k) si l'adhérent n'est pas sous les soins réguliers d'un médecin spécialiste habilité à traiter sa maladie ou s'il ne reçoit pas la thérapie appropriée à sa condition ou s'il refuse de la recevoir;
- l) si l'adhérent n'est pas sous les soins d'un médecin; la période d'invalidité totale ne peut débuter avant la date de la première visite médicale pour l'invalidité en cause;
- m) d'une invalidité qui a débuté avant la date d'entrée en vigueur de l'assurance;
- n) pour une invalidité résultant d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle sauf stipulation contraire au "Sommaire des Garanties".

RESTRICTIONS

La somme de la prestation mensuelle payable en vertu de la présente garantie et les prestations d'invalidité de toutes autres sources ne peut excéder le pourcentage maximum du salaire net si les prestations sont non imposables ou le pourcentage maximum du salaire brut si les prestations sont imposables, tel qu'indiqué au "Sommaire des Garanties".

Lorsque l'adhérent n'était pas couvert par une garantie équivalente et qu'une invalidité totale débute dans la période de douze (12) mois qui suit la date d'entrée en vigueur de la présente garantie aucune prestation n'est payable pour une invalidité qui résulte d'une maladie ou d'un accident pour lesquels l'adhérent a consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé, ou a reçu un traitement médical, ou a subi un examen ou passé des tests diagnostics, ou fait usage de médicaments, au cours de la période de quatre-vingt-dix (90) jours précédant immédiatement la date d'entrée en vigueur de la présente garantie pour un adhérent.

FIN DES PRESTATIONS

Les prestations d'un adhérent se terminent à la première des dates suivantes:

- a) la date de son décès;
- b) la date où il cesse d'être invalide;
- c) la date où il est incapable de fournir des preuves de son invalidité ou qu'il refuse de le faire;
- d) la date où il refuse ou omet de se présenter à un examen médical chez un médecin désigné par l'assureur;
- e) la date où il occupe un emploi rémunérateur, sauf s'il s'agit d'un emploi autorisé par l'assureur dans le cadre d'un programme de réadaptation, ou la date où il accomplit une des tâches de son occupation régulière sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation;

- f) si un adhérent refuse sans motif valable de participer activement en tout ou en partie à un programme de réadaptation mis en place et défrayé par l'assureur destiné à faciliter son retour au marché du travail et qui est jugé raisonnable et approprié par les médecins et professionnels de la réadaptation de l'assureur;
- g) la date où il reçoit une rente de retraite sauf celle qu'il recevait au début de l'invalidité alors qu'il était actif au travail.

CESSATION DE L'ASSURANCE

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

- a) la date de cessation ou l'âge limite spécifié au "Sommaire des Garanties";
- b) la date de sa retraite, si antérieure.

GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE

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

OBJET DE LA GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE

L'objet de la présente garantie est de rembourser les frais admissibles à la suite d'hospitalisation et les frais médicaux et paramédicaux encourus à la suite d'un accident ou d'une maladie par un assuré, pendant que cette garantie est en vigueur.

ADMISSIBILITÉ

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

HOSPITALISATION

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

a) HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE

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

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

b) CONVALESCENCE ET RÉADAPTATION PHYSIQUE

Les frais de séjour selon le type de chambre indiqué au "Sommaire des Garanties" dans un centre de réadaptation physique ou dans un hôpital dont une partie est réservée aux soins de convalescence ou de réadaptation physique, excédant ceux qui sont remboursés ou remboursables en vertu d'un régime d'assurance gouvernemental, alors que la présente garantie est en vigueur.

L'assuré doit être admis moins de quatorze (14) jours après avoir obtenu son congé de l'hôpital dans lequel il avait été admis pour y recevoir des soins de courte durée ou avoir été admis à l'hôpital durant moins d'une journée pour une intervention nécessitant une anesthésie locale. Les frais admissibles sont limités à une période maximale indiquée au "Sommaire des Garanties" pour l'ensemble des frais admis pour une convalescence et une réadaptation physique.

DÉFINITION DES INSTITUTIONS

a) HÔPITAL

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

b) CENTRE DE RÉADAPTATION POUR DÉFICIENCE PHYSIQUE

Désigne un centre offrant des services de réadaptation physique tel que défini en vertu des lois en vigueur, à l'exclusion d'un tel centre réservé pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou pour les jeunes et les mères en difficulté d'adaptation ou pour les alcooliques et les toxicomanes.

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

MONTANT DES PRESTATIONS D'HOSPITALISATION

Pour les frais admissibles d'hospitalisation ou de séjour dans un centre de réadaptation, il n'y a aucune franchise et le pourcentage de remboursement est de cent pour cent (100%).

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

Si l'assuré est hospitalisé dans sa province de résidence, l'assureur rembourse pour chaque jour d'hospitalisation une somme égale à cette partie des frais de chambre et de pension demandés par l'hôpital, jusqu'à concurrence du coût du type de chambre spécifié au "Sommaire des Garanties", prévu par la loi de l'assurance hospitalisation du Québec incluant l'indexation annuelle.

Le nombre de jours d'hospitalisation remboursables au cours d'une période de douze (12) mois consécutifs pour une même maladie ou un même accident est spécifié au "Sommaire des Garanties".

b) HOSPITALISATION HORS DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE DE L'ASSURÉ

Si l'assuré est hospitalisé hors de sa province de résidence et que les conditions requises énumérées à l'article "Soins hors de la province de résidence de l'assuré" de la présente garantie sont respectées, l'assureur rembourse pour chaque jour d'hospitalisation, une somme égale aux frais de chambre et de pension demandés par l'hôpital, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre semi-privée, moins tout montant prévu par la loi de l'assurance hospitalisation du Québec incluant l'indexation annuelle.

Le nombre de jours d'hospitalisation remboursables au cours d'une période de douze (12) mois consécutifs pour une même maladie ou un même accident est spécifié au "Sommaire des Garanties".

FRAIS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX

L'objet de l'assurance frais médicaux et paramédicaux est de rembourser une partie des frais admissibles engagés pour des soins médicaux et paramédicaux par suite d'une blessure accidentelle, d'une maladie ou d'une grossesse.

Pour chacun des assurés en vertu de la présente garantie, le pourcentage de remboursement s'applique sur chacun des montants de frais encourus pour traitements, visites ou achats de fournitures ainsi que sur chacun des montants maximums payables par année de police pour les frais médicaux et paramédicaux énumérés à l'article intitulé "Les frais médicaux et paramédicaux admissibles" de la présente section.

MONTANT DES PRESTATIONS

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

LES FRAIS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX ADMISSIBLES

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

- a) Si le "Sommaire des Garanties" indique "liste élargie", les médicaments obtenus sur l'ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste sont remboursables.

Si le "Sommaire des Garanties" indique "liste restrictive", il n'y a que les médicaments ne pouvant s'obtenir que sur ordonnance écrite d'un médecin qui sont remboursables.

Si le "Sommaire des Garanties" indique "liste RAMQ", il n'y a que les médicaments publiés sur la liste de la Régie d'assurance maladie du Québec qui sont remboursables. Certains de ces médicaments ne sont toutefois couverts que dans les cas, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminés par règlement et publiés par la RAMQ.

Sont également admissibles, les médicaments obtenus sur ordonnance médicale et dont l'indication thérapeutique est directement reliée au traitement des conditions pathologiques suivantes:

- troubles cardiaques;
- troubles pulmonaires;
- diabète;
- arthrite;
- maladie de Parkinson;
- épilepsie;
- fibrose kystique;
- glaucome.

Advenant une grève, un lock-out ou toute autre cessation concertée de travail, la protection pour l'assurance médicaments est prolongée pour une période de trente (30) jours à compter du déclenchement de la grève, du lock-out ou de la cessation concertée de travail. La prime relative à cette période de prolongation doit être acquittée auprès de l'assureur.

L'assuré résidant au Québec qui a atteint l'âge de soixante-cinq (65) ans peut choisir de s'assurer en vertu du régime public prévu à la Loi de l'assurance médicaments du Québec plutôt que de demeurer assuré en vertu de la présente garantie. Si tel est le cas, il n'est plus admissible à des prestations en vertu du contrat et il ne peut plus réintégrer son assurance collective en ce qui concerne l'assurance médicaments.

- b)** l'achat d'un stérilet par année civile;
- c)** l'achat de bâtonnets réactifs, de seringues et d'aiguilles pour diabétiques;
- d)** l'achat de fournitures diverses nécessaires suite à une colostomie, une iléostomie ou une urostomie;
- e)** en cas d'urgence, les frais de transport à l'hôpital dans une ambulance dûment autorisée à cette fin, ainsi que le transport par train ou par avion à l'hôpital le plus près, si la personne ne peut être transportée autrement;
- f)** soins à domicile d'un infirmier licencié, jusqu'à concurrence du montant maximum admissible et de la période indiqués au "Sommaire des Garanties" sur présentation d'un rapport médical;
- g)** l'achat de chaussures orthopédiques fabriquées sur mesure et vendues par un laboratoire orthopédique spécialisé. Ces achats sont limités au nombre de paires, à la période et au montant maximum admissible indiqués au "Sommaire des Garanties", tant pour un enfant de moins de seize (16) ans que pour une personne âgée de seize (16) ans et plus. Ces articles peuvent également être prescrits par un podiatre;
- h)** l'achat d'éléments correctifs ajoutés à des chaussures ordinaires, d'orthèses ou de supports plantaires, jusqu'à concurrence du montant maximum admissible et de la période indiqués au "Sommaire des Garanties". Ces éléments doivent être vendus par un laboratoire orthopédique spécialisé et peuvent également être prescrits par un podiatre;
- i)** l'achat de bas avec support élastique, auprès d'une maison spécialisée, jusqu'à concurrence du nombre et de la période indiqués au "Sommaire des Garanties";
- j)** l'achat ou la réparation d'un appareil auditif jusqu'à concurrence de la période et du montant maximum admissible indiqués au "Sommaire des Garanties";
- k)** l'achat de prothèses mammaires externes, nécessitées à la suite d'une mastectomie, en excédent du montant versé par le régime gouvernemental, jusqu'à concurrence du montant maximum et de la période indiqués au "Sommaire des Garanties";

- l)** l'achat d'une prothèse capillaire initiale nécessaire à la suite de traitements de chimiothérapie, jusqu'à concurrence du montant maximum admissible et de la période indiqués au "Sommaire des Garanties";
- m)** location ou achat d'un modèle de base, lorsque ce dernier mode est jugé plus économique par l'assureur d'une chaise roulante et lit d'hôpital non motorisés, béquilles, cannes ou marchettes requis temporairement pour fins thérapeutiques. L'assuré doit obtenir l'autorisation préalable de l'assureur avant tout achat ou toute location et à défaut d'obtenir cette autorisation, l'assureur peut refuser la demande de règlement;
- n)** l'achat initial (non le remplacement) ou la location, sans excéder le coût pour l'achat initial de prothèses (autres que dentaire) tels que ceux définis par la Régie de l'assurance maladie, jusqu'à concurrence du montant maximum admissible indiqué au "Sommaire des Garanties";
- o)** transfusion de sang ou de ses dérivés, pansements;
- p)** produits anesthésiques;
- q)** les frais pour l'examen de la vue pour les assurés âgés entre dix-huit (18) et soixante quatre (64) ans, effectué par un ophtalmologiste ou par un optométriste licencié, jusqu'à concurrence du montant maximum admissible et de la période indiqués au "Sommaire des Garanties";
- r)** lorsqu'ils sont jugés nécessaires pour fins de prévention ou de diagnostic, les frais suivants sont remboursables :
 - analyses de laboratoire, sous réserve d'un montant maximum admissible de 150 \$ par année civile;
 - examens radiologiques tels que frais de tomographies par ordinateur (scanners), échographies, électrocardiogramme, mammographie, rayons X (sauf pour les dents et les orthèses), sous réserve d'un montant maximum admissible de 300 \$ par année civile;
 - imagerie par résonance magnétique, sous réserve d'un montant maximum admissible de 500 \$ par année civile.
- s)** l'achat ou la réparation d'un appareil pour mesurer quantitativement le taux de glucose dans le sang pour diabétique insulino-dépendant est payable sur présentation d'un rapport complet d'un médecin attestant que l'assuré est insulino-dépendant, jusqu'à concurrence du montant maximum admissible et de la période indiqués au "Sommaire des Garanties";
- t)** soins paramédicaux; les frais pour services paramédicaux rendus par un:
 - chiropraticien;
 - psychologue, psychanalyste, psychiatre, travailleur social;
 - physiothérapeute, ergothérapeute, orthotérapeute;
 - audiologiste, orthophoniste, ostéopathe, podiatre, naturothérapeute;
 - acupuncteur;
 - diététiste;
 - massothérapeute.

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

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

- u) les frais de radiographies prises par un chiropraticien sont limités par année civile au montant indiqué au "Sommaire des Garanties" pour chaque assuré;
- v) les frais pour soins à domicile d'un infirmier rendus nécessaires après une hospitalisation ou après une intervention chirurgicale nécessitant une anesthésie locale effectuée à l'hôpital. Les frais sont remboursés jusqu'à concurrence du montant maximum admissible et de la période indiqués au "Sommaire des Garanties". L'infirmier doit être membre de l'Ordre des infirmiers du Québec (OIIQ) ou infirmier en pratique privée du Québec (IIPPQ);
- w) l'achat de bandages herniaires, corsets ou bandages orthopédiques, attelles, plâtres;
- x) location ou achat, lorsque ce dernier mode est jugé plus économique par l'assureur d'un appareil d'assistance respiratoire et oxygène. L'assuré doit obtenir l'autorisation préalable de l'assureur avant tout achat ou toute location et à défaut d'obtenir cette autorisation, l'assureur peut refuser la demande de règlement. Le montant maximum admissible et la période sont indiqués au "Sommaire des Garanties";
- y) location ou achat, lorsque ce dernier mode est jugé plus économique par l'assureur d'un appareil neurostimulateur électrique transcutané (tens). L'assuré doit obtenir l'autorisation préalable de l'assureur avant tout achat ou toute location et à défaut d'obtenir cette autorisation, l'assureur peut refuser la demande de règlement. Le montant maximum admissible et la période sont indiqués au "Sommaire des Garanties";
- z) les frais pour la substance utilisée pour les injections sclérosantes requises médicalement et administrées par un médecin. Le montant maximum admissible et la période sont indiqués au "Sommaire des Garanties".

SOINS DENTAIRES RÉSULTANT D'UN ACCIDENT

Sont couverts les frais pour soins dentaires, hors d'un hôpital, par un chirurgien-dentiste, rendus nécessaires par suite de blessures accidentelles aux dents naturelles, saines et entières, pendant que la personne est assurée et dans les douze (12) mois suivant l'accident. Les frais doivent être engagés dans la province de résidence de l'assuré et sont limités à un maximum admissible indiqué au "Sommaire des Garanties".

PREUVES D'UN SINISTRE

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

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

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

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

PROLONGATION

Si au moment du décès d'un adhérent, ses personnes à charge sont assurées en vertu de la présente garantie, l'assurance des personnes à charge est maintenue en vigueur sans paiement des primes, jusqu'à la plus rapprochée des dates suivantes:

- a) vingt-quatre (24) mois après la date du décès de l'adhérent;
- b) la date à laquelle les personnes à charge cessent de satisfaire à la définition de personnes à charge;
- c) la date de résiliation de la présente garantie.

SOINS HORS DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE DE L'ASSURÉ

a) LES CONDITIONS REQUISES

Pour être admissibles, les frais pour soins hors de la province de résidence de l'assuré doivent satisfaire aux conditions suivantes:

- 1) L'assuré doit communiquer immédiatement avec l'assureur en cas de consultation médicale ou d'hospitalisation, suite à un accident ou une maladie subite, à défaut de quoi, les indemnités demandées pourront être refusées;
- 2) les soins sont nécessaires à la suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie subite survenu hors de la province de résidence de l'assuré et dont la survenance n'était pas raisonnablement prévisible lors du départ;
- 3) le jour du départ, l'assuré doit être âgé de moins de soixante-dix (70) ans, ne pas être à la retraite, ne pas être en état de grossesse de plus de sept (7) mois;
- 4) lors du départ, la durée du séjour hors de la province de résidence de l'assuré est prévue pour moins de quatre-vingt-dix (90) jours et l'assuré doit être couvert par la régie de l'assurance maladie de sa province de résidence. Toutefois, ce séjour peut être prolongé pourvu qu'il le soit en raison de la maladie ou de l'accident survenu au cours de la période de quatre-vingt-dix (90) jours et que le retour dans sa

province de résidence soit impossible pour des raisons médicales justifiables;

- 5) l'accident ou la maladie subite qui occasionne les frais doit survenir dans les quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent la date de départ;
- 6) les frais cessent d'être admissibles dès que le patient peut revenir dans sa province de résidence par ses propres moyens ou être rapatrié sous surveillance médicale;
- 7) pour un assuré de soixante-cinq (65) ans et plus, les soins ne doivent pas être reliés à une condition médicale pour laquelle l'assuré a été hospitalisé, a reçu ou s'est fait prescrire un traitement médical ou a consulté un médecin dans les quatre-vingt-dix (90) jours précédant la date du départ, sauf s'il est prouvé à la satisfaction de l'assureur que la condition de l'assuré est stabilisée. Un changement quant à un médicament, à sa posologie ou son utilisation est considéré comme étant un traitement médical.

b) LE MONTANT DES PRESTATIONS

Nonobstant le pourcentage de remboursement des frais admissibles indiqué au "Sommaire des Garanties", les frais admissibles hors de la province de résidence de l'assuré pour l'hospitalisation, les soins médicaux, incluant les médicaments nécessitant une prescription médicale et chirurgicaux, sont remboursables à cent pour cent (100%).

c) LE MAXIMUM PAYABLE

Pour tous les frais admissibles hors de la province de résidence de l'assuré, le déboursé total effectué par l'assureur est limité à un million de dollars (1 000 000 \$) pour la vie durant d'un assuré.

RÉDUCTION DE LA GARANTIE DUE À LA COORDINATION DES PRESTATIONS

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

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

- a) si une autre police ne renferme aucune clause de coordination des prestations, les prestations de cette autre police sont censées être versées avant celles de la présente police;
- b) si une autre police renferme une clause de coordination des prestations, on accorde la priorité de paiement à la police en vertu de laquelle la personne qui a droit de recevoir les prestations:
 - 1) n'est pas une personne à charge ou, à défaut;
 - 2) est une personne à charge de l'adhérent dont le jour et le mois de naissance arrivent en premier au cours de l'année civile.

S'il est impossible de déterminer la priorité selon la manière précitée, les prestations de toutes les polices feront l'objet d'un calcul proportionnel fondé sur les montants

qui auraient été versés en vertu de chaque police comme si chacune d'elles avait été la seule en vigueur.

EXCLUSIONS

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

- a) la participation de l'assuré à un acte ou tentative d'acte criminel;
- b) toute blessure ou maladie qui résulte de la participation active de l'assuré à un affrontement public, à une émeute, à une insurrection ou à une opération militaire, que la guerre soit déclarée ou non;
- c) la participation de l'assuré à une envolée aérienne à tout autre titre que celui de passager individuel payant sur un vol régulier ou nolisé;
- d) le suicide ou toute blessure ou lésion que l'assuré s'est infligées, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
- e) du fait pour un assuré d'avoir subi des lésions corporelles en conduisant un véhicule quand ses facultés étaient affectées par l'alcool ou la drogue;
- f) de la participation de l'assuré à tout sport ou toute activité dangereuse tel que mais non limité à : courses de véhicules motorisés, terrestres ou aquatiques, plongée sous-marine, vol plané ou à voile, alpinisme, parachutisme en chute libre ou non, sauts à l'élastique (bungee), sports de neige hors-piste, sports de combat, ou toutes autres activités ou sports dangereux similaires. En général, les sports jugés dangereux sont les sports extrêmes, de contact ou d'aventure. Ces sports peuvent se pratiquer sur mer, dans le ciel ou sur terre. Ils impliquent habituellement de la vitesse, du matériel spécialisé, des cascades ou des contacts physiques et comportent un plus haut risque d'accident ou de blessure;
- g) aucun frais ne sont payés pour une chirurgie ou un traitement facultatif ou non urgent ou si le voyage à l'extérieur de la province de résidence de l'assuré a été entrepris avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non;
- h) les frais encourus pour des soins non médicalement nécessaires, ou donnés dans un but esthétique ou des soins qui excèdent les soins ordinaires;
- i) tous les frais payables ou remboursables en vertu de tout régime d'assurance gouvernemental ou qui habituellement l'auraient été, ou régime privé;
- j) tous les frais en excédent des frais raisonnables, compte tenu de la gravité du cas, des tarifs normaux en usage dans la région et des procédés normalement utilisés;
- k) tous les soins ou services donnés gratuitement ou qui le seraient à défaut d'assurance ou qui ne sont pas à la charge d'un assuré;

- l) les frais relatifs à un voyage de santé, à une cure de repos, à l'alimentation ou à un traitement d'amaigrissement;
 - m) les soins ou services donnés par une personne membre de la famille immédiate de l'assuré;
 - n) les frais médicaux résultant de toute maladie ou blessure attribuable à une occupation ou à un emploi pour salaire ou profit, sauf si l'adhérent bénéficie d'une couverture d'assurance pour un risque professionnel en vertu de la présente garantie;
 - o) les frais pour l'injection de substances sclérosantes dans les varicosités des membres inférieurs, donnée dans un but non médical;
 - p) les médicaments "grand public" qui ne nécessitent pas d'ordonnance médicale;
- N.B.** Les exclusions a) et b) ne s'appliquent pas aux médicaments remboursables publiés sur la liste de la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Ne sont pas considérés comme médicaments aux fins de la présente garantie et l'assureur n'encourt aucune obligation pour les frais suivants:

- aa) lait de toute nature ou un substitut du lait;
- bb) protéines, suppléments diététiques, aliments, produits homéopathiques ou produits dits naturels;
- cc) produits pour soins esthétiques ou cosmétiques;
- dd) produits, hormones et injections servant au traitement de la cellulite et de l'obésité, y compris les anorexigènes;
- ee) produits et médicaments destinés à éliminer l'usage du tabac;
- ff) eaux minérales;
- gg) désinfectants, lubrifiants oculaires et solutions pour lentilles cornéennes;
- hh) savons, huiles, shampooing et autres produits pour le cuir chevelu, émoullissants, crèmes et pastilles;
- ii) vitamines;
- jj) les médicaments administrés principalement à titre préventif. Aux fins de cette exclusion, un médicament servant à stabiliser ou régulariser un état pathologique diagnostiqué par un médecin n'est pas considéré un médicament préventif;
- kk) les médicaments ou substances servant au traitement de l'infertilité ou de l'impuissance;
- ll) toute substance utilisée dans le but d'insémination, gelées ou mousses à but contraceptif;
- mm) stéroïdes anabolisants, hormones de croissance, médicaments administrés à des fins expérimentales;

- nn) tous frais engagés en raison d'une maladie ou d'un accident relevant de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (C.S.S.T.) ou de la société de l'assurance automobile du Québec (S.A.A.Q.);
- oo) les médicaments fournis au cours d'une hospitalisation.

L'assureur se réserve le droit d'exclure ou de modifier la prime à compter de la date de l'approbation par Santé Canada de tout nouveau médicament pouvant affecter le coût de la garantie de façon importante.

N.B. Nonobstant ce qui précède, tous frais médicaux payables selon la liste de la RAMQ sont considérés payables en vertu de cette police. Certains de ces frais ne sont toutefois couverts que dans les cas, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminés par règlement et publiés par la RAMQ.

CESSATION DE L'ASSURANCE

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

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

SERVICE D'ASSISTANCE ET D'ANNULATION DE VOYAGE

SERVICE D'ASSISTANCE

OBJET

L'objet de ce service est d'offrir à un assuré l'assistance-voyage lors d'un voyage à l'extérieur de sa province de résidence et de prévoir le remboursement des frais admissibles.

Les frais hospitaliers, médicaux et paramédicaux déboursés hors de la province de résidence de l'assuré sont remboursables selon les modalités et en vertu de la garantie d'assurance maladie et non en vertu du présent service.

L'assureur, en collaboration avec l'assistant et ses centres de coordination, offre les services décrits dans la présente section, qui sont complémentaires à ceux couverts par la garantie d'assurance maladie à la condition que ces frais ne soient pas exclus en vertu de l'article intitulé "Exclusions " de la garantie d'assurance maladie.

ADMISSIBILITÉ

L'assuré en vertu de la garantie d'assurance maladie de la présente police, est automatiquement admissible au Service d'assistance-voyage, pourvu qu'il soit âgé de moins de soixante-dix (70) ans.

LE SERVICE

a) SERVICE TÉLÉPHONIQUE

Accès par téléphone, sans frais, vingt-quatre (24) heures par jour et sept (7) jours par semaine, aux centres de coordination, pour des services multilingues et d'aide en vue des services décrits au présent article, advenant une urgence lors d'un voyage à l'extérieur de résidence de l'assuré.

b) AIDE MÉDICALE

À la suite d'un accident ou d'une maladie subite, si l'assuré doit consulter un médecin ou être hospitalisé, l'assuré doit appeler immédiatement l'assistant qui prendra toutes les dispositions nécessaires pour fournir les services suivants:

- pour l'état de la Floride, diriger l'assuré vers une clinique ou un hôpital approprié membre du réseau Preferred Patient Care;
- pour les autres destinations, diriger l'assuré vers une clinique ou un hôpital approprié et avancer les fonds à l'hôpital, s'il y a lieu;
- confirmer la couverture de l'assurance médicale afin d'éviter un dépôt monétaire substantiel;
- assurer le suivi du dossier médical et communiquer avec le médecin de famille;
- coordonner les demandes de règlement de l'assuré avec la régie de l'assurance maladie de sa province de résidence, s'il y a lieu, la société de l'assurance automobile de sa province de résidence.

c) TRANSFERT MÉDICAL

Par suite de la recommandation et à la seule discrétion d'un médecin désigné par l'assisteur, en consultation avec un médecin traitant local, signifiant qu'il est nécessaire de transférer l'assuré à un autre hôpital ou centre de traitement ou de le rapatrier dans sa province de résidence pour recevoir un traitement, l'assisteur prendra les arrangements nécessaires et défrayera le coût du transfert sous surveillance médicale adéquate. Tout refus au rapatriement met fin à l'assurance et l'avis de terminaison à l'assuré sera suffisant.

La décision quant à la nécessité de transférer ou de rapatrier un assuré est une décision médicale qui appartient exclusivement au médecin désigné par l'assisteur.

Les décisions relatives aux moyens ou aux dates de tout transfert, aux appareils médicaux, aux fournitures médicales, au personnel médical à employer pour le transfert et à la destination finale de l'assuré sont également des décisions d'ordre médical qui relèvent du médecin désigné par l'assisteur.

RESTRICTIONS

L'assureur et l'assisteur ne sont pas responsables de la disponibilité ou de la qualité des soins médicaux et hospitaliers administrés, ni de l'impossibilité d'obtenir de tels soins.

FRAIS ADMISSIBLES

a) EN CAS DE DÉCÈS

En cas de décès d'un assuré, l'assisteur se chargera de tous les documents nécessaires et verra au transport de la dépouille mortelle jusqu'à la province de résidence de l'assuré. Dans ce cas, les frais remboursables sont limités à trois mille dollars (3 000\$), excluant les frais d'embaumement, de cercueil et d'obsèques.

Les frais de crémation et de l'enterrement sur place si nécessaire, sont limités à mille cinq cents dollars (1 500\$).

b) RETOUR D'ENFANTS À CHARGE

Si un assuré est hospitalisé ou décédé et que ses enfants qui l'accompagnaient sont privés de surveillance, les dispositions nécessaires seront prises pour organiser la surveillance et régler le transport en classe touriste des enfants, accompagnés au besoin, à leur lieu de résidence au Canada. Si les billets de voyage des enfants ne sont pas périmés, seul le supplément du billet du retour sera remboursable. Cependant, si les billets de voyage sont périmés, les arrangements nécessaires seront pris pour le transport de retour, selon le moyen le plus économique. Ces frais sont limités à deux mille dollars (2 000\$) pour tous les enfants.

c) RETOUR D'UN COMPAGNON DE VOYAGE

Si un assuré décède, ou est hospitalisé pour une journée ou plus, et qu'il en résulte que son compagnon de voyage doit changer son vol de retour, les dispositions nécessaires seront prises pour organiser et régler le transport en classe touriste pour le retour à sa destination d'origine dans la

province de résidence de l'assuré. Si le billet de voyage du compagnon n'est pas périmé, seul le supplément du billet de retour sera remboursable. Cependant, si les billets de voyage sont périmés, les arrangements nécessaires seront pris pour le transport de retour, selon le moyen le plus économique. Ces frais sont limités à mille cinq cents dollars (1 500\$).

d) VISITE D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE

Si un assuré qui voyage seul décède, ou est hospitalisé pour une durée de sept (7) jours consécutifs ou plus, l'assisteuse fera les arrangements nécessaires pour le transport aller-retour, selon le moyen le plus économique, pour qu'un membre de la famille se rende à l'hôpital où séjourne l'assuré ou pour identifier la personne décédée avant le transport de la dépouille. Ces frais sont limités à mille cinq cents dollars (1 500\$) et à une seule personne qui rend visite.

e) RETOUR D'UN VÉHICULE

Si un assuré voyageant avec son véhicule personnel est incapable de s'en occuper suite à une maladie ou un accident, l'assisteuse organisera et réglera le retour du véhicule jusqu'à la résidence de l'assuré. Ces frais sont limités à sept cent cinquante dollars (750\$).

f) FRAIS D'HÉBERGEMENT ET DE REPAS

Si suite à l'hospitalisation d'un assuré pour une durée de plus de vingt quatre (24) heures, ou de son décès, des frais d'hébergement et de repas sont engagés par elle ou par des personnes l'accompagnant, parce que le retour est reporté, ou lors de la visite d'un membre de la famille, ces frais sont remboursables jusqu'à concurrence de cent cinquante dollars (150\$) par jour et d'un maximum de mille deux cents dollars (1 200\$) pour l'ensemble des personnes couvertes.

g) AIDE JURIDIQUE OU CAUTION

En cas de besoin, l'assisteuse interviendra pour faciliter la constitution et le dépôt de cautions pénales au moyen des fonds qui lui auront été fournis par la famille ou les amis de l'assuré. L'assisteuse aidera tout assuré, impliqué dans un accident de la circulation ou ayant commis des infractions au code de la route ou d'autres infractions aux lois, à l'exclusion des actes criminels, à trouver une aide juridique. Toutefois, le choix de l'avocat appartiendra à l'assuré et les frais juridiques seront à sa charge.

Les professionnels de la santé ou les conseillers juridiques recommandés ou désignés par l'assisteuse ne sont ni des employés ni des agents de l'assisteuse. Par conséquent, ni l'assisteuse ni l'assureur ne sont responsables de toute négligence ou omission par ces professionnels ou ces conseillers.

RÉDUCTION DE LA GARANTIE DUE À LA COORDINATION DES PRESTATIONS

Dans le cas où une autre assurance donne droit à des prestations semblables à celles prévues en vertu du présent service, l'assureur ne verse que sa part proportionnelle du total des frais admissibles, engagés et assurés.

OBLIGATION DE L'ASSURÉ

Suite à un accident ou une maladie subite, un assuré doit contacter l'assisteur ou l'un de ses centres de coordination au plus tôt. À défaut de communiquer avec ces derniers, les indemnités demandées pourront être refusées.

RESTRICTIONS

- a) L'assisteur se réserve le droit d'interrompre, d'écourter ou de restreindre les services d'assistance-voyage dans n'importe quelle partie du monde, en cas de rébellion, d'émeute, d'insurrection militaire, de guerre, de conflit de travail ou de grève, d'accident nucléaire, de désastre naturel, ou dans l'éventualité où les autorités du pays visité refusent à l'assisteur le droit d'offrir les services. L'assisteur essaiera tout de même de fournir des services dans la mesure du possible pendant toute éventualité de ce genre.
- b) En l'absence de contre-indication médicale, l'assureur peut exiger le rapatriement de tout assuré ou son transfert à un lieu de traitement différent. Tout refus au rapatriement met fin à l'assurance et l'avis de terminaison à l'assuré sera suffisant.
- c) Aucuns frais ne sont payés, ni aucune assistance donnée à un assuré par l'assureur et l'assisteur lorsque le sinistre a lieu lors d'un voyage dans sa province de résidence.

PREUVES D'UN SINISTRE

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

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

Dans le cas où l'assisteur intervient dans le règlement de différents comptes, il soumettra à l'assureur les factures médicales de tout déboursé fait au nom de l'adhérent.

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

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

ANNULATION DE VOYAGE

GARANTIE D'ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

a) LES CONDITIONS REQUISES

Pour être admissibles, les frais pour annulation de voyage de l'assuré doivent satisfaire aux conditions suivantes:

- 1) ils sont payés d'avance par l'assuré alors que la présente garantie est en vigueur;
- 2) au moment de finaliser les arrangements du voyage, l'assuré ne connaît aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation ou l'interruption du voyage prévu;
- 3) la présente garantie est en vigueur au moment de la période prévue de voyage.

b) LE MONTANT DES PRESTATIONS

L'assureur rembourse cent pour cent (100%) des frais admissibles jusqu'à concurrence de cinq mille dollars (5 000 \$), par assuré, par voyage.

c) DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À L'ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

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

1) ACTIVITÉ À CARACTÈRE COMMERCIAL

Assemblée, congrès, convention, exposition, foire ou séminaire, à caractère professionnel ou commercial. Cette activité doit être publique, sous la responsabilité d'un organisme officiel et conforme aux lois, règlements et politiques de la région où doit se tenir l'activité. L'activité doit être la seule raison du voyage prévu.

2) ASSOCIÉ EN AFFAIRES

La personne avec qui l'assuré est associé en affaires dans le cadre d'une compagnie de 4 coactionnaires ou moins, ou d'une société à but lucratif composée de 4 associés ou moins.

3) COMPAGNON DE VOYAGE

La personne avec qui l'assuré partage la chambre ou l'appartement à destination ou dont les frais ont été payés avec ceux de l'assuré.

4) FRAIS DE VOYAGES PAYÉS D'AVANCE

Sommes déboursées par l'assuré pour l'achat d'un voyage à forfait, d'un billet d'un transporteur public ou pour la location d'un véhicule motorisé auprès d'un commerce accrédité. Les sommes suivantes sont également admissibles :

- montants déboursés lors de réservations pour des arrangements de voyage habituellement compris dans un voyage à forfait;
- montants déboursés ayant trait aux frais d'inscription à une activité à caractère commercial.

5) HÔTE À DESTINATION

La personne dont la résidence principale doit servir de lieu d'hébergement à l'assuré selon une entente prévue à l'avance.

d) CAUSES D'ANNULATION OU D'INTERRUPTION ADMISSIBLES

Le voyage doit être annulé ou interrompu en raison d'une des causes suivantes :

- 1) une maladie ou un accident empêchant l'assuré, un membre de sa famille immédiate, son compagnon de voyage ou son associé en affaires de remplir ses fonctions habituelles et doit être raisonnablement grave pour justifier l'annulation ou l'interruption du voyage de l'assuré;
- 2) le décès de l'assuré, d'un membre de sa famille immédiate, de son compagnon de voyage ou de son associé en affaires. Les funérailles doivent avoir lieu au cours de la période prévue du voyage ou dans les 14 jours qui la précèdent;
- 3) le décès ou l'hospitalisation d'urgence de l'hôte à destination;
- 4) la convocation de l'assuré ou de son compagnon de voyage à agir comme membre d'un jury ou leur assignation comme témoin dans une cause à être entendue durant la période du voyage. La personne convoquée doit avoir entrepris les démarches nécessaires pour obtenir un report de la cause à être entendue. Une convocation à comparaître n'est pas considérée admissible aux fins d'annulation du voyage lorsque la personne concernée est une partie poursuivie ou intente une poursuite;
- 5) le détournement de l'avion à bord duquel l'assuré voyage;
- 6) la mise en quarantaine de l'assuré, sauf si elle se termine plus de 7 jours avant la date prévue du départ;
- 7) un sinistre qui rend inhabitable la résidence principale de l'assuré ou de l'hôte à destination. La résidence doit toujours être inhabitable 7 jours ou moins avant la date prévue de départ ou le sinistre doit avoir lieu au cours du voyage;
- 8) le transfert de l'adhérent pour le même employeur à plus de 175 kilomètres de son domicile actuel dans les 30 jours précédant la date prévue du départ;
- 9) un événement dans le pays où l'assuré doit se rendre qui incite le gouvernement du Canada à émettre une recommandation de ne pas voyager dans ce pays. Cette recommandation doit être en vigueur pour la période prévue du voyage et avoir été émise après que l'assuré a finalisé les arrangements relatifs au voyage;
- 10) un sinistre survenant à l'établissement commercial ou sur les lieux physiques où doit se tenir une activité à caractère commercial. Le sinistre doit rendre la tenue de l'activité impossible. Un avis écrit annulant l'activité doit avoir été émis par l'organisme officiel responsable de son organisation;

- 11) une annulation d'une réunion d'affaires ou une activité à caractère commercial suite à un décès ou une hospitalisation de la personne avec laquelle l'assuré avait pris des arrangements au préalable pour la réunion d'affaires ou l'activité à caractère commercial. Une preuve écrite de ces arrangements est requise;
- 12) un départ manqué dû au retard du moyen de transport utilisé pour se rendre au point de départ du voyage ou au point de départ d'une correspondance prévue après le départ. Le moyen de transport utilisé doit prévoir une arrivée au point de départ au moins 3 heures avant l'heure de départ. Le retard doit être causé soit par des difficultés mécaniques (sauf celles reliées à une automobile privée), soit par un accident de la circulation ou soit par la fermeture d'urgence d'une route. Ces deux dernières causes doivent être appuyées par un rapport de police;
- 13) des conditions atmosphériques retardant le départ d'un transporteur public utilisé par l'assuré, au point de départ du voyage d'au moins 30% (minimum de 48 heures) de la durée totale du voyage ou empêchant l'assuré d'effectuer une correspondance prévue avec un autre transporteur pour autant que cette correspondance soit retardée d'au moins 30% (minimum de 48 heures) de la durée totale du voyage.

e) FRAIS ADMISSIBLES

1) EN CAS D'ANNULATION AVANT LE DÉPART

- a) les sommes non remboursables et payées à l'avance pour le voyage prévu;
- b) les frais supplémentaires engagés par l'assuré qui décide de voyager seul dans le cas où son compagnon de voyage doit annuler son voyage pour une des raisons prévues à la présente garantie. Ces frais sont remboursables jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable au moment où le compagnon de voyage doit annuler;
- c) la portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance, jusqu'à concurrence de 70% de ces frais si le départ est retardé à cause des conditions atmosphériques et qu'il décide de ne pas effectuer le voyage.

2) EN CAS DE DÉPART MANQUÉ OU D'INTERRUPTION DE VOYAGE

Le coût supplémentaire le plus économique exigé par un transporteur public (train, autobus ou ligne aérienne) d'un billet simple, à l'horaire fixe, par la route la plus directe, jusqu'à la destination initialement prévue.

Le départ doit être manqué en raison du retard du moyen de transport utilisé par l'assuré tel que décrit au paragraphe d) 12- de la présente section.

Le voyage doit être interrompu temporairement en raison d'une maladie ou d'un accident subi par l'assuré ou son compagnon de voyage, tel que décrit au paragraphe d) 12- de la présente section.

3) EN CAS DE RETOUR RETARDÉ OU ANTICIPÉ

- a) le coût supplémentaire le plus économique exigé par un transporteur public (train, autobus ou ligne aérienne) d'un billet simple, à l'horaire fixe, par la route la plus directe, jusqu'à la destination initialement prévue. Ces frais doivent avoir été convenus au préalable avec l'assureur;
- b) La portion non utilisée et non remboursable de la partie terrestre des frais de voyage payés d'avance.

Si le retour de l'assuré est retardé de plus de 7 jours à la suite d'une maladie ou d'un accident subi par l'assuré ou son compagnon de voyage, les frais engagés sont admissibles en autant que la personne concernée ait été hospitalisée à titre de patient interne pendant plus de 48 heures à l'intérieur de la période de 7 jours.

f) RÉDUCTION DE LA GARANTIE DUE À LA COORDINATION DES PRESTATIONS

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

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

- a) si une autre police ne renferme aucune clause de coordination des prestations, les prestations de cette autre police sont censées être versées avant celles de la présente police;
- b) si une autre police renferme une clause de coordination des prestations, on accorde la priorité de paiement à la police en vertu de laquelle la personne qui a droit de recevoir les prestations:
 - 1) n'est pas une personne à charge ou, à défaut;
 - 2) est une personne à charge de l'adhérent dont le jour et le mois de naissance arrivent en premier au cours de l'année civile.

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

g) DÉLAI POUR DEMANDER L'ANNULATION

En cas d'annulation avant le départ, le voyage doit être annulé auprès de l'agence de voyages ou du transporteur dans un délai maximal de 48 heures ou, s'il s'agit d'un jour férié, le premier jour ouvrable suivant. L'assureur doit en être avisé au même moment.

La responsabilité de l'assureur se limite aux frais d'annulation stipulés au contrat de voyage 48 heures après la date de la cause d'annulation ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié.

Toutefois, cette limitation ne s'applique pas si l'assuré et son conjoint démontrent, à la satisfaction de l'assureur, qu'ils étaient dans l'incapacité totale et absolue d'agir. Dans ce cas, le voyage doit être annulé aussitôt que l'une de ces personnes est en mesure de le faire. La responsabilité de l'assureur est alors limitée aux frais d'annulation stipulés au contrat de voyage à cette date.

h) EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES S'APPLIQUANT À LA GARANTIE D'ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

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

- 1) la participation de l'assuré ou de son compagnon de voyage à un acte ou tentative d'acte criminel;
- 2) toute blessure ou maladie qui résulte de la participation active de l'assuré ou de son compagnon de voyage à un affrontement public, à une émeute, à une insurrection ou à une opération militaire, que la guerre soit déclarée ou non;
- 3) le suicide ou toute blessure ou lésion que l'assuré s'est infligées, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- 4) du fait pour un assuré d'avoir subi des lésions corporelles en conduisant un véhicule quand ses facultés étaient affectées par l'alcool ou la drogue;
- 5) de la participation de l'assuré à un sport contre rémunération, à tout sport ou activité dangereuses tel que mais non limité à : courses de véhicules motorisés, terrestres ou aquatiques, plongée sous-marine, vol plané ou à voile, alpinisme, parachutisme en chute libre ou non, sauts à l'élastique (bungee), sports de neige hors-piste, sports de combat, ou toutes autres activités ou sports dangereux similaires. En général, les sports jugés dangereux sont les sports extrêmes, de contact ou d'aventure. Ces sports peuvent se pratiquer sur mer, dans le ciel ou sur terre. Ils impliquent habituellement de la vitesse, du matériel spécialisé, des cascades ou des contacts physiques et comportent un plus haut risque d'accident ou de blessure;
- 6) le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non;
- 7) le voyage est entrepris dans le but de visiter une personne malade ou ayant subi un accident et que l'annulation ou l'interruption du voyage résulte du décès ou d'une détérioration de la condition médicale de cette personne;
- 8) tous les frais payables ou remboursables en vertu de tout régime d'assurance gouvernemental ou qui habituellement l'auraient été, ou régime privé;
- 9) tous les soins ou services donnés gratuitement ou qui le seraient à défaut d'assurance ou qui ne sont pas à la charge d'un assuré;

- 10) au moment de finaliser les arrangements du voyage, l'assuré connaît un événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation ou l'interruption du voyage prévu;
- 11) la guerre ou des actes de guerre soit déclarée ou non, au Canada ou dans un pays étranger, si le gouvernement du Canada recommande de ne pas séjourner dans le pays. Cette exclusion ne s'applique pas à l'assuré présent dans un pays étranger au moment où une guerre ou un acte de guerre y éclate et que le gouvernement du Canada recommande par la suite de quitter le pays. L'assuré doit toutefois prendre les dispositions nécessaires pour quitter le pays dans les meilleurs délais;
- 12) l'absorption par l'assuré de médicaments, d'alcool ou de drogues en quantité toxique;
- 13) la grossesse, la fausse couche, l'accouchement ou leurs complications lorsque ces frais sont engagés dans les douze semaines précédant la date prévue de l'accouchement.

i) PREUVES D'UN SINISTRE

L'assuré doit faire parvenir à l'assureur les preuves requises dans les 90 jours qui suivent le sinistre. Les frais reliés à l'obtention des preuves satisfaisantes sont à la charge de l'assuré. Les pièces justificatives suivantes sont alors requises :

- 1) les titres de transport inutilisés;
- 2) les reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires;
- 3) les reçus pour les arrangements de voyage. Les reçus doivent inclure les contrats émis officiellement par l'intermédiaire d'un agent de voyages ou d'un commerce accrédité dans lesquels il est fait mention des montants non remboursables en cas d'annulation. Une preuve écrite de la demande de prestations ou d'annulation ainsi que la réponse de l'agent de voyages ou du transporteur doivent être transmis à l'assureur;
- 4) les documents officiels attestant la cause de l'annulation. Si l'annulation est due à des raisons médicales, l'assuré doit fournir un certificat médical complété par un médecin autorisé par la loi et pratiquant dans la localité où la maladie ou l'accident est survenu. Le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet et préciser les raisons exactes pour lesquelles le voyage a dû être annulé, retardé ou interrompu;
- 5) le rapport de police lorsque le retard du moyen de transport utilisé par l'assuré est causé par un accident de la circulation ou par la fermeture d'urgence d'une route;
- 6) le rapport officiel émis par les autorités concernées portant sur les conditions atmosphériques;

- 7) la preuve écrite émise par l'organisateur officiel de l'activité à caractère commercial ou de la réunion d'affaires attestant que l'événement est annulé et indiquant les raisons précises justifiant l'annulation de l'événement;
- 8) l'assureur peut exiger des déclarations de l'assuré, ou tout autre rapport permettant de justifier la demande de prestations.

ASSURANCE FACULTATIVE SUR LA VIE D'UN ADHÉRENT INCLUANT LA GARANTIE DE DÉCÈS OU MUTILATION ACCIDENTELS

OBJET

L'objet de cette garantie est de verser une prestation au décès de l'adhérent, si le décès survient lorsque la présente garantie d'assurance sur sa vie est en vigueur.

ADMISSIBILITÉ

Un employé est admissible à l'assurance en vertu de la présente s'il est âgé de moins de soixante-cinq (65) ans et s'il est déjà assuré en vertu de la garantie d'assurance vie de base.

Pour être assuré, un employé admissible doit en faire la demande par écrit sur un formulaire fourni par l'assureur.

MONTANT D'ASSURANCE

Le montant d'assurance en vertu de la présente garantie est tel que spécifié ci-après et, le cas échéant, selon le choix effectué par l'adhérent sur sa demande d'assurance vie facultative :

- Selon le nombre de tranches de 1 000 \$ choisi par l'adhérent ;
- Montant minimum : 10 000 \$;
- Montant maximum : 1 000 000 \$ incluant le montant d'assurance vie obligatoire du régime.

PREUVES D'ASSURABILITÉ

Tout montant d'assurance vie facultative n'entre en vigueur qu'à la date où l'assureur accepte les preuves d'assurabilité que l'adhérent doit fournir.

ÂGE MAXIMUM

L'assurance en vertu de la présente garantie ne peut se prolonger au delà du soixante-cinquième (65^e) anniversaire de naissance de l'adhérent.

SUICIDE

Si le décès de l'adhérent survient dans la période de vingt-quatre (24) mois qui suit le commencement ou l'augmentation de l'assurance vie facultative et que le décès résulte d'un suicide, que l'adhérent soit sain d'esprit ou non, le montant de l'assurance vie facultative ou le montant de l'augmentation n'est pas payable et la seule obligation de l'assureur est de rembourser les primes.

FAUSSE DÉCLARATION

Si l'assureur émet un certificat d'assurance vie facultative avec des taux de prime pour non-fumeur, suite à une déclaration de l'adhérent à l'effet qu'il était non fumeur durant la période de douze (12) mois qui a précédé la date de sa demande, et que par la suite il est prouvé que cette déclaration était fausse, le certificat d'assurance vie facultative sera nul et non avenue et l'obligation de l'assureur sera limitée au remboursement des primes versées, advenant le décès de l'adhérent.

ERREUR D'ÂGE

Si on découvre après le décès de l'adhérent que l'âge déclaré était inexact, la somme assurée est ajustée en proportion de la prime reçue et de celle qui aurait correspondu à l'âge véritable de l'adhérent, sans toutefois excéder le montant auquel aurait eu droit l'adhérent tenant compte de son âge véritable.

PRIME

Le taux de prime mensuelle pour l'assurance en vertu de la présente garantie est établi selon le sexe, le groupe d'âge auquel l'adhérent appartient, l'état de fumeur ou non fumeur et est applicable à chaque mille dollars (1 000\$) d'assurance. L'âge de l'adhérent est celui atteint à son anniversaire de naissance le plus rapproché de la date du dernier renouvellement de contrat.

DÉFINITION DE NON FUMEUR

Un non-fumeur est une personne qui n'a pas fait l'usage du tabac ou autres produits qui contiennent de la nicotine au cours de douze (12) mois précédant la signature de la proposition d'assurance ou la révision de son statut ; de plus cette personne n'a consommé aucune drogue illégale au cours de cette même période. L'assureur se réserve le droit d'exiger une déclaration signée de l'état de non-fumeur lors de chaque renouvellement.

GARANTIE DE DÉCÈS OU MUTILATION ACCIDENTEL INCLUSE AVEC L'ASSURANCE VIE FACULTATIVE D'UN ADHÉRENT

Le montant de prestation de décès ou mutilation accidentels est identique à celui de l'assurance vie facultative d'un adhérent. Les conditions et restrictions applicables à la présente garantie sont les mêmes que celles indiquées à la Section intitulée "Garantie en cas de décès ou mutilation accidentels d'un adhérent" de la présente police.

COÛT MENSUEL PAR TRANCHE DE 1 000 \$:

Âge atteint	Homme		Femme	
	Non-fumeur	Fumeur	Non-fumeur	Fumeur
Moins de 30 ans	0,147 \$	0,177 \$	0,090 \$	0,104 \$
30 à 34 ans	0,160 \$	0,213 \$	0,102 \$	0,132 \$
35 à 39 ans	0,162 \$	0,238 \$	0,118 \$	0,176 \$
40 à 44 ans	0,182 \$	0,309 \$	0,146 \$	0,255 \$
45 à 49 ans	0,237 \$	0,471 \$	0,176 \$	0,347 \$
50 à 54 ans	0,343 \$	0,793 \$	0,235 \$	0,502 \$
55 à 59 ans	0,526 \$	1,331 \$	0,344 \$	0,746 \$
60 à 64 ans	0,856 \$	2,179 \$	0,547 \$	1,127 \$