L'Assomption Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie s'engage à verser les prestations prévues aux termes de cette police, sous réserve des conditions qui y sont stipulées.

Cette police est établie en considération de la proposition signée par le preneur et du paiement des primes dont il y est fait mention.

NUMÉRO DE POLICE

12037

PRENEUR

Université de Moncton

FILIALE, ENTREPRISE AFFILIÉE OU SUCCURSALE DU PRENEUR

001 - Campus de Moncton 002 - Campus de Shippagan

EMPLOYEUR

Université de Moncton

GARANTIES

Assurance santé, Soin de la vue,

Assurance voyage, Assurance dentaire

DATE DE PRISE D'EFFET

le 1^{er} mars 2006

DATE DU PREMIER

RENOUVELLEMENT

le 1^{er} mars 2007

Cette police est établie à Moncton, le

Président et Chef de la Direction

Vice-présidente Secrétaire

8 décembro 2006

Date

(07-88)



TABLE DES MATIÈRES

	Page
SOMMAIRE DES GARANTIES	
1. ASSURANCE-VIE DE L'ADHÉRENT ET ASSURANCE-VIE FACULTATIVE	I
2. ASSURANCE-VIE EN CAS DE DÉCÈS OU MUTILATION ACCIDENTELS	α
3. ASSURANCE-VIE DES PERSONNES À CHARGE	. 11
4. ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE	Ш
5. ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE	IV
6. ASSURANCE SANTÉ	V
7. SOINS DE LA VUE	V
8. ASSURANCE VOYAGE	V
9. ASSURANCE DENTAÏRE	VI
10. TAUX MENSUELS DE PRIMES PAR GARANTIES	VII



SOMMAIRE DES GARANTIES

CATÉ	GORIES D'EMPLOYÉS								
Descri	ption	01	Tous admis	les sibles		et	employées		
		02	Tous	les	employés	et	employées		
			admis	sibles	du Québec				
		03							
	ouvel employé, après la date d'entrée en vi								
devient	: admissible à l'assurance à la première j	ourn	ée du ´	7° mo	ois s'il est	activ	ement au trav	vail de	
l'Emplo	oyeur.								
1. a)	ASSURANCE-VIE DE L'ADHÉRENT		3.7/						
	Catégories d'employés		N/.	<u> </u>					
	Montant d'assurance		· -		-				
	Montant maximal d'assurance:								
	Montant maximum d'assurance						- 		
•	Une preuve d'assurabilité jugée satisfaisat par l'assureur sera nécessaire pour les montants qui excèdent	nte							
	I as montants d'assurance en vertu de cette a	-arani	ie à l'éo	ਕਾਰੇ ਹੈ	un adhéren	t sont	t réduits de		
	Les montants d'assurance en vertu de cette garantie à l'égard d'un adhérent sont réduits de								
	% lorsqu'il atteint l'âge de ans.								
	L'effet de cette garantie à l'égard d'un adhérent cesse à la première des dates suivantes: la date où il atteint l'âge de ans, la date de sa retraite ou la date de cessation de l'assurance.								
	Tous les montants d'assurance-vie sont arrondis au multiple de 1 000 \$ suivant, à moins qu'ils ne soient déjà un multiple de 1 000 \$.								
ъ)	ASSURANCE-VIE FACULTATIVE		N /4	A					



2.	ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT(D.M.A.)							
	Catégories d'employés	N/A						
	Montant d'assurance							
	Montant maximal d'assurance:		_					
	Montant maximum d'assurance							
	Une preuve d'assurabilité jugée satisfaisante par l'assureur sera nécessaire pour les montants qui excèdent							
	Les montants d'assurance en vertu de cette garar% lorsqu'il atteint l'âge de ans.	itie à l'égard d'un	adhérent sont 1	réduits de				
	L'effet de cette garantie à l'égard d'un adhérent d'atteint l'âge de ans, la date de sa retraite ou	7						
	Tous les montants d'assurance-vie sont arrondi soient déjà un multiple de 1 000 \$.	s au multiple de	1 000 \$ suiva	nt, à moins qu'ils ne				
3.	ASSURANCE-VIE DES PERSONNES À CHARGE							
	Catégories d'employés	N/A						
	Montant d'assurance:							
	Conjoint							
	Enfants							
	L'effet de cette garantie à l'égard des personnes	à charge assurée	s d'un adhéren	t cesse à la première				
	des dates suivantes: la date où l'adhérent attein	des dates suivantes: la date où l'adhérent atteint l'âge de ans, la date de sa retraite ou la date de						
	cessation de l'assurance. L'expression "pers	onne à charge"	est définie d	ans les dispositions				
	générales du contrat.							



4.	ASSURANCE-INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE						
	Catégories d'employés	N/A					
	Délai de carence (jrs):						
	Accident						
	Hospitalisation						
	Maladie Période maximale des prestations:(semaines)						
	Pourcentage du salaire Montant hebdomadaire maximal des prestations:						
	Montant maximum d'assurance						
	Une preuve d'assurabilité jugée satisfaisante par l'assureur sera nécessaire pour les montants qui excèdent						
	L'effet de cette garantie à l'égard d'un adhérent ce atteint l'âge de ans, la date de sa retraite ou l	-					
	Tous les montants de prestations hebdomadaires qu'ils ne soient déjà un multiple de 1 \$.	sont a rr ondis	au <u>m</u> ultiple de	1 \$ suivant, à moins			



5.	ASSURANCE-INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE						
	Catégories d'employés	N/A					
	Délai de carence (jrs):						
	Accident						
	Hospitalisation						
	Maladie						
	Période maximale des prestations:						
	Pourcentage du salaire						
	Montant mensuel maximal des prestations:		·				
	Montant maximum d'assurance						
	Une preuve d'assurabilité jugée satisfaisante par l'assureur sera nécessaire pour les montants qui excèdent						
	Indexation maximale des prestations			 =			
	L'effet de cette garantie à l'égard d'un adhérent ce atteint l'âge de ans, la date de sa retraite ou la	-		tes: la date où il			
	Tous les montants de prestations mensuelles sont ne soient déjà un multiple 1 \$.	t arrondis au mult	tiple de I S suiva	nt, à moins qu'ils			



	ASSURANCE-SANTÉ								
(Catégories d'employés	01							
]	Frais d'hospitalisation:								
	Chambre semi-privée	X					_		
	Chambre privée						_		
]	Frais complémentaires:								
	Coassurance	80 %							
	Services professionnels d'une infirmière enregista 3 ans.	ée jusqu'à conct	urre	nce de	e 10 (000 \$	\$ pa	ır pé	rio
:									
;	3 ans.	maximum de <u>5</u>	500_	\$ par	perso	onne			
;	3 ans. Services paramédicaux jusqu'à concurrence d'un :	maximum de <u>5</u>	500_	\$ par	perso	onne			
;	3 ans. Services paramédicaux jusqu'à concurrence d'un maximum global pour l'ensemble des praticiens c	maximum de <u>5</u>	500_	\$ par	perso	onne			
;	3 aus. Services paramédicaux jusqu'à concurrence d'un maximum global pour l'ensemble des praticiens d Régime de médicaments:	maximum de <u>5</u>	500_	\$ par	perso	onne			

Cette garantie à l'égard d'un adhérent et, le cas échéant, de ses personnes à charge assurées cesse à la première des éventualités suivantes:

20 % maximum 20 \$

- a) au 65° anniversaire de naissance de l'adhérent;
- b) à la date de cessation de l'assurance.

Co-paiement



		-
_	ASSURANCE-SA	A TOTAL TOTAL
_	A 3.34 182 A M H = 3. A	N 1 H

Catégories d'employés	02	
Frais d'hospitalisation:		
Chambre semi-privée	X	
Chambre privée		
Frais complémentaires:		
Coassurance	80 %	

Services professionnels d'une infirmière enregistrée jusqu'à concurrence de 10 000 \$ par période de 3 ans.

Services paramédicaux jusqu'à concurrence d'un maximum de 500 par personne assurée avec un maximum global pour l'ensemble des praticiens de 1,500 \$ par année calendrier.

Régime de médicaments:

- Paiement direct carte médicaments : Plan A Générique incluant les médicaments admissibles selon la liste de la RAMO.
- Franchise: 20 % maximum 5 \$ par prescription avec une contribution annuelle de 857 \$* par adulte assuré; coassurance de 100 % sur tous montants excédentaires.
- Franchise annuelle:

\$ 0 individuel \$ 0 familial

Cette garantie à l'égard d'un adhérent et, le cas échéant, de ses personnes à charge assurées cesse à la première des éventualités suivantes:

- au 65° anniversaire de naissance de l'adhérent; a)
- à la date de cessation de l'assurance. b)



^{*} Ce montant est sujet à changer en accord avec tous changements législatifs concernant le Régime d'assurance médicaments du Québec.

7.	SOINS DE L	AVUE			
	Catégories d'e	employés	01 & 02		
	Frais de lunet frais d'exame par 24 mois c		150 \$		
	*12 mois con	sécutifs pour les enfants âgés de	moins de 19 ans.		
	_	à l'égard d'un adhérent et, le cas éventualités suivantes: au 65° anniversaire de naissa à la date de cessation de l'ass	nce de l'adhérent;	ies à charge as:	surées cesse à la
3.	ASSURANC	E VOYAGE			
	Catégories d'e	mployés	01 & 02		
	-	e à l'égard d'un adhérent et, le cas éventualités suivantes:	échéant, de ses personn	ies à charge as:	surées cesse à la

au 65° anniversaire de naissance de l'adhérent;

à la date de cessation de l'assurance.

a)

b)



9. **ASSURANCE DENTAIRE**

Catégories d	'employés	01 & 02	
Déductible:			
Adhérent sa	ans personne à charge		
Adhérent a	vec personne à charge assurées		
Pourcentage	de remboursement:		
Partie I	Diagnostic		
	Prévention Chirurgie buccale Restauration mineure Réparation des prothèses	80 %	
	Endodontie	80 %	
	Périodontie	80 %	
Partie II	Restauration majeure	80 %	
Partie III	Prothèses	%_	
Partie IV	Orthodontie	%	
Montant max	kimal des prestations par personne ass	surée:	
Frais totaux j par année civ	pour partie I & II vile	1,000 \$	
Frais pour pa la durée du c	artie IV pour toute ontrat	\$	

Cette garantie à l'égard d'un adhérent et, le cas échéant, de ses personnes à charge assurées cesse à la première des éventualités suivantes:

- a) au 65° anniversaire de naissance de l'adhérent;
- b) à la date de cessation de l'assurance.



10. TAUX MENSUELS DE PRIME

(Voir section "Modification des taux de prime" page A-9)

Assurance-vie de l'adhérent (par 1 000 \$ d'assurance)		 \$
Assurance D.M.A. de l'adhérent (par 1 000 \$ d'assurance)		
Assurance-vie des personnes à charge (par adhérent avec personnes à charge assurées)		
Assurance-invalidité de courte durée (par 10 \$ de prestations hebdomadaire)		\$
Assurance-invalidité de longue durée (par 100 \$ de prestations mensuelles)		\$
Assurance-santé:		
Individuelle		53.36 \$
Familiale		
Assurance-voyage:	Inclus dans Assurance Santé	138.97 \$
Individuelle		
Familiale		
Soins de la vue:	Inclus dans Assurance Santé	
Individuels		
Familial		
Assurance-dentaire:		•
Individuelle		1707 \$
Familiale		17.07 \$ 48.59 \$



TABLE DES MATIÈRES (suite)

<u>DIS</u>	<u>SPOSITIONS GÉNÉRALES</u>	
1.	DÉFINITIONS	A -1
2.	TENEUR DU CONTRAT	A- 3
3.	MODIFICATION DU CONTRAT	A-3
4.	ADMISSIBILITÉ - EMPLOYÉ	A-3 A-4
5.	DEMANDE D'ASSURANCE A EMPLOYÉ B PERSONNES À CHARGE	A-4 A-4
6.	PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE	A-4
7.	DROITS DE L'ADHÉRENT LORS DE LA PRISE D'EFFET D'UNE GARANTIE	A-5
8.	MODIFICATION DU MONTANT DE LA GARANTIE	A-5
9.	CONTINUITÉ DE L'ASSURANCE	A-6
10.	CESSATION DE L'ASSURANCE	A-6
11.	CESSATION DU CONTRAT	A-7
12.	DROITS DE L'ADHÉRENT LORS DE LA CESSATION D'UNE GARANTIE	A-8
13.	PRIMES A TAUX DE PRIME	
	B MODIFICATION DES TAUX DE PRIME. C MODE DE PAIEMENT DES PRIMES. D REMBOURSEMENT.	A-9
14.	DÉLAI DE GRÂCE	A-9
15.	RENOUVELLEMENT	A-9
16.	CERTIFICAT	A-10
17.	ADMINISTRATION PAR LE PRENEUR	A-10
18.	RENONCIATION	A- 10
19.	INCONTESTABILITÉ	A-10
	RECOUVREMENT	A -11
21.	EXIGENCES MÉDICALES	A-11
	CESSION OU GAGE	A-11
	NUMÉRAIRE	A-11
24.	DROIT AUX PARTICIPATIONS	A-11



25.	SUBROGATION - RESPONSABILITÉ D'UN TIERS	A-11
26.	DISPOSITIONS GÉNÉRALES	A-12
27.	DROIT DE CONVERSION	A-12



ASSURANCE SANTÉ

1	OPICT DE LA CADANTTE	~ 1
	OBJET DE LA GARANTIE	
2.	DÉFINITIONS	G-1
3.	FRAIS ADMISSIBLES A FRAIS D'HOSPITALISATION AU CANADA B FRAIS COMPLÉMENTAIRES AU CANADA C RÉGIME DE MÉDICAMENTS D FRAIS POUR LES SOINS DE LA VUE E FRAIS D'ASSURANCE VOYAGE	G-2 G-6 G-7
4.	PRESTATIONS AUX SURVIVANTS	
5.	COORDINATION DES PRESTATIONS	G-11
6.	CESSATION, LIMITATION ET EXCLUSIONS A CESSATION	G-12 G-12
7.	MODALITÉS D'APPLICATION DU DÉDUCTIBLE	G-14
8	AVIS ET PREUVE DE RÉCLAMATION	G-14



ASSURANCE DENTAIRE

1.	OBJET DE LA GARANTIE	H-1
	DÉFINITIONS	H-1
3.	FRAIS ADMISSIBLES	
	PARTIE I - SOINS DE BASE PARTIE II - RESTAURATION ET CHIRURGIE MAJEURE	
4.	PRESTATIONS AUX SURVIVANTS	H-6
5.	COORDINATION DES PRESTATIONS	H-6
6.	CESSATION, LIMITATIONS ET EXCLUSIONS	
	A CESSATIONB LIMITATIONSC EXCLUSIONS	H-7
7.	MODALITÉS D'APPLICATION DU DÉDUCTIBLE	H-8
8.	ÉVALUATION PRÉALABLE	H-8
٥	AVIS ET PREITVE DE RÉCLAMATION	шс



DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. **DÉFINITIONS**

L'accident est un événement soudain, fortuit et imprévisible causant directement et indépendamment de toute autre cause, des blessures corporelles dues exclusivement à une cause externe de nature violente et non intentionnelle de la part de la personne assurée.

L'adhérent est l'employé admissible à l'assurance et assuré en vertu de ce contrat.

L'assureur est l'Assomption Compagnie Mutuelle d'Assurance-vie.

L'employé est celui qui est à l'emploi permanent de l'employeur, au travail actif à temps plein, au moins 30 heures par semaine. La personne qui est à l'emploi de l'employeur sur une base contractuelle et dont le contrat de travail est d'une durée de six mois ou plus et qui travaille au moins 30 heures par semaine pour l'employeur sera aussi considérée comme un employé.

L'employeur est celui désigné comme tel dans la proposition d'assurance collective.

La grossesse comprend l'accouchement, l'avortement et la fausse-couche.

L'hospitalisation est une admission pour un séjour à l'hôpital pour une durée d'au moins 18 heures pour des soins médicaux urgents ou pour chirurgie.

L'hôpital est un centre hospitalier de courte durée, reconnu comme tel par la loi, qui dispense des soins et des traitements aux personnes malades ou blessées et qui offre des services de diagnostic, des services opératoires et une surveillance infirmière continuelle. Aux fins de cette définition, l'hôpital exclut les maisons pour personnes âgées, les maisons de convalescence, les cliniques médicales et les centres spécialisés dans le traitement de l'alcoolisme et/ou de la toxicomanie.

La maladie est la détérioration de la santé ou le désordre de l'organisme constaté par un médecin. La grossesse n'est pas considérée comme une maladie, sauf en cas de complications pathologiques.

Le **médecin** est un docteur en médecine, membre de la Corporation professionnelle des Médecins dans la province ou l'état où il pratique.

La personne à charge de l'employé est:

- 1) son conjoint, c'est-à-dire la seule personne de sexe opposé considérée comme son conjoint:
 - soit par le fait d'un mariage non dissout par le divorce ou l'annulation du mariage, ou par la cessation de la cohabitation permanente avec l'employé depuis plus d'un an; ou
 - b) soit par le fait qu'elle réside en permanence depuis plus d'un an avec celui-ci, ce dernier la présentant publiquement comme étant son conjoint;



DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. **DÉFINITIONS**

L'accident est un événement soudain, fortuit et imprévisible causant directement et indépendamment de toute autre cause, des blessures corporelles dues exclusivement à une cause externe de nature violente et non intentionnelle de la part de la personne assurée.

L'adhérent est l'employé admissible à l'assurance et assuré en vertu de ce contrat.

L'assureur est l'Assomption Compagnie Mutuelle d'Assurance-vie.

L'employé est celui qui est à l'emploi permanent de l'employeur, au travail actif à temps plein, au moins 30 heures par semaine. La personne qui est à l'emploi de l'employeur sur une base contractuelle et dont le contrat de travail est d'une durée de six mois ou plus et qui travaille au moins 30 heures par semaine pour l'employeur sera aussi considérée comme un employé.

L'employeur est celui désigné comme tel dans la proposition d'assurance collective.

La grossesse comprend l'accouchement, l'avortement et la fausse-couche.

L'hospitalisation est une admission pour un séjour à l'hôpital pour une durée d'au moins 18 heures pour des soins médicaux urgents ou pour chirurgie.

L'hôpital est un centre hospitalier de courte durée, reconnu comme tel par la loi, qui dispense des soins et des traitements aux personnes malades ou blessées et qui offre des services de diagnostic, des services opératoires et une surveillance infirmière continuelle. Aux fins de cette définition, l'hôpital exclut les maisons pour personnes âgées, les maisons de convalescence, les cliniques médicales et les centres spécialisés dans le traitement de l'alcoolisme et/ou de la toxicomanie.

La maladie est la détérioration de la santé ou le désordre de l'organisme constaté par un médecin. La grossesse n'est pas considérée comme une maladie, sauf en cas de complications pathologiques.

Le **médecin** est un docteur en médecine, membre de la Corporation professionnelle des Médecins dans la province ou l'état où il pratique.

La personne à charge de l'employé est:

- 1) son conjoint, c'est-à-dire la seule personne considérée comme son conjoint:
 - a) soit par le fait d'un mariage non dissout par le divorce ou l'annulation du mariage, ou par la cessation de la cohabitation permanente avec l'employé depuis plus d'un an;
 - b) soit par le fait qu'elle réside en permanence depuis plus d'un an avec celui-ci, ce dernier la présentant publiquement comme étant son conjoint; ou,



c) personnes vivant maritalement, ayant eu un enfant ensemble, et qui ne se sont pas séparées depuis au moins 90 jours en raison de l'échec de leur union;

le terme "conjoint" comprend les conjoints de même sexe

- 2) un enfant célibataire, légitime, naturel ou adoptif de celui-ci, de son conjoint (comme défini à l'article 1) ou des deux, qui dépend de l'employé pour son soutien, et qui:
 - a) est âgé de plus de 24 heures et de moins de 21 ans; ou
 - b) est âgé de 21 ans ou plus mais de moins de 25 ans s'il étudie régulièrement de jour, -à temps plein, dans une institution d'enseignement reconnue; ou
 - quel que soit son âge, est atteint d'une invalidité physique ou mentale résultant d'un accident ou d'une maladie et nécessitant des soins médicaux réguliers. L'invalidité doit avoir débuté alors qu'il était une personne à charge, comme défini précédemment, rendant cette personne totalement incapable d'exercer une occupation rémunératrice.

La personne assurée, laquelle doit être domiciliée au Canada, est l'adhérent ou l'une de ses personnes à charge assurées.

Le **preneur** est celui désigné comme tel dans la proposition d'assurance collective. Il constitue avec l'assureur l'une des deux parties à ce contrat.

Le sommaire est le "sommaire des garanties" annexé à la présente police.

Le travail actif à temps plein ou activement au travail à temps plein est le fait, pour un employé, de travailler à temps plein et à plein salaire, au lieu de son emploi habituel.

L'emploi de noms et de pronoms masculins au présent contrat, est présumé inclure les équivalents féminins. Il en est de même pour l'emploi du singulier et du pluriel, et vice versa.



*Employés et employées du Québec

- 2) un enfant célibataire, légitime, naturel ou adoptif de celui-ci, de son conjoint (comme défini à l'article 1) ou des deux, qui dépend de l'employé pour son soutien, et qui:
 - a) est âgé de plus de 24 heures et de moins de 21 ans; ou
 - b) est âgé de 21 ans ou plus mais de moins de 26 ans s'il étudie régulièrement de jour, -à temps plein, dans une institution d'enseignement reconnue; ou
 - c) quel que soit son âge, est atteint d'une invalidité physique ou mentale résultant d'un accident ou d'une maladie et nécessitant des soins médicaux réguliers. L'invalidité doit avoir débuté alors qu'il était une personne à charge, comme défini précédemment, rendant cette personne totalement incapable d'exercer une occupation rémunératrice.

La personne assurée, laquelle doit être domiciliée au Canada, est l'adhérent ou l'une de ses personnes à charge assurées.

Le preneur est celui désigné comme tel dans la proposition d'assurance collective. Il constitue avec l'assureur l'une des deux parties à ce contrat.

Le sommaire est le "sommaire des garanties" annexé à la présente police.

Le travail actif à temps plein ou activement au travail à temps plein est le fait, pour un employé, de travailler à temps plein et à plein salaire, au lieu de son emploi habituel.

L'emploi de noms et de pronoms masculins au présent contrat, est présumé inclure les équivalents féminins. Il en est de même pour l'emploi du singulier et du pluriel, et vice versa.



2. TENEUR DU CONTRAT

Cette police, la proposition d'assurance collective du preneur, le sommaire, les avenants et les annexes joints, de même que les preuves d'assurabilité et les demandes d'adhésion des employés constituent le contrat intégral entre les parties.

Tout avenant joint postérieurement au contrat est réputé en faire partie intégrante selon les modalités qui y sont décrites.

3. MODIFICATION DU CONTRAT

Ce contrat peut être modifié à la demande écrite du preneur, mais l'assureur doit y consentir par écrit. Cet écrit doit être approuvé par un signataire autorisé de l'assureur.

Si, à la suite d'un accident ou d'une maladie, un adhérent n'est pas au travail actif à temps plein à la date d'entrée en vigueur d'une modification quant aux garanties d'assurance-vie, d'assurance en cas de décès ou de mutilation par accident, d'assurance invalidité de courte durée ou d'assurance invalidité de longue durée, cette modification ne prend effet, pour cet adhérent, qu'à la date de son retour au travail actif à temps plein.

4. ADMISSIBILITÉ

A) EMPLOYÉ

1) NOUVELLE ADHÉSION

Tout employé, à la date d'entrée en vigueur de ce contrat, devient admissible à l'assurance le jour où il complète le délai d'admissibilité indiqué dans le sommaire.

Tout nouvel employé, embauché après la date d'entrée en vigueur de ce contrat, devient admissible à l'assurance le 1^{er} jour du mois suivant la date d'embauche.

Cependant, un employé qui n'est pas au travail actif à temps plein le jour où il deviendrait autrement admissible à l'assurance, le devient à la date de son retour au travail actif à temps plein.

2) REMISE EN VIGUEUR

Un adhérent, dont l'assurance se termine en raison d'une cessation d'emploi permanente et qui reprend son travail dans un délai de six mois à compter de la date de cette cessation, redevient admissible à l'assurance à la date de son retour au travail actif à temps plein, en autant que le preneur avise l'assureur par écrit du retour au travail actif à temps plein de l'employé dans les 31 jours suivant cette date.



B) PERSONNE À CHARGE

Les personnes à charge d'un employé deviennent admissibles à l'assurance à la plus éloignée des dates suivantes:

- la date à laquelle l'employé dont elles sont à charge devient admissible à l'assurance; ou
- la date à laquelle elles répondent à la définition d'une personne à charge en vertu de ce contrat.

5. **DEMANDE D'ASSURANCE**

A) EMPLOYÉ

Un employé admissible à l'assurance doit, que l'adhésion à l'assurance soit facultative ou obligatoire, remplir et transmettre à l'assureur une demande d'assurance.

B) PERSONNES À CHARGE

Si un employé désire assurer ses personnes à charge en vertu de ce contrat, il doit remplir et transmettre à l'assureur une demande d'assurance à cet effet.

6. PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

L'assurance d'un employé et/ou de toute personne à charge admissible prend effet à la plus éloignée des dates suivantes:

- leur date d'admissibilité respective, si la demande d'assurance est reçue chez l'assureur dans les 31 jours suivant cette date; ou
- la date de réception chez l'assureur des preuves d'assurabilité requises par celui-ci, sous réserve de leur acceptation par l'assureur, si la demande d'assurance soumise est reçue chez l'assureur plus de 31 jours après leur date d'admissibilité respective.

Dans le cas d'un employé dont l'emploi est subventionné par des Fonds de Recherche d'un professeur de l'Université de Moncton, des preuves d'assurabilité sont obligatoires.

Il est entendu que toute garantie ou partie de garantie d'assurance qui nécessite des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur, ne peut prendre effet qu'à compter de l'acceptation par l'assureur de ces preuves. La date d'acceptation sera alors la date de réception chez l'assureur du dernier élément des preuves d'assurabilité requises par l'assureur.

L'assureur avise alors par écrit le preneur de son acceptation ou de son refus d'accorder la garantie ou partie de garantie d'assurance demandée. Le preneur, aussitôt qu'il est avisé de la décision de l'assureur, doit transmettre celle-ci par écrit, sans délai, à l'employé concerné.



7. DROITS DE L'ADHÉRENT LORS DE LA PRISE D'EFFET D'UNE GARANTIE

Lorsqu'une garantie de ce contrat remplace, dans les 31 jours, une garantie comparable d'un autre contrat relativement au même groupe, en entier ou en partie, les adhérents en vertu de l'ancienne garantie sont assurés, de plein droit, par la nouvelle garantie, à compter de la cessation de l'ancienne, si:

- la fin de leur assurance résulte exclusivement de la cessation de l'ancienne garantie; et
- qu'ils appartiennent à une classe prise en charge par la nouvelle garantie.

Un adhérent en vertu de l'ancienne garantie ne peut être refusé en vertu de la nouvelle et ne peut être privé de prestations uniquement en raison d'une exclusion d'antécédents médicaux qui a été inopérante dans l'ancienne ou encore, parce qu'il n'est pas activement au travail à la date d'entrée en vigueur de la nouvelle garantie. Cependant, l'assureur n'est pas garant des événements suivants, relevant de l'ancienne garantie:

- une affection invalidante déclarée à l'assureur précédent dans les six mois de sa survenance et après la cessation de l'ancienne garantie; ou
- un décès ou une mutilation résultant d'un accident survenu alors que l'ancienne garantie était en vigueur.

Les droits de l'adhérent en vertu de l'ancienne garantie cessent et ses droits en vertu de la nouvelle commencent dès qu'il compte, après la cessation de l'ancienne garantie, 31 jours de travail actifs à temps plein à des fonctions d'une classe prise en charge par la nouvelle garantie.

L'adhérent qui est de nouveau atteint d'une invalidité reconnue par la nouvelle garantie, est exempté de tout délai de carence en vertu de la nouvelle garantie, aux conditions suivantes:

- si la nouvelle période d'invalidité résulte des mêmes causes ou de causes connexes à celles qui ont donné lieu à des avantages aux termes de l'ancienne garantie; et
- si moins de 90 jours se sont écoulés entre la fin de la période couverte par la dernière prestation ou par la dernière prime pour laquelle il y a eu exonération et le début de la nouvelle période d'invalidité.

8. MODIFICATION DU MONTANT DE LA GARANTIE

Si une variation de salaire ou un changement de catégorie d'employés entraînent une modification du montant de la garantie à l'égard d'un adhérent, le preneur doit immédiatement en aviser par écrit l'assureur et lui fournir tous les renseignements nécessaires pour effectuer cette modification. Cette dernière prend effet à la plus éloignée des dates suivantes:

- la date de la variation ou du changement, si l'avis écrit est reçu chez l'assureur dans les 31 jours suivant cette date; ou



- la date de réception chez l'assureur de l'avis écrit, s'il est reçu plus de 31 jours après la date de la variation ou du changement; ou
- la date de réception chez l'assureur du dernier élément des preuves d'assurabilité requises par celui-ci, sous réserve de l'acceptation de ces preuves par l'assureur, et ce, relativement à toute partie de la garantie qui nécessite celles-ci.

Toutefois, si la modification entraîne un changement pour une catégorie d'employés, cette modification pourra prendre effet à la date convenue par écrit entre l'assureur et le preneur.

Si un adhérent n'est pas au travail actif à temps plein à la date à laquelle la modification à son égard aurait pris effet, celle-ci ne prendra effet qu'à la date de son retour au travail actif à temps plein.

9. CONTINUITÉ DE L'ASSURANCE

Un adhérent qui cesse d'être au travail actif à temps plein à la suite d'une invalidité ou d'une grossesse demeure assuré pendant la durée de son invalidité ou de son congé de maternité, en autant que le preneur, agissant sans discrimination, maintienne en vigueur son assurance en effectuant le paiement des primes requises, le cas échéant. Cependant, pour un congé de maternité, l'assurance ne peut être maintenue en vigueur au-delà de 12 mois de la date de l'accouchement.

Un adhérent qui cesse d'être au travail actif à temps plein en raison d'un congé autorisé sans solde, d'une réduction temporaire de la semaine de travail à moins de 30 heures de travail par semaine ou d'une mise à pied temporaire demeure assuré sauf, le cas échéant, en vertu des garanties d'assurance invalidité de courte durée et invalidité de longue durée, en autant que le preneur, agissant sans discrimination, maintienne en vigueur son assurance en effectuant le paiement des primes requises, le cas échéant. Le preneur doit aviser l'assureur dans les 31 jours de la date de cet événement. Cependant, l'assurance ne peut être maintenue en vigueur au-delà de 12 mois de la date de cet événement.

L'assurance d'un adhérent qui cesse d'être au travail actif à temps plein, à la suite d'une grève ou d'un lock out, est interrompue pour toute la durée de cet événement.

S'il y a lieu, l'assurance des personnes à charge d'un adhérent est régie par les mêmes règles que celles énoncées ci-dessus pour l'adhérent.

10. CESSATION DE L'ASSURANCE

L'assurance d'un adhérent et, le cas échéant, de ses personnes à charge, cesse de plein droit, à la plus rapprochée des dates suivantes:

- la date de cessation de ce contrat; ou
- 2) sous réserve de la clause "Continuité de l'assurance", le jour où il n'est plus à l'emploi de l'employeur; ou
- 3) le dernier jour du délai de grâce suivant le jour où n'a pas été payé à son égard tout montant alors exigible relativement à la prime payable par le preneur en vertu de ce contrat; ou

- 4) la date de réception chez l'assureur d'un avis écrit du preneur à cet effet ou à toute date ultérieure mentionnée dans ledit avis; ou
- 5) le jour où il fait de fausses représentations à l'assureur ou le jour où il commet un acte frauduleux à l'égard de l'assureur.

11. CESSATION DU CONTRAT

Ce contrat prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes:

- 1) sur avis écrit du preneur à l'assureur, à la plus éloignée des dates suivantes:
 - a) la date indiquée dans l'avis; ou
 - b) la date de réception de l'avis chez l'assureur; ou
- sur avis écrit d'au moins 31 jours de l'assureur au preneur, le jour précédant la date d'un renouvellement de ce contrat; ou
- sur avis écrit de l'assureur au preneur, le jour indiqué dans cet avis si, au jugement de l'assureur, le preneur ne fournit pas avec diligence tout renseignement nécessaire à l'administration de ce contrat ou, sans raison valable, n'accomplit pas l'une ou l'autre de ses obligations en vertu de ce contrat; ou
- 4) le dernier jour du délai de grâce, si la prime exigible en vertu de ce contrat n'a pas été payée par le preneur. Le preneur doit alors payer à l'assureur la même prime due pour la période du délai de grâce, période pendant laquelle ce contrat est demeuré en vigueur;
- pourvu qu'un avis écrit soit transmis au preneur par l'assureur, le dernier jour du délai de grâce si, à cette date,
 - le nombre de participants est inférieur à trois;
 - la contribution du preneur est inférieure à 33 1/3%;
 - les exigences suivantes ne sont pas rencontrées;

Nombre de participants	Participation minimale
3 à 9	100%
10 à 24	85%
25 à 49	75%
50 à 74	75%
75 à 100	75%

S'il y a moins de dix participants, seuls les participants qui sont capables de fournir des preuves d'assurabilité seront considérés à item 5) ci-devant.

La terminaison de la police n'affecte aucunement les réclamations pourvu que l'assureur en soit avisé pendant les délais prévus à l'article - Demande de règlement d'une réclamation.

12. DROITS DE L'ADHÉRENT LORS DE LA CESSATION D'UNE GARANTIE

La cessation d'une garantie de ce contrat n'est opposable à aucune demande de prestations fondée sur:

- un décès assuré survenant avant la cessation de la garantie; ou
- un décès consécutif à une invalidité garantie à l'époque de sa survenance, s'il s'agit d'une invalidité prévue dans une garantie d'exonération du paiement des primes; ou
- un décès ou une mutilation résultant d'un accident survenu avant la cessation de la garantie; ou
- une invalidité totale résultant d'un accident survenu ou d'une maladie contractée avant la cessation de la garantie. L'assureur est garant des prestations payables, même si l'invalidité totale se prolonge au-delà de la cessation.

Toutefois, l'assureur n'est pas garant d'une affection invalidante dans les cas suivants:

- une récidive de l'affection invalidante survenant après la cessation de la garantie, alors que l'adhérent n'est plus totalement invalide depuis plus de 90 jours; ou
- l'affection invalidante est déclarée à l'assureur plus de six mois après la cessation de la garantie.

Dans tous les cas, les droits de l'adhérent cessent dès que:

- l'adhérent est pris en charge par un autre assureur en vertu d'un contrat d'assurance collective comportant une garantie comparable; ou
- l'adhérent compte, après la cessation du contrat, 31 jours de travail actifs à temps plein à des fonctions d'une classe couverte par un contrat d'assurance collective comportant une garantie comparable.

13. PRIMES

A) TAUX DE PRIME

Les taux mensuels de prime en vigueur à la date de prise d'effet de ce contrat sont indiqués au sommaire. La prime mensuelle est calculée selon ces taux.

B) MODIFICATION DES TAUX DE PRIME

L'assureur peut modifier les taux de prime aux dates suivantes:

a la date de renouvellement, si l'assureur en avise par écrit le preneur au plus tard 31 jours avant cette date; ou

2) à toute autre date, si:

- a) les prestations ou les catégories d'employés admissibles à l'assurance en vertu de ce contrat sont modifiées; ou
- b) il y a une variation d'au moins 25% du nombre d'adhérents, ce pourcentage étant calculé à partir du nombre d'adhérents à la date de la variation et à la plus rapprochée des dates suivantes:
 - la date de prise d'effet de ce contrat; ou
 - la date de la dernière modification des taux mensuels de prime; ou
- c) les employés d'une filiale, d'une entreprise affiliée ou d'une succursale du preneur deviennent ou cessent d'être admissibles à l'assurance en vertu de ce contrat; ou
- d) il y a une modification dans la nature, le contenu ou le coût des régimes gouvernementaux.

C) MODE DE PAIEMENT DES PRIMES

Les primes sont payables d'avance par le preneur à l'assureur, la première, à la date de prise d'effet de ce contrat et chaque prime subséquente, le premier jour de chaque mois. Si la date de prise d'effet ou de modification de ce contrat est autre que le premier jour d'un mois, une prime proportionnelle est payable pour la période découlant entre la date de prise d'effet ou de modification de ce contrat et le premier jour du mois suivant.

D) REMBOURSEMENT

Si le preneur omet d'aviser l'assureur de la cessation de l'assurance d'un adhérent ou du fait qu'un adhérent cesse d'être au travail actif à temps plein conformément à la clause "Continuité de l'assurance", l'assurance n'est pas pour autant maintenue en vigueur, même si une prime est payée pour cet adhérent.

Dans ces deux cas, l'assureur rembourse le montant de prime ainsi payé, à concurrence d'un montant égal à six mois de primes relatives à cet adhérent, et ce, sans intérêt.

14. **DÉLAI DE GRÂCE**

Le preneur a, pour le paiement de chaque prime, sauf la première, un délai de 31 jours, durant lequel l'assurance reste en vigueur. Cependant, le jour où le paiement de la prime est dû n'est pas inclus dans ce délai.

15. RENOUVELLEMENT

Pourvu qu'aucune prime ne soit en souffrance le dernier jour d'une année d'assurance, ce contrat se renouvelle, de plein droit, pour une période de 12 mois, à moins d'un avis EGIME

OLLECTIVE

contraire de l'assureur transmis au preneur au plus tard 31 jours avant la date de renouvellement.

La période à compter de la date de prise d'effet de ce contrat jusqu'à la date du premier renouvellement, comme ces dates sont indiquées au sommaire, est considérée comme étant la première année d'assurance. Les années d'assurance subséquentes, d'une période de 12 mois chacune, sont calculées à compter de la date du premier renouvellement.

16. **CERTIFICAT**

L'assureur doit remettre au preneur des certificats d'assurance que ce demier doit distribuer aux adhérents.

Le certificat n'est pas une partie constituante du contrat. En cas de conflit entre les dispositions du certificat et celles du contrat, ces dernières prévalent.

17. ADMINISTRATION PAR LE PRENEUR

Aux fins d'administration de ce contrat, le preneur est le mandataire des employés, sauf quant aux droits et aux obligations qui leur sont attribués personnellement.

Le preneur doit informer les employés de leurs droits et de leurs obligations en vertu de ce contrat, de même que de toute modification qui peut par la suite y être apportée. L'adhérent et le bénéficiaire ont droit de consulter la police chez le preneur et d'en prendre copie.

Le preneur doit fournir avec diligence à l'assureur tout renseignement nécessaire à l'administration de ce contrat. Le preneur autorise l'assureur à examiner ses registres et ses dossiers en tout temps raisonnable, alors que ce contrat est en vigueur et pendant les deux années qui suivent sa cessation.

18. RENONCIATION

La renonciation ou l'omission de la part de l'assureur d'exiger l'exécution ou l'observation d'une disposition quelconque de ce contrat ne doit pas être interprétée comme étant une renonciation de la part de l'assureur à son droit de prendre les mesures nécessaires contre tout défaut subséquent d'exécuter ou d'observer la même disposition. De plus, le fait que l'assureur ait approuvé une action quelconque du preneur ou d'un adhérent lorsque cette approbation était requise n'a pas pour effet de dispenser le preneur ou l'adhérent de l'obligation d'obtenir l'approbation de l'assureur pour toute action semblable subséquente.

19. INCONTESTABILITÉ

En l'absence de fraude, aucune fausse déclaration ou réticence ne peut fonder l'annulation ou la réduction d'une assurance qui a été en vigueur pendant deux ans.

Toutefois, cette règle ne s'applique pas dans le cas d'une invalidité ayant débuté durant les deux premières années de l'assurance.



20. **RECOUVREMENT**

Aucune disposition de ce contrat ne peut être interprétée comme pouvant empêcher l'assureur de recouvrer toute somme payée en trop.

21. EXIGENCES MÉDICALES

L'assureur se réserve le droit de demander à une personne assurée, en tout temps et à son entière discrétion, de fournir une ou plusieurs attestations médicales spécifiques ou de se soumettre à un ou plusieurs examens médicaux effectués par un médecin désigné par l'assureur.

22. CESSION OU GAGE

L'assurance en vertu de ce contrat ne peut être ni cédée, ni mise en gage.

23. NUMÉRAIRE

Toutes les limites et tous les maximums applicables aux sommes payables sont également exprimés en monnaie canadienne.

24. DROIT AUX PARTICIPATIONS

À l'expiration de chaque année d'assurance, pourvu que ce contrat soit alors en vigueur, le preneur a le droit de recevoir les participations afférentes à ce contrat, comme déterminées et réparties par l'assureur, à l'exception de la garantie d'assurance invalidité longue durée, le cas échéant.

25. SUBROGATION - RESPONSABILITÉ D'UN TIERS

Les prestations encourues suite à une maladie ou un accident pour lequel la responsabilité légale est imputée à un tiers, ne sont pas couvertes par ce contrat. L'assureur peut retarder de façon raisonnable le paiement d'une réclamation afin de permettre l'évaluation de la responsabilité d'un tiers.

Si l'assureur a effectué le paiement avant la fin de l'évaluation de la responsabilité d'un tiers, il peut alors exiger son droit de subrogation qui lui permet de recouvrer ce paiement de toute personne ou organisation légalement responsable. Le preneur ou la personne assurée est responsable de la poursuite légale et du remboursement à l'assureur des montants reçus du tiers. Le preneur doit satisfaire toutes les exigences et compléter tous les documents pour garantir à l'assureur son droit de recouvrement.



26. **DISPOSITIONS GÉNÉRALES**

Les dispositions générales du contrat s'appliquent à chacune des garanties pourvu que ces dispositions ne soient pas incompatibles avec les termes de chacune des garanties.

27. DROIT DE CONVERSION

Lorsque l'emploi d'un adhérent du groupe prend fin ou si un adhérent n'est plus admissible à la catégorie d'employés bénéficiant de la protection, mettant un terme à la protection prévue dans la police, cette personne peut, dans les 31 jours qui suivent la date de résiliation des garanties collectives, demander que le régime de protection soit transformé en un régime individuel de protection-santé offert aux particuliers par Assomption Vie à ce moment-là.

Ce droit s'étend aussi aux personnes à charge. Si la protection d'une personne à charge prend fin en raison d'un changement d'état civile ou du décès d'un adhérent, la conjointe ou le conjoint et les enfants à charge peuvent demander, en dedans de 31 jours, que le régime soit converti en un régime individuel offert aux particuliers par Assomption Vie à ce moment-là.



ASSURANCE SANTÉ

1. OBJET DE LA GARANTIE

Pourvu que cette garantie soit en vigueur lorsqu'une personne assurée supporte des frais à la suite d'une maladie ou d'un accident, l'assureur rembourse, selon les modalités de règlement, les frais admissibles comme décrits ci-après ou au sommaire des garanties.

2. **DÉFINITIONS**

Aux fins de la présente garantie

Les frais raisonnables, ordinaires et habituels sont les honoraires ou frais qui ne dépassent pas le tarif généralement exigé par d'autres professionnels, établissements de santé similaires, ou pharmacies de la région ou localité lorsqu'ils dispensent des soins, services ou fournitures identiques ou comparables.

Le déductible est la partie des frais admissibles qui est supportée par l'adhérent.

Le guide des tarifs désigne le "Guide des tarifs" suggéré pour les actes bucco-dentaires à l'usage du praticien général en vigueur dans la province de résidence du preneur. S'il n'y a aucun guide applicable dans cette province ou ce territoire, le guide des tarifs utilisé est celui du Nouveau-Brunswick.

L'hospitalisation est l'occupation d'une chambre d'hôpital.

L'expression en cas d'urgence signifie la détérioration soudaine de la santé nécessitant des soins immédiats.

Convention désigne les médicaments qui, en vertu de la loi, ne nécessitent pas l'existence d'une ordonnance mais qui, à cause du code déontologique, ne seraient pas préparés par un pharmacien sans qu'il y en ait une.

Les médicaments et produits doivent figurer à l'édition courante du compendium des produits et spécialités pharmaceutiques.

Le **pharmacien** désigne une personne autorisée à pratiquer la profession de pharmacien et qui est membre d'une association professionnelle de pharmaciens reconnue.

Coassurance désigne le pourcentage des frais admissibles remboursés par l'assureur à l'adhérent pour certains soins de santé et/ou soins dentaires.

Co-paiement est la partie des frais admissibles qui est supportée par l'adhérent au moment de chaque réclamation.



3. FRAIS ADMISSIBLES

A) FRAIS D'HOSPITALISATION AU CANADA

L'assureur paie, sans déductible, les frais suivants:

Frais d'hospitalisation au Canada en excédent des frais payés par tout régime gouvernemental d'assurance, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre privée ou semi-privée comme mentionné à cet effet au sommaire.

B) FRAIS COMPLÉMENTAIRES AU CANADA (sauf avis contraire)

L'assureur paie, après considération du déductible et selon le pourcentage indiqué à cet effet au sommaire, les frais raisonnables ordinaires habituels suivants:

1) Les frais supportés pour les services suivants rendus sur recommandation médicale:

- a) les services professionnels d'une infirmière enregistrée en dehors du milieu hospitalier jusqu'à concurrence du maximum indiqué au sommaire des garanties, sauf si cette personne réside habituellement à la maison de l'adhérent ou si elle fait partie de sa famille;
- b) examens de laboratoires pour fins de diagnostic;
- c) transfusion de sang ou de plasma sanguin, coût d'oxygène, ainsi que la location des appareils nécessaires à son administration;
- d) examens aux rayons X, sauf pour les dents, à concurrence de 35 \$ par personne assurée, par période de 12 mois consécutifs.

2) Les frais suivants supportés sur ordonnance médicale

- a) lorsque requis, frais de transport par ambulance, en direction ou en provenance de l'hôpital le plus rapproché qui dispense les soins appropriés, ainsi que le transport aérien lorsque la personne assurée ne peut être transportée autrement, à concurrence de 1 000 \$ par personne assurée par période de 12 mois consécutifs;
- b) location ou à la discrétion de l'assureur, l'achat d'une chaise roulante non motorisée, d'un ventilateur, d'un lit d'hôpital ou tout autre équipement normalement conçu pour être utilisé dans un hôpital à des fins thérapeutiques temporaires;
- c) location ou achat, à la discrétion de l'assureur, d'appareils orthopédiques ou d'équipement thérapeutique;



- d) coûts d'éléments correctifs ajoutés à des chaussures ordinaires ou achat d'orthèses et de supports plantaires, à concurrence de 75 \$ par personne assurée, par période de 12 mois consécutifs;
- e) achat de **chaussures orthopédiques** fabriquées spécialement pour la personne assurée dans un laboratoire spécialisé et reconnu par la Corporation professionnelle des Médecins, à concurrence de 200 \$ par période de 12 mois consécutifs;
- f) achat de prothèses oculaires ou de membres artificiels, paiement initial seulement;
- g) achat de **prothèses mammaires externes**, nécessité à la suite d'une mastectomie, à concurrence de 150 \$ par personne assurée, par période de 24 mois consécutifs;
- h) coûts pour les fournitures devenues nécessaires suite à une colostomie, une iléostomie ou une urostomie;
- i) achat de plâtres, corsets orthopédiques, attelles, bandes herniaires, béquilles ou appareils de marche;
- j) achat de bâtonnets réactifs, de seringues et d'aiguilles;
- k) vêtements de pression pour brûlures à concurrence de 500 \$ par personne assurée par période de 12 mois consécutifs.
- 1) l'achat d'un dextromètre ou d'un glucomètre pour diabétique insulino-dépendant, à concurrence de 200 \$ par personne par période de 3 ans.
- En autant que cette garantie soit en vigueur au moment où les soins sont prodigués et sous réserve d'une évaluation préalable par l'assureur, les frais pour services professionnels rendus par un chirurgien dentiste pour réparer les dommages causés à des dents naturelles à la suite d'un accident survenu alors que la personne est assurée en vertu de ce contrat; ces services doivent être rendus dans les six mois suivant la date de l'accident.

Par contre, si la personne assurée est âgée de moins de 16 ans, le délai de traitement de six mois ne s'applique pas, en autant que le chirurgien dentiste traitant en informe l'assureur dans les 90 jours de la date de l'accident.



Les frais admissibles seront remboursés à concurrence d'un maximum de 1 000 \$ des honoraires prévus au guide des tarifs de l'année courante à l'usage du praticien général et approuvé par l'Association des chirurgiens dentistes, ainsi que les honoraires prévus au guide des tarifs approuvé par l'Association des denturologues. Ces associations sont celles de la province de résidence de l'assuré.

- 4) L'achat d'un **appareil auditif**, prescrit par un audiologiste, à concurrence de 500 \$ par personne assurée, par période de trois ans.
- 5) Les frais pour services paramédicaux rendus par psychologue, chiropraticien, naturopathe. ostéopathe, podiatre*, acuponcteur, massothérapeute*. diététiste* ergothérapeute, orthophoniste, physiothérapeute* en autant que ces services relèvent de leur spécialité et que ces spécialistes soient membres de leur corporation professionnelle et ce, à concurrence d'un maximum par spécialiste et par personne assurée, du maximum indiqué au sommaire des garanties. Le praticien ne doit pas résider habituellement à la maison de l'adhérent ou faire partie de sa famille. * sur ordonnance médicale
- 6) Les frais d'une chambre commune dans la région de l'hospitalisation à l'extérieur du Canada, supportés en cas d'urgence et ce, à concurrence de 5 000 \$ par personne assurée par accident ou maladie, en excédent des frais payables par tout régime gouvernemental d'assurance. Cependant, la personne assurée ne peut avoir droit à un remboursement que si la durée prévue de son séjour, à l'extérieur du Canada, n'excède pas six mois consécutifs.
- Honoraires de médecins supportés en cas d'urgence survenant alors que la personne assurée est à l'extérieur de sa province de résidence, pour un séjour dont la durée prévue n'excède pas six mois consécutifs. Les honoraires de médecins sont admissibles à concurrence du tarif raisonnable, ordinaire et habituel demandé dans la région où ces frais ont été engagés, moins le montant remboursé par tout régime gouvernemental. Ces frais sont limités à un maximum de 5 000 \$ par personne assurée par accident ou maladie.
- 8) Les stérilets, jusqu'à concurrence de 60 \$ par 12 mois consécutifs par personne assurée, obtenus sur ordonnance médicale et fournis par un pharmacien ou par un médecin.
- 9) **Prothèse capilliares** (suite à un traitement de chimiothérapie) maximum de 200 \$ à vie.
- 10) Soutien-gorge (suite à une mastectomie) maximum de 100 \$ par année.
- 11) Bas pour varice 2 paires par année.



*Employés et employées du Québec

Hôpital de convalescence

Les frais de chambre, pension et autres services nécessaires dans un hôpital de convalescence qui sont en surplus des frais pour salle commune, jusqu'à concurrence de 20 \$ par jour seront considérés frais admissibles. Cependant, l'assuré doit avoir été admis dans un hôpital de convalescence dans les 14 jours qui suivent une période où il a passé au moins cinq jours consécutifs comme patient alité dans un hôpital. Les frais seront seulement considérés admissibles lorsque le séjour en hôpital de convalescence aura été prescrit par le médecin traitant.

Les prestations seront payées pendant une période maximale de 120 jours pendant toute période d'invalidité. Tous les séjours dans un hôpital de convalescence seront considérés comme une période d'invalidité à moins qu'une période d'au moins 90 jours les sépare. Pour avoir droit à ces frais couverts, l'hôpital de convalescence doit être approuvé par l'autorité provinciale appropriée en matière d'habitation. Les frais pour soins particuliers dans un hôpital de convalescence, un foyer de soins ou un établissement semblable ne seront pas considérés comme frais admissibles.

Un hôpital de convalescence désigne un établissement qui assure des soins de récupération et qui est admissible à participer et à recevoir des paiements en vertu des dispositions de la loi provinciale sur la santé et qui:

- est géré selon les lois applicables de la juridiction où il se situe;
- a un médecin autorisé et des infirmières diplômées sur place 24 heures par jour;
- assure régulièrement la pension et des soins infirmiers qualifiés pour des personnes malades ou blessées durant la période de convalescence de la maladie ou de la blessure;
- maintien des dossiers quotidiens de chaque patient sous les soins du médecin;
- est autorisé à administrer des médicaments aux patients sur recommandation du médecin; et
- n'est pas, sauf incidemment, un foyer pour personnes âgées, un foyer pour handicapés visuels ou auditifs, un foyer pour soins domiciliaires, un foyer pour soins de maternité, ou un foyer de soins pour alcooliques, toxicomanes ou handicapés mentaux.



G - 5

C) RÉGIME DE MÉDICAMENTS - (ordonnance) - Générique

Plan A administré par Sécurindemnité (paiement direct)

Sécurindemnité est une compagnie canadienne qui administre les régimes de médicaments à paiement direct.

Sécurindemnité paie, après considération du déductible et selon le pourcentage indiqué à cet effet au sommaire des garanties, les frais raisonnables, ordinaires et habituels suivants:

- tous les médicaments qui doivent, en vertu de la loi ou de la **convention**, être prescrits par un médecin ou un dentiste;
- le matériel utilisé par les diabétiques (i.e. les aiguilles, les seringues et les épreuves diagnostiques) sauf les tampons et l'alcool à friction;
- toutes les solutions injectables, y compris les sérums, les vaccins et les vitamines injectables; et
- les médicaments extemporanés préparés par un pharmacien.

La partie des frais payés pour un médicament de marque originale interchangeable qui excède le prix du médicament générique approprié le moins cher, sauf lorsque le médecin exige sur la prescription le médicament de marque originale et spécifie aucune substitution.

EXCLUSIONS

- tout médicament ou drogue qui peut être acheté sans prescription;
- les médicaments grand public, peu importe s'ils sont obtenus par prescription ou non.

Ce régime exclut aussi en partie:

- les vitamines (sauf les vitamines injectables);
- les spécialités pharmaceutiques et les produits pharmaceutiques généraux;
- le matériel chirurgical et le matériel de premiers soins;
- les atomiseurs, les vaporisateurs;
- les succédanés de sel et de sucre;
- les préparations pour nourrissons, les aliments et les aides diététiques;
- les produits pour les verres de contact;
- les aides diagnostics et les épreuves de laboratoire;
- les contraceptifs autres que les contraceptifs oraux;
- les pastilles, le rince-bouche, les pâtes dentifrices et les produits de beauté;
- les shampoings non médicamenteux, les lotions nettoyantes, les lotions protectrices, les émollients et les savons;
- les stéroïdes anabolisants protectrices, les médicaments de fertilité et tous les auxiliaires anti-tabagiques (nicorette, etc.); et
- tous les médicaments assurés en vertu d'un régime gouvernemental
- tous les médicaments pour dysfonctions érectiles
- tous les médicaments anti-obésité.



D) FRAIS POUR LES SOINS DE LA VUE

L'assureur paie les frais suivants:

- frais d'examen de la vue par un optométriste ou un ophtalmologiste autorisé, jusqu'à concurrence d'un montant indiquée au sommaire des garanties;
- 2) frais de verres correcteurs et de montures de lunettes ou frais de lentilles cornéennes, lorsqu'elles sont achetées sur ordonnance écrite d'un médecin ou d'un optométriste, jusqu'à concurrence du montant indiqué au sommaire des garanties;
- lorsque la personne assurée souffre d'astigmatisme grave, de cicatrice grave de la cornée, de kératocône, d'aphakie, lorsque l'acuité visuelle peut atteindre 20/40 à l'aide de verres correcteurs, la limite prévue au paragraphe 2) ci-dessus est remplacée par une limite de 200 \$.



E) FRAIS D'ASSURANCE VOYAGE

L'assureur paie l'excédent des frais raisonnables, ordinaires et habituels supportés en cas d'urgence à l'extérieur du Canada, sauf les frais payés par tout régime gouvernemental d'assurance. Le montant des frais d'assurance voyage ainsi payé durant toute la vie d'une personne assurée ne peut dépasser 1 000 000 \$ en monnaie canadienne. Une personne assurée ne peut avoir droit à un remboursement que si la durée prévue de son séjour à l'extérieur du Canada n'excède pas six mois consécutifs.

Toutes les limites suivantes concernant les frais assurés sont exprimées en monnaie canadienne.

- 1) Les frais d'hospitalisation hors Canada, pour une chambre semi-privée et supportés en cas d'urgence.
- 2) Les honoraires du médecin supportés en cas d'urgence, en excédent des frais payables par tout régime gouvernemental d'assurance.
- 3) L'assureur paie sans déductible les frais supportés en cas d'urgence pour les services suivants rendus sur recommandation médicale:
 - a) les soins infirmiers personnels jusqu'à concurrence de 3 000 \$, par accident ou maladie, sauf si cette personne réside habituellement à la maison de l'adhérent ou si elle fait partie de sa famille;
 - b) les frais de diagnostics: les examens de laboratoire et de rayons X;
 - c) lorsque requis, les frais de transport par ambulance, en direction ou en provenance de l'hôpital le plus rapproché qui dispense les soins appropriés, ainsi que le transport aérien lorsque la personne assurée ne peut être transportée autrement;
 - d) les frais de transport aller-retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) lorsque la personne assurée a été retenue à l'hôpital pendant sept jours ou plus ou est décédée, et que le médecin traitant a déterminé comme nécessaire, la présence d'un membre de la famille ou d'un ami de la personne assurée, à concurrence de 1 500 \$ par personne assurée, par accident ou maladie. Ces frais ne sont admissibles que si la personne hospitalisée n'est pas déjà accompagnée par un membre de sa famille âgé de 18 ans ou plus.
 - e) les frais additionnels de transport en classe économique par la voie la plus rapide (avion, autobus, train) lorsqu'une maladie est telle que le patient doit retourner chez lui et être accompagné par un aide médical qualifié (parenté exclue). Le médecin traitant doit fournir une autorisation écrite. Lorsque le retour est fait dans un avion commercial, la protection suivante est incluse:

- deux billets en classe économique par la route la plus directe jusqu'à la ville de résidence au Canada, un pour le patient assuré et un billet aller-retour pour l'aide médical; ou
- si une civière s'impose, le coût de sièges supplémentaires nécessaires pour l'installation de la civière, ainsi qu'un billet aller-retour pour l'aide médical.
- f) les frais de retour du véhicule jusqu'à concurrence de 750 \$ pour le coût de faire conduire, par une agence commerciale, le véhicule personnel du patient ou un véhicule de location à sa résidence ou à l'agence appropriée de location de véhicules la plus proche, si une maladie ou un accident le rend incapable de s'en occuper;
- g) advenant le décès de la personne assurée, les frais de retour de la dépouille jusqu'à concurrence de 3 000 \$ pour le coût de préparation et de retour de la dépouille (excluant le coût du cercueil) par la route la plus directe jusqu'au point de départ canadien;
- h) les frais additionnels de repas et d'hébergement, jusqu'à concurrence de 1 050 \$ (150 \$ par jour pendant sept jours) par voyage, subis par un participant ou par un compagnon de voyage demeurant avec un participant hospitalisé, lorsque le voyage de retour est remis à cause de maladie ou d'accident. Seuls les frais encourus après la date prévue du retour de voyage sont couverts. Ces frais de repas et d'hébergement doivent être supportés par des reçus d'emplacements commerciaux. En plus, des preuves médicales pour confirmer la nécessité du délai seront requises;
- les médicaments qui doivent, en vertu de la loi ou de la convention, être prescrits d'urgence par un médecin ou un dentiste, en quantité suffisante pour le voyage seulement;
- frais pour services dentaires à concurrence de 1 000 \$ nécessités à la suite d'un accident. Ces soins doivent être rendus ou rapportés et approuvés dans les 180 jours qui suivent la date de l'accident;
- k) les frais de location pour fauteuils roulants, béquilles, cannes requises à la suite d'un accident ou d'une maladie subite lorsqu'ils sont prescrits par un médecin;
- l) les frais de retour d'un dépendant âgé de moins de 16 ans à son endroit de résidence au Canada lorsque son compagnon de voyage est hospitalisé et que le dépendant est laissé sans surveillance. Les frais d'escorte pour faire accompagner le dépendant seront également admissibles si nécessaire. Le total des frais remboursables en vertu de ce paragraphe ne peut toutefois dépasser 2 000 \$.



ASSISTANCE MÉDICALE EN CAS D'URGENCE

Assistance paiement - Un service téléphonique de 24 heures est disponible pour assister les participants qui voyagent à l'étranger. En communiquant avec le numéro indiqué sur la carte d'assurance voyage, le médecin ou l'hôpital pourra obtenir une confirmation de l'admissibilité à l'assurance d'un participant. La compagnie d'assistance prendra les mesures nécessaires pour rembourser ou coordonner le paiement de ces frais pour le participant.

Assistance médicale - sur demande, la compagnie d'assistance fournira au participant une liste des hôpitaux ou autres centres médicaux. Les arrangements nécessaires seront faits pour:

- recommander un médecin qualifié;
- suivre la condition médicale du patient et communiquer avec le participant et sa famille;
- retourner le patient chez lui ou pour le transférer lorsque médicalement permissible;
- transporter un membre de la famille au chevet du patient, ou pour identifier un patient décédé.

Assistance non médicale - les services suivants sont également disponibles en cas d'urgence:

- assistance dans n'importe laquelle langue majeure;
- assistance pour contacter la famille ou l'endroit de travail;
- référence à un conseiller juridique.

4. PRESTATIONS AUX SURVIVANTS

Si, au moment du décès de l'adhérent, ses personnes à charge sont assurées en vertu de la présente garantie, l'assurance des personnes à charge continue d'être en vigueur, avec le paiement des primes. Cependant, l'assurance cesse à la plus rapprochée des dates suivantes:

- la date de cessation du contrat d'assurance; ou
- 24 mois après la date du décès de l'adhérent; ou
- la date de prise d'effet d'une assurance semblable auprès d'un autre assureur; ou
- la date à laquelle les personnes à charge cessent d'être des personnes à charge admissibles pour n'importe quelle raison, sauf le cas où il n'y a plus d'adhérent survivant admissible.



5. COORDINATION DES PRESTATIONS

Si des prestations sont réclamées en vertu de plus d'une section du régime d'assurance santé, la réclamation sera évaluée selon la section qui prévoit les prestations les plus élevées.

Les prestations payables en vertu de cette garantie sont réduites, selon l'ordre de paiement établi ci-après, de manière à ce que, ajoutées à celles qui sont prévues par tout régime d'assurance pour les mêmes frais assurables, elles ne dépassent pas les frais réellement engagés. Les sommes assurées en vertu d'un autre régime d'assurance collective comprennent les prestations qui auraient été payables si une demande en règle avait été faite auprès de l'autre assureur.

L'ordre de paiement des prestations est établi comme suit:

- 1) Un régime d'assurance collective qui ne comprend pas une telle disposition de coordination des prestations devient le premier payeur; ou
- 2) Le montant des prestations payables à titre d'un régime en vertu duquel la personne est assurée en tant qu'employé a priorité sur le montant payable d'un régime assurant la personne en tant que personne à charge; ou
- 3) Le régime couvrant la personne à titre de personne à charge d'un adhérent dont le jour et le mois d'anniversaire de naissance est le plus près du début d'une année civile, a priorité sur tout autre régime; et
- 4) Lorsque l'ordre de priorité de paiement ne peut être établi par les sous-alinéas 1, 2 et 3 précédents, les prestations devront être réparties au prorata entre les régimes en proportion des montants qui auraient dû être payés en vertu de chaque régime.



6. CESSATION, LIMITATIONS ET EXCLUSIONS

A) CESSATION

Cette garantie à l'égard d'un adhérent et, le cas échéant, de ses personnes à charge assurées, cesse, de plein droit, lorsqu'il atteint l'âge indiqué à cet effet au sommaire.

B) LIMITATIONS ET EXCLUSIONS

Aucune prestation en vertu de cette garantie n'est payable à l'égard des frais suivants:

- 1) frais qui ne sont pas conformes aux normes raisonnables, ordinaires et habituelles de la pratique courante des professions de la santé concernées; ou
- 2) la partie des frais couverts en vertu d'une loi sur les accidents du travail, sur l'assurance hospitalisation, sur l'assurance maladie, sur l'assurance automobile, ou toute autre loi équivalente en vigueur au Canada ou dans tout autre pays; ou
- frais supportés à l'occasion d'examens ou de traitements médicaux pour des fins autres que curatives; ou
- 4) frais supportés (incluant médicaments) à la suite d'une intervention chirurgicale ou d'un traitement qui, à notre opinion, est de nature expérimentale; ou
- 5) frais supportés pour des achats de médicaments prescrits résultant en une provision de médicaments correspondant à une période de traitement supérieure à trois mois; ou
- frais ayant trait à l'ajustement de lunettes et de lentilles cornéennes, ou à l'achat de lunettes de soleil ou de lunettes de sécurité; ou
- 7) frais ayant trait à l'achat de prothèses dentaires, sauf la première prothèse dentaire qui est nécessaire à la suite d'un accident survenu, alors que cette garantie est en vigueur, ou
- 8) frais ayant trait à l'ajustement ou à l'entretien d'appareils auditifs; ou
- blessures subies à l'occasion d'une opération militaire; ou



- frais supportés à la suite de:
 - a) blessures, dommages physiques ou mentaux, que la personne assurée s'inflige intentionnellement, qu'elle soit saine d'esprit ou non; ou
 - b) commission par la personne assurée d'un acte criminel; ou
 - c) blessures subies à l'occasion de la participation active de la personne assurée à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection.
- les frais payables par la garantie d'assurance voyage peuvent être réduits si un patient hospitalisé à l'étranger ne communique pas aussitôt que possible avec la compagnie d'assistance identifiée sur la carte d'assurance voyage.
- frais supportés à l'extérieur du Canada alors que la condition médicale de la personne assurée permet le rapatriement, ce que l'assureur a exigé à ses frais, mais que la personne assurée a refusé; ou
- aucun assuré voyageant à l'extérieur de sa province de résidence, principalement pour consultations ou traitements, n'aura droit aux prestations, même si un tel voyage est recommandé par un médecin; ou
- 14) pendant qu'une personne assurée voyage à l'extérieur de sa province de résidence, aucune prestation ne sera versée pour une chirurgie ou un traitement de nature non urgente, si la chirurgie ou le traitement peuvent raisonnablement être remis jusqu'au retour dans la province de résidence. Seuls les frais qui résultent d'une maladie soudaine ou d'un accident sont admissibles. Les frais pour traiter des conditions médicales qui existaient avant le départ en voyage ne seront admissibles que si la condition était stable au moment du départ et qu'aucune attention médicale n'était prévue pour la durée du voyage.
- 15) frais pour pompes à perfusion d'insuline.
- 16) frais non mentionnés parmi les frais admissibles.

Lorsque l'employé reçoit, à l'extérieur du Canada, des soins qui ne sont pas offerts dans la province de domicile mais qui le sont ailleurs au Canada, l'assurance rembourse les frais raisonnables et courants demandés pour ces soins dans la ville canadienne la plus proche de la province de l'assuré.



7. MODALITÉS D'APPLICATION DU DÉDUCTIBLE

Le montant du déductible est celui indiqué au sommaire. Le déductible ne s'applique qu'une seule fois par année civile à l'ensemble des frais admissibles supportés par l'adhérent et, le cas échéant, ses personnes à charge assurées.

Dans le cas d'un changement d'assureur, la partie des frais supportés en vertu du régime précédent sert à réduire le déductible en partie ou en totalité.

8. AVIS ET PREUVE DE RÉCLAMATION

Une demande de paiement doit se faire par écrit dans les 12 mois suivant la date de la réclamation et être appuyée des justifications requises. L'assureur peut exiger tout renseignement qu'il juge nécessaire à l'appui de la demande.



ASSURANCE DENTAIRE

1. **OBJET DE LA GARANTIE**

Pourvu que cette garantie soit en vigueur lorsqu'une personne assurée supporte des frais, l'assureur rembourse, selon les modalités de règlement, les frais admissibles comme décrits ci-après ou au sommaire des garanties.

Les frais admissibles ne sont payables que si les soins dentaires sont administrés par un denturologiste, un chirurgien-dentiste ou, sous sa surveillance, par un hygiéniste dentaire ou tout membre de leur corporation professionnelle respective.

2. **DÉFINITIONS**

Aux fins de cette garantie

Le déductible est la partie des frais admissibles qui est supportée par l'adhérent.

Le guide des tarifs désigne le "Guide des tarifs" suggéré pour les actes bucco-dentaires à l'usage du praticien général en vigueur dans la province de résidence de la personne assurée. S'il n'y a aucun guide applicable dans cette province ou ce territoire, le guide des tarifs utilisé est celui du Nouveau-Brunswick.

Coassurance désigne le pourcentage des frais admissibles remboursés par l'assureur à l'adhérent pour certains soins de santé et/ou soins dentaires.

3. FRAIS ADMISSIBLES

L'assureur paie, après déduction du déductible et selon les pourcentages indiqués à cet effet au sommaire, les frais admissibles pour les soins dentaires suivants:

Description

Codes utilisés par l'Association <u>Dentaire Canadienne</u>

PARTIE I - SOINS DE BASE

A) DIAGNOSTIC ET PRÉVENTION

1) L'examen buccal clinique

a) l'examen complet initial sous réserve d'un examen par période de 24 mois consécutifs 01101, 01102, 01103, 01206



	b)	l'examen de rappel ou périodique sous réserve d'un maximum d'un examen par six mois	01202		
	c)	autres examens ou consultations (sauf pour les traitements orthodontiques)	01204, 01205, 05201, 05202 05209, 94201, 94202, 94301* 94302		
		code dentaire n'existe pas pour les elle-Écosse.	provinces de l'Ontario et de la		
2)	La ra	diograp <u>h</u> ie			
		a) la série complète de pellicule et la pellicule panoramique sous réserve d'un maximum d'une série par période de 24 mois consécutifs	es 02002, 02101, 02601		
	b)	les pellicules interproximales sous réserve d'un maximum de deux séries par année civile	02141 à 02144		
	c)	les autres films intra-oraux, extra-oraux et céphalométriques (sauf pour les traitements ortho- dontiques)	02111 à 02120, 02131 à 02134 02201 à 02204, 02701 à 02704 02709, 02801, 02802, 02809		
3)	Les te biopsi	sts et examens de laboratoire; e	04501, 04509, 99110		
4)	Modèles de diagnostic (sauf pour les traitements orthodontiques)		04801, 04802, 04911, 0492 <u>1</u> 04922		
5)	Le polissage de la partie coronaire des dents sous réserve d'un maximum d'un traitement par six mois		11101, 11102, 11103		
6)		lication topique de fluorure éserve d'un traitement par ois	12101		
7)	Prévention et contrôle de la carie		13101, 13102, 13103, 13211 13212, 13213, 13214, 13219 13301, 13302, 13401, 13409 13502		
8)		reils de maintien d'espace pour les traitements orthodon- s)	15101, 15102, 15201, 15202 15401		



RESTAURATION MINEURE B)

	 Caries, traumatisme et contrôle de la douleur 		20111, 20119, 20121, 20129
	2)	Restauration en amalgame	21101 à 21105, 21211 à 21215 21221 à 21225
	3)	Tenons par restauration	21401 à 21405
	4)	Restauration en acrylique ou composite et autres services	23101 à 23105, 23111 à 23115 23121, 23122
	5)	Obturations des dents postérieures avec matériaux esthétiques - acideliant	23311 à 23314 23321 à 23324
	6)	Réparation d'une prothèse amovible	55101, 55102, 55201, 55202 55301, 55302, 55401, 55402 55501, 55509, 56211, 56212 56221, 56222, 56231, 56232 56241, 56242, 56311 à 56313 56321, 56322, 56511, 56512 56521, 56522
	7)	Réparation de ponts	66111, 66112, 66113, 66119 66211, 66212, 66213, 66219 66301, 66302, 66303, 66309
C)	СНО	RURGIE BUCCALE	
	1)	Ablation de dents ayant fait éruption (sans complication)	71101, 71109, 71201, 71209 72111, 72119, 72211, 72219 72221, 72229, 72231, 72239 72311, 72319, 72321, 72329 72331, 72339
D)	SERV	VICES COMPLÉMENTAIRES	
	1)	Anesthésie locale	92101, 92102
	2)	Anesthésie générale	92311 à 92319
	3)	Divers	79402 à 79404, 79603



E) ENDODONTIE

F)

	1)	Pulpotomie	32211, 32212, 32221, 32222 32231, 32232
	2)	Traitement de canal	33101 à 33104 33301 à 33304
	3)	Apexification	33601 à 33604, 33611 à 33614
	4)	Traitements périapicaux	34111 à 34113, 34121, 34131 34132, 34133, 34141, 34211 34212, 34221
	5)	Amputation de racine	34401, 34402
	6)	Traitement endodontiques spéciaux	39101
	7)	Blanchiment	39411, 39412, 39413, 39419 39421, 39422, 39423, 39429
PÉRI	IODON	TIE	
	1)	Actes complémentaires	41101 à 41104, 41109, 41221 à 41224, 41229, 41301, 41302 41309, 42111, 42201, 42311 42411, 42421, 42511, 42521 42711, 42719, 42721 à 42723 42729, 42731 à 42734, 42739
	2)	Services additionnels	43311 à 43314, 43319, 43411 à 43416, 43419



PARTIE II - RESTAURATION ET CHIRURGIE MAJEURE

A) RESTAURATION

B)

6)

Frénectomie

1)	Obturations, piles en amalgame	21301
2)	Tenons de rétention	25601 à 25605
3)	Couronnes et incrustations	25711, 25712, 25713, 25721 25722, 25723, 25731 à 25733 25751, 25752, 27111, 27113 27114, 27121, 27201, 27211 27301, 27311
4)	Autres services de restauration	29101 à 29103, 29109 29301 à 29303, 29309
CHIR	URGIE	
1)	Ablation de dent ayant fait éruption (chirurgie complexe)	72511, 72519, 72521, 72529 72531, 72539, 72611, 72619 72631, 72639, 72641, 72649
2)	Alvéoloplastie	73111, 73121
3)	Gingivoplastie et/ou stomatoplastie	73211, 73223
4)	Ostéoplastie	73152 à 73154, 73161
5)	Incision et drainage	75112, 75121



77801, 77802, 77803

4. PRESTATIONS AUX SURVIVANTS

Si, au moment du décès de l'adhérent, ses personnes à charge sont assurées en vertu de la présente garantie, l'assurance des personnes à charge continue d'être en vigueur, avec le paiement des primes. Cependant, l'assurance cesse à la plus rapprochée des dates suivantes:

- la date de cessation du contrat d'assurance; ou
- 24 mois après la date du décès de l'adhérent; ou
- la date de prise d'effet d'une assurance semblable auprès d'un autre assureur; ou
- la date à laquelle les personnes à charge cessent d'être des personnes à charge admissibles pour n'importe quelle raison, sauf le cas où il n'y a plus d'adhérent survivant admissible.

5. COORDINATION DES PRESTATIONS

Les prestations payables en vertu de cette garantie sont réduites, selon l'ordre de paiement établi ci-après, de manière à ce que, ajoutées à celles qui sont prévues par tout régime d'assurance pour les mêmes frais assurables, elles ne dépassent pas les frais réellement engagés. Les sommes assurées en vertu d'un autre régime d'assurance collective comprennent les prestations qui auraient été payables si une demande en règle avait été faite auprès de l'autre assureur.

L'ordre de paiement des prestations est établi comme suit:

- 1) Un régime d'assurance collective qui ne comprend pas une telle disposition de coordination des prestations devient le premier payeur; ou
- 2) Le montant des prestations payable à titre d'un régime en vertu duquel la personne est assurée en tant qu'employé a priorité sur le montant payable d'un régime assurant la personne en tant que personne à charge; ou
- 3) Le régime couvrant la personne à titre de personne à charge d'un adhérent dont le jour et le mois d'anniversaire de naissance est le plus près du début d'une année civile, a priorité sur tout autre régime; et
- 4) Lorsque l'ordre de priorité de paiement ne peut être établi par les sous-alinéas 1, 2 et 3 précédents, les prestations devront être réparties au prorata entre les régimes en proportion des montants qui auraient dû être payés en vertu de chaque régime.

6. CESSATION, LIMITATIONS ET EXCLUSIONS

A) CESSATION

Cette garantie à l'égard d'un adhérent et, le cas échéant, de ses personnes à charge assurées, cesse, de plein droit, lorsqu'il atteint l'âge indiqué à cet effet au sommaire.



B) LIMITATIONS

Aucune prestation en vertu de cette garantie n'est payable relativement à:

- 1) la partie des frais en excédent des tarifs indiqués à l'édition courante du guide des tarifs de la province de résidence de la personne assurée; ou
- l'excédent, par personne assurée, du montant maximal de prestations mentionné au sommaire; ou
 - 3) Il est à noter que les gens qui adhéreront en retard pourront bénéficier de l'assurance soins dentaires jusqu'à un montant maximal de 250 \$, et ce, pendant la première année seulement.

C) EXCLUSIONS

Aucune prestation en vertu de cette garantie n'est payable à l'égard des frais suivants:

- frais excédant le coût raisonnable, ordinaire et habituel normalement exigé pour les soins dentaires les moins chers, dont la qualité est également reconnue en médecine dentaire; ou
- 2) la partie des frais couverts en vertu d'une loi sur les accidents du travail, sur l'assurance maladie, sur l'assurance-automobile, ou toute autre loi équivalente en vigueur au Canada ou dans tout autre pays; ou
- 3) frais couverts en vertu d'une autre garantie d'assurance de ce contrat; ou
- 4) frais supportés à l'occasion de traitements pour des fins esthétiques ou pour des fins autres que curatives; ou
- 5) frais supportés à l'occasion d'une intervention chirurgicale ou d'un traitement de nature expérimentale; ou
- 6) frais de remplacement de prothèses perdues, égarées ou volées; ou
- frais supportés pour les analyses de diète, les recommandations, les instructions d'hygiène buccale, les programmes de contrôle de la plaque dentaire et les traitements correcteurs relatifs à une malformation congénitale ou évolutive; ou
- 8) frais facturés par un chirurgien dentiste pour un rendez-vous auquel la personne assurée ne s'est pas présentée ou pour remplir un formulaire d'assurance; ou



- 9) frais pour soins dentaires supportés pour la reconstruction de la bouche au complet, pour la correction de la dimension verticale ou pour la correction de l'articulation temporo-mandibulaire; ou
- 10) frais relatifs à des traitements d'orthodontie, y compris la correction d'une malocclusion; ou
- 11) frais supportés à la suite de:
 - a) blessures ou dommages physiques que la personne assurée s'inflige intentionnellement, qu'elle soit saine d'esprit ou non; ou
 - b) commission par la personne assurée d'un acte criminel; ou
 - c) blessures subies à l'occasion d'une opération militaire; ou
 - d) blessures subies à l'occasion de la participation active de la personne assurée à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection; ou
- 12) frais non mentionnés parmi les frais admissibles.

7. MODALITÉS D'APPLICATION DU DÉDUCTIBLE

Le montant du déductible est celui indiqué au sommaire. Le déductible ne s'applique qu'une seule fois par année civile à l'ensemble des frais dentaires admissibles supportés par l'adhérent et, le cas échéant, ses personnes à charge assurées.

Dans le cas d'un changement d'assureur, la partie des frais supportés en vertu du régime précédent sert à réduire le déductible en partie ou en totalité.

8. ÉVALUATION PRÉALABLE

Un plan de traitement détaillé devrait être soumis à l'assureur avant le début du traitement, s'il est prévu que le montant des frais pour la série de soins dentaires proposés par le chirurgien-dentiste est supérieur à 300 \$.

Nonobstant l'évaluation mentionnée ci-dessus faite par l'assureur, le montant des prestations est payé selon les modalités de la garantie en vigueur au moment où les traitements sont effectués.

L'assureur transmet à la personne assurée, dans les 31 jours suivant la réception des documents requis, le renseignement quant au montant des prestations reconnues en vertu de cette garantie que l'assureur est prêt à débourser si la série de traitements est effectuée.



9. AVIS ET PREUVE DE RÉCLAMATION

Une demande de paiement doit se faire par écrit dans les 12 mois suivant la date de la réclamation et être appuyée des justifications requises pour que celle-ci soit considérée. L'assureur peut exiger tout renseignement qu'il juge nécessaire à l'appui de la demande.





C.P. 160/770 rue Main, Moneton, N.-B., Canada E1C 8L1 Tál.: 508 853-6040 Tálác.: 508 853-5459

Proposition d'assurance collective

F	ENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX
1.	Preneur UNIVERSITE DE MONCTON
•	Adresse to moneton no Code postal EIA 3E9
	Administrateur Terrance 5 is Blune No téléphone (506) 858 - 4135
	Directed No. Fax _ (506) 858 - 4796
	Courried Bessham @ amoneton.ca
2.	Employeur(sì diffèrent du preneur)
3.	Date de prise d'effet du contrat jour <u>l</u> mois <u>OB</u> année <u>O6</u>
4.	Nature de l'entreprise <u>Education</u> <u>Post-Secondaire</u>
5.	Filiale, entreprise affiliée ou succursale du preneur
6.	Vos employés sont-ils protégés par la Loi des accidents du travail?
7.	Pourcentage minimum de participation
8.	Les employés admissibles sont-ils assurés en vertu d'un autre contrat comparable? Oui 🕒 Non 🗌
	Si oui, spéc <u>if</u> ier les bénéfices couverts:
	Vie DMA PAC Invalidité
	Nom de(s) assureur(s) Croix - Bleue
	Date de terminaison <u>28. FEURIER 2006</u>
	<u>EUILLEZ NE PAS TERMINER VOTRE ASSURANCE GROUPE AVANT QUE VOTRE DEMANDE N'AIT</u> <u>ÉTÉ COMPLÉTÉE ET APPROUVÉE PAR ASSOMPTION VIE</u>
9	Délai d'admissibilité pour employés futurs <u>Voir Annexe 1</u>
	Contrat à être rédigé en Français 🔃 Anglais 🗌
11	Partage des primes: Employés Employeur
	Assurance-vie N/A % N/A %
	Décès ou mutilation par accident N/A % N/A %
	Assurance-vie des personnes à charge N/A % N/A %
	Assurance invalidité de courte durée (non imposable si 100% employé) N/A % N/A %
	Assurance invalidité de longue durée (non imposable si 100% employé)
	Assurance santé 50 % 50 %
	Assurance dentaire



C.P. 160/770 rue Main, Moncton, N.-B., Canada E1C 8L1 Tél.: 508 853-6040 Téléc.: \$6\$ 853-5459

Proposition d'assurance collective

PAR LA PRÉSENTE, AU NOM DU PRENEUR, LE SOUSSIGNÉ DÉCLARE:

AVOIR DONNÉ LES RÉPONSES AUX QUESTIONS ET AVOIR VÉRIFIÉ LES RENSEIGNEMENTS DE CETTE PROPOSITION ET DE S'ASSURER DE L'EXACTITUDE;

DEMANDER À ASSOMPTION VIE DÉTABLIR UNE POLICE D'ASSURANCE SELON CETTE PROPOSITION; CONVENIR QUE, SI LA PRÉSENTE PROPOSITION EST ACCEPTÉE, L'ASSURANCE PRENDRA EFFET À LA DATE MENTIONNÉE À L'ARTICLE 3 DE CETTE PROPOSITION À CONDITION QUE LA PREMIÈRE PRIME SOIT PAYÉE INTÉGRALEMENT;

CONVENIR QUE, SI LA PRÉSENTE PROPOSITION EST ACCEPTÉE, ELLE FERA PARTIE INTÉGRANTE DU CONTRAT, AINSI QUE LES DEMANDES D'ADHÉSIONS DES EMPLOYÉS ET LEURS PREUVES D'ASSURABILITÉ.

SIGNÉA Moncton	LE 30 janvier20 06
TÉMORY SIGNATURE AUTORISÉE DU PRENE	on M. Alal.
4 1	
TITRE OU FONCTION	VRÁRH



Annexe 1

Délai d'admissibilité pour employés et employées futurs

- Postes permanents (réguliers temps plein) : Obligatoire
- Postes contractuels (temporaires temps pleins et temporaires temps partiels)*:

Tout employé et employée ayant travaillé 6 mois consécutifs sera éligible au programme à la 1ere journée du 7^e mois.

* Étant défini à 2/3 temps d'une semaine normale de travail.

Note: Tout arrêt de travail d'une période de 4 mois et moins, dont la date de retour est connue par l'employeur, permettra à l'employé et l'employée de conserver ses bénéfices pendant l'arrêt de travail temporaire, tout en continuant à payer les primes applicables.



PRÉPARÉE À L'INTENTION DE

UNIVERSITE DE MONCTON

RÉGIME PASSURANCE COLLECTIVE



AVANT-PROPOS

Assomption Vie est aujourd'hui le pilier d'un important groupe financier, *LE GROUPE ASSOMPTION*. En plus de contribuer au développement économique des régions où elle fait affaires, Assomption Vie a été, et continue d'être, un intervenant important dans le développement social et culturel de ses communautés.

Assomption Vie maintient et développe une gamme de produits et de services financiers capables de toujours répondre aux besoins actuels et futurs de ses clients.



INFORMATION SUR LA SOUMISSION

Participation requise 3 - 9 employés admissibles 100% 10 - 24 employés admissibles 85% 25 ou plus employés admissibles 75%

Contribution de l'employeur

L'employeur doit contribuer un minimum de 33 1/3% de la prime totale.

ASSURANCE-SANTÉ - Base

CLASSE A - TOUS LES EMPLOYES ADMISSIBLES

Hospitalisation

- Chambre semi-privée

- Paiement direct à l'hôpital

- Régime paie 100% des dépenses admissibles

Frais complémentaires

- Paie 80% de remboursement sur frais admissibles -

- Frais paramédicaux 0 \$ par visite par praticien jusqu'à un maximum de 500 \$ par personne avec un maximum pour l'ensemble des praticiens de 1,500 \$ par année civile (psychologue, chiropraticien, naturopathe, ostéopathe, podiatre, masseur*, acupuncteur, diététicienne*, physiothérapeute*, orthophoniste et ergothérapeute) *Par ordonnance médicale.

- Franchise annuelle:

0 \$ individuel

0 \$ familial

Soins de la vue

- Paie 80% jusqu'à un maximum de 150 \$ par 24 mois consécutifs pour lunettes ou lentilles cornéennes examens de la vue. (12 mois consécutifs pour les enfants de moins de 19 ans)

<u> Аssurance-voyage</u>

- Paie 100 % des dépenses admissibles maximum 1,000,000 \$.

Médicaments

- Régime avec carte sujet à une franchise de 20% maximum 20 \$ par prescription.

- Plan AG (Médicaments d'ordonnance génériques)

Franchise annuelle:

\$ 0 individuel

\$ 0 familial

L'assurance se termine à 65 ans.



ASSURANCE-SANTÉ - Base (Suite)

Je demande la protection d'Assurance-Santé - Base selon les termes mentionnés ci-haut.	OUI/ NON
<u> </u>	
nentaires	
llez noter que les retraités de moins de 65 ans sont couverts.	
•	



ASSURANCE-DENTAIRE - Base

CLASSE A - TOUS LES EMPLOYES ADMISSIBLES

CLASSE	I BASE %COASS.	ENDODONTIE & PÉRIODONTIE %COASS.	EXAMEN DE RAPPEL	II RESTAURATION MAJEURE %COASS	III PROSTHÈSES %COASS.	IV ORTHODONTIE %COASS.
A	80	80	I examen par 6 mois	80	N/A	N/A

	MAXIMUMS .							
I BASE INCLUANT ENDODONTIE CLASSE PÉRIODONTIE		II RESTAURATION MAJEURE	III PROSTHÈSES	п&ш	I, II & III	IV		
A	N/A	N/A	N/A	N/A	1,000 \$	N/A		

Les maximums sont par année (par personne assurée) excluant Orthodontie, dont le maximum est pour la durée du contrat.

CARACTÉRISTIQUES

Les prestations sont payables relativement à la partie des frais n'excédant pas les tarifs contenus dans l'édition de la nomenclature et tarifs des actes bucco-dentaires de l'Association des chirurgiens-dentistes de la province de résidence de la personne assurée.

Franchise annuelle:

0 \$ individuel

0 \$ familial

L'assurance se termine à 65 ans.



ASSURANCE-DENTAIRE - Base (Suite)

	e demande la protection d'Assurance-Dentaire - Base selon s termes mentionnés ci-haut.	OUL/ NON
ommentai	res	
euillez no	ter que les retraités de moins de 65 ans sont couverts.	

SOMMAIRE DES COÛTS

<u>BÉNÉFICES</u>		CLASSE	<u>TAUX</u> <u>UNITAIRES(\$)</u>	
Assurance Base	ce-santé Individuelle Familiale	Α	53.36* 138.97*	
Assurance Base	ce-dentaire Individuelle Familiale	A	17.07 48.59	

La taxe de vente provinciale n'est pas incluse dans les primes mensuelles (pour le Québec et l'Ontario seulement).

^{*}Ces taux incluent une mise en commun de \$ 10,000 sur les médicaments (2.5% des réclamations).

MODIFICATION No 1

La présente modification fait partie intégrante de la police N° 12037 émise à UNIVERSITÉ DE MONCTON par ASSOMPTION COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE-VIE et annule toute disposition qui lui serait contraire.

CHANGEMENT DE LA DATE CONTRACTUELLE

La date du renouvellement est changée au 1er avril, 2007.

Par la suite, le renouvellement sera le 1^{er} avril de chaque année subséquente.

Page A-11 est modifiée comme suit :

15. RENOUVELLEMENT

Pourvu qu'aucune prime ne soit en souffrance le dernier jour d'une année d'assurance, ce contrat se renouvelle, de plein droit, pour une période de 12 mois, à moins d'un avis écrit contraire de l'assureur transmis au preneur au plus tard <u>60 jours</u> avant la date de renouvellement.

Page G-7 est modifiée comme suit :

FRAIS D'ASSURANCE VOYAGE

L'assureur paie l'excédent des frais raisonnables, ordinaires et habituels supportés en cas d'urgence à l'extérieur du Canada, sauf les frais payés par tout régime gouvernemental d'assurance. Le montant des frais d'assurance voyage ainsi payé durant toute la vie d'une personne assurée ne peut dépasser 2 000 000 \$ en monnaie canadienne. Une personne assurée ne peut avoir droit à un remboursement que si la durée prévue de son séjour à l'extérieur du Canada n'excède pas trois mois consécutifs.

La présente modification est en vigueur le 1 avril 2007.

ASSOMPTION COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE-VIE

Président-Directeur général

Zontresioné

Vice-présidente secrétaire

Date

Le paiement de votre prime à la date de prise d'effet de cette modification constitue l'acceptation de cette modification.

MODIFICATION No 1 (correction à la pagination)

La présente modification fait partie intégrante de la police N° 12037 émise à UNIVERSITÉ DE MONCTON par ASSOMPTION COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE-VIE et annule toute disposition qui lui serait contraire.

CHANGEMENT DE LA DATE CONTRACTUELLE

La date du renouvellement est changée au 1er avril, 2007.

Par la suite, le renouvellement sera le 1^{er} avril de chaque année subséquente.

Pages A-9 et A-10 sont modifiées comme suit :

15. RENOUVELLEMENT

Pourvu qu'aucune prime ne soit en souffrance le dernier jour d'une année d'assurance, ce contrat se renouvelle, de plein droit, pour une période de 12 mois, à moins d'un avis écrit contraire de l'assureur transmis au preneur au plus tard 60 jours avant la date de renouvellement.

Page G-8 est modifiée comme suit :

FRAIS D'ASSURANCE VOYAGE

L'assureur paie l'excédent des frais raisonnables, ordinaires et habituels supportés en cas d'urgence à l'extérieur du Canada, sauf les frais payés par tout régime gouvernemental d'assurance. Le montant des frais d'assurance voyage ainsi payé durant toute la vie d'une personne assurée ne peut dépasser 2 000 000 \$ en monnaie canadienne. Une personne assurée ne peut avoir droit à un remboursement que si la durée prévue de son séjour à l'extérieur du Canada n'excède pas six mois consécutifs.

La présente modification est en vigueur le 1 avril 2007.

ASSOMPTION COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE-VIE

Président-Directeur général

Contressoné

Vice-présidente secrétaire

Date

Le paiement de votre prime à la date de prise d'effet de cette modification constitue l'acceptation de cette modification.

MODIFICATION No 2

La présente modification fait partie intégrante de la police N° 12037 émise à UNIVERSITÉ DE MONCTON par ASSOMPTION COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE-VIE et annule toute disposition qui lui serait contraire.

OPTION DE CONVERSION

ASSURANCE-SANTÉ

CLASSE A - TOUS LES ASSURÉS ADMISSIBLES

Hospitalisation

- Chambre semi-privée

- Paiement direct à l'hôpital
- Régime paie 100% des dépenses admissibles à concurrence de 200 \$ par jour jusqu'à un maximum de 4,000 \$ par année calendrier.

Frais complémentaires

- Paie 80% de remboursement sur frais admissibles
- Frais paramédicaux 40 \$ par visite par praticien jusqu'à un maximum de 300 \$ par personne avec un maximum pour l'ensemble des praticiens de 1,000 \$ par année calendrier (psychologue, chiropraticien, naturopathe, ostéopathe, podiatre, masseur*, acupuncteur, diététicienne*, physiothérapeute*, orthophoniste et ergothérapeute) *Par ordonnance médicale.
- Franchise annuelle: 0 \$ individuel 0 \$ familial

Soins de la vue

- Paie jusqu'à un maximum de 50 \$ par 24 mois consécutifs pour examens de la vue. (12 mois consécutifs pour les enfants de moins de 19 ans)
- Paie jusqu'à un maximum de 150 \$ par 24 mois consécutifs pour lunettes ou lentilles cornéennes. (12 mois consécutifs pour les enfants de moins de 19 ans)

<u>Médicaments</u>

- Régime avec carte sujet à une franchise de 20% par prescription jusqu'à un maximum de 7,500 \$ par personne par année calendrier.
- Plan AG (Médicaments d'ordonnance génériques)

Note:

- Pour les assurés résidents de la province de Québec uniquement: la couverture de médicaments ne s'applique pas.
- Pour tous les assurés résidents de la Colombie-Britannique uniquement: une fois qu'Assomption Vie aura payé 1 000 \$ par année civile, par famille, toute dépense additionnelle pour médicaments sur ordonnance sera remboursée selon le contrat, pourvu que le participant se soit inscrit pour l'aide financière maximale sous le programme Fair Pharmacare de la Colombie-Britannique ou tout autre programme semblable.

- Franchise annuelle:

\$ 0 individuel

\$ 0 familial/monoparental

L'assurance se termine à 65 ans

Bénéfice aux survivants : 12 mois sans paiement des primes.

ASSURANCE-DENTAIRE

CLASSE A - TOUS LES ASSURÉS ADMISSIBLES

CLASSE	I BASE %COASS.	ENDODONTIE & PÉRIODONTIE %COASS.	EXAMEN DE RAPPEL	II RESTAURATION MAJEURE %COASS.	III PROSTHÈSES %COASS.	IV ORTHO %COASS.
A	80	80	l examen par 9 mois	50	50	N/A

MAXIMUMS		
CLASSE	I, II & III	ORTHODONTIE
A	1000 \$	N/A

Les maximums sont par année (par personne assurée).

CARACTÉRISTIQUES

Les prestations sont payables relativement à la partie des frais n'excédant pas les tarifs contenus dans l'édition de la nomenclature et tarifs des actes bucco-dentaires de l'Association des chirurgiens-dentistes de la province de résidence de la personne assurée.

Franchise annuelle:

0 \$ individuel

0 \$ familial

L'assurance se termine à 65 ans.

Bénéfice aux survivants : 12 mois sans paiement des primes.

La présente modification est en vigueur le 1 mars 2006.

ASSOMPTION COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE-VIE

Président-Directeur général

Vice-présidente secrétaire

Contresigné

Date

UNIVERSITÉ DE MONCTON

Signature et titre

Nassiŕ El—Jabi

Vice-recteur à l'administration et aux ressources humaines

MODIFICATION NO 3

La présente modification fait partie intégrante de la police N°. 12037-001 émise à UNIVERSITÉ DE MONCTON par ASSOMPTION COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE-VIE et annule toute disposition qui lui serait contraire.

SOMMAIRE DES GARANTIES

ASSURANCE-SANTÉ

Les bénéfices améliorés suivants s'ajoutent à la garantie d'assurance santé :

Bénéfices

Stérilets

Transport en ambulance

Soins Dentaire suite à un accident aux dents naturelles

Prothèses capillaires

Brassières suite à une intervention chirurgicale

Analyse laboratoire (test sanguin, urine, scan, radio)

Chaussures orthopédiques et orthèses

Chaise roulante

Prothèse oculaire

Homéopathe

Prestations aux survivants -2 ans

Chirurgie des yeux au laser

Modification

augmente de 60\$ à 80\$

augmente de 1 000 \$ à 5 000 \$

augmente de 1 000 \$ à 5 000 \$

augmente de 200\$ à 400 \$

rembourse deux brassières par année

augmente de 35 \$ /année à 500\$ /année

rembourse maintenant 400 \$ combinés

inclus également les réparations

inclus également les nettoyages

Inclus avec le maximum du naturopathe

inclus, sans paiement de primes

inclus avec les services pour lunettes et lentilles

La présente modification est en vigueur le 1 avril 2008.

ASSOMPTION COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE-VIE

Président-Directeur général

Date

ASSOMPTION VIE

Date

MODIFICATION NO 4

La présente modification fait partie intégrante de la police Nº. 12037-001 émise à UNIVERSITÉ DE MONCTON par ASSOMPTION COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE-VIE et annule toute disposition qui lui serait contraire.

SOMMAIRE DES GARANTIES

ASSURANCE-SANTÉ ET DENTAIRE:

Ces garanties à l'égard d'un adhérent et, le cas échéant, de ses personnes à charge assurées cessent à la première des éventualités suivantes :

- a) à la dernière journée du mois du 70° anniversaire de naissance de l'adhérent;
- b) à la dernière journée du mois du 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent si l'adhérent est retiré;
- c) à la date de cessation de l'assurance.

La présente modification est en vigueur le 1 juillet 2008.

ASSOMPTION COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE-VIE

Président-Directeur général

Vice-présidente secrétaire

septembre 2008

UNIVERSITÉ DE MONCTON

23 Septembre 2008

AVENANT No 5

Le présent amendement fait partie intégrante de la police N° 12037 émise à UNIVERSITÉ DE MONCTON par ASSOMPTION COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE-VIE et annule toute disposition qui lui serait contraire.

Le sommaire des garanties est modifié comme suit :

Les services de Best Doctors sont ajoutés à l'assurance santé comme suit :

Tout employé1 ou toute personne à charge bénéficiant de cette garantie d'assurance-maladie a droit à l'accès aux services de Best Doctors dès la date d'entrée en vigueur de cette modification, pourvu que cette personne réponde aux critères d'admissibilité fixés par Best Doctors Inc. et que les services de Best Doctors soient disponibles.

Assomption Vie agira à titre d'agent de Best Doctors Inc. pour administrer les honoraires exigés pour les services de Best Doctors et remettre à Best Doctors Inc. les sommes qui lui sont dues et aura droit à des frais d'administration.

Best Doctors Inc. offre ses services pour aider les employés à déterminer si le diagnostic rendu et le traitement reçu sont corrects et s'ils sont traités par des médecins qui sont des spécialistes dans leur domaine.

Les services offerts par Best Doctors Inc. sont décrits comme suit :

<u>InterConsultation</u>. Le service de jugement médical fourni par Best Doctors. Best Doctors remet un rapport écrit (rapport InterConsultation) fondé sur une analyse, faite par un médecin ayant les compétences requises, des renseignements médicaux concernant un assuré. De plus, Best Doctors peut, selon le cas, donner du soutien au médecin traitant de l'assuré et échanger de l'information ayant pour but de l'aider à prendre les bonnes décisions quant aux soins à prodiguer à l'assuré.

<u>FindBestDoc</u>. Un service assisté par une infirmière dans le cadre duquel Best Doctors trouve pour un assuré des professionnels de la santé qualifiés pour lui prescrire un traitement médical ou l'appliquer. Best Doctors rédige et remet à l'assuré un rapport concernant ces professionnels et l'aide à prendre des décisions quant au choix d'un médecin.

<u>FindBestCare.</u> Un service dans le cadre duquel Best Doctors aide un assuré à prendre des rendez-vous avec des fournisseurs de services médicaux et prend les dispositions nécessaires pour un traitement médical, y compris l'admission à l'hôpital, les rendez-vous avec un médecin, l'hébergement à l'hôtel, le transport et le service à la clientèle. Best Doctors vérifie également l'à-propos des soins médicaux fournis par le médecin traitant de l'assuré.

Le coût des traitements et les frais de déplacement et d'hébergement ne sont pas compris dans ces services.

l Le masculin est utilisé comme genre neutre; il inclut le féminin et ne sert qu'à faciliter la lecture.

Si un employé, ou son médecin, croit qu'il souffre d'un des troubles médicaux suivants couverts par la police:

Troubles médicaux couverts

SIDA Surdité Paralysie

Maladie d'Alzheimer Insuffisance rénale Maladie de Parkinson

Cécité Perte de la parole Brûlure grave

Cancer Greffe d'un organe vital Accident vasculaire cérébral

Affection cardiovasculaire Maladies du motoneurone Coma

Sclérose en plaques Traumatisme grave Tumeur cérébrale bénigne

L'employé ou son médecin peut appeler le numéro sans frais du centre de services aux membres de Best Doctors. Best Doctors Inc. ouvrira un dossier et déterminera les services auxquels l'employé est admissible si ce n'est à tous.

Assomption Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie n'assume aucune obligation ou responsabilité en ce qui concerne :

- a) l'exécution des services de Best Doctors;
- b) les préjudices subis par un employé et causés directement ou indirectement par les services de Best Doctors, y compris les agissements, le défaut d'agir, la négligence ou l'inconduite volontaire de Best Doctors Inc. ou ses entreprises affiliées;
- c) l'infraction à une loi par Best Doctors Inc. ou ses entreprises affiliées ou la négligence grave ou l'inconduite volontaire de leur part dans l'exécution des services de Best Doctors;
- d) toute responsabilité de Best Doctors Inc. ou ses entreprises affiliées.

La présente modification est en vigueur à compter du 1er avril 2009.

ASSOMPTION COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE-VIE

Président-Directeur général

Dε

24 avril 2009

La présente modification fait partie intégrante de la police N°, 12037-001 émise à UNIVERSITÉ DE MONCTON par ASSOMPTION COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE-VIE et annule toute disposition qui lui serait contraire.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

La page A - 2 est modifiée comme suit :

- 2) un enfant célibataire, légitime, naturel ou adoptif de celui-ci, de son conjoint (comme défini à l'article 1) ou des deux, qui dépend de l'employé pour son soutien, et qui :
 - a) est âgé de plus de 24 heures et de moins de 21 ans; ou
 - b) est âgé de 21 ans ou plus mais de moins de <u>26 ans</u> s'il étudie régulièrement de jour, à temps plein, dans une institution d'enseignement reconnue; ou
 - c) quel que soit son âge, est atteint d'une invalidité physique ou mentale résultant d'un accident ou d'une maladie et nécessitant des soins médicaux réguliers. L'invalidité doit avoir débuté alors qu'il était une personne à charge, comme défini précédemment, rendant cette personne totalement incapable d'exercer une occupation rémunératrice.

La présente modification est en vigueur le 1 mars 2006.

ASSOMPTION COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE-VIE

Président-Directeur général

UNIVERSITÉ DE MONCTON

La présente modification fait partie intégrante de la police N° 12037 émise à UNIVERSITÉ DE MONCTON par ASSOMPTION COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE-VIE et annule toute disposition qui lui serait contraire.

CHANGEMENT DE LA DATE CONTRACTUELLE

La date du renouvellement est changée au 1er mai 2010.

Par la suite, le renouvellement sera le 1^{er} mai de chaque année subséquente.

La présente modification est en vigueur le 1er avril 2010.

ASSOMPTION COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE-VIE

Président-Directeur général

Contresigné

<u>le 25 jonvier 2010</u>

UNIVERSITÉ DE MONCTON

Signature et titre

UNIVERSITÉ DE MONCTON

ENTENTE DE RÉTENTION

ASSURANCE-MALADIE ET ASSURANCE DENTAIRE

1. Application de l'entente

Ce régime sous base d'entente de rétention pour les bénéfices d'assurance-maladie et d'assurance dentaire.

2. Date de calcul

Le premier rapport annuel couvre la période du 1^{er} mai 2010 au 30 avril 2011. Les rapports subséquents couvriront des périodes de 12 mois se terminant le 30 avril de chaque année. Un intérêt sera crédité sur tout remboursement dû à compter de la date de renouvellement (Taux1 Section 4).

Le rapport sera préparé après le 31 juillet de chaque année.

3. Expérience annuelle

- a) Le surplus ou déficit de chaque période est égal à la somme des primes payées et des intérêts crédités (Taux 1 Section 4) sur la réserve pour prestations encourues mais non-rapportées moins les montants suivants :
 - prestations payées (excluant les prestations de médicaments supérieures à 10 000 \$ par année contractuelle, par individu couvert ainsi que les prestations d'assurance voyage).
 - 2) variations dans les réserves pour prestations encourues mais non-rapportées (RENR) (Section 5)
 - 3) frais de rétention (Section 6)
 - 4) frais additionnels (Section 7)
 - tout déficit accumulé avec intérêt (Taux 2 Section 4) provenant d'une période antérieure.
- b) Tout surplus est crédité à un fonds de stabilisation. Ce fonds sera utilisé pour atténuer l'impact des fluctuations futures possibles dans les prestations. Le fonds de stabilisation, augmenté des intérêts qui lui sont crédités, est limité à 25% des primes annuelles payées durant l'année de police.

- c) Tout excédent du surplus déclaré en a) au-dessus du montant nécessaire pour bâtir le fonds de stabilisation à son maximum en b) est remboursable ou sur avis du détenteur de police, ce remboursement peut être ajouté à un fonds de dépôt afin d'accumuler de l'intérêt (taux1 Section 4).
- d) Tout déficit sera éliminé par un transfert en provenance du fonds de stabilisation. Si le fonds est insuffisant, tout déficit non éliminé (augmenté des intérêts au taux de la Section 4 Taux 2), sera chargé à l'expérience des périodes suivantes jusqu'à son élimination complète. La récupération du déficit sera aussi incluse dans le calcul des taux sur une période maximale de 2 ans.

4. Calcul de l'intérêt

Taux 1:

Taux d'intérêt applicable :

La moyenne arithmétique du taux de rendement des obligations du gouvernement canadien avec une échéance de un à trois ans, tel que publié par la Banque du Canada le dernier mercredi de chaque mois

de la période visée, moins 1,5% (arrondi au 0,25% le plus bas).

Taux 2: La moyenne arithmétique du taux de rendement des obligations du gouvernement canadien avec une échéance de un à trois ans, tel que publié par la Banque du Canada le dernier mercredi de chaque mois

de la période visée, plus 1,5% (arrondie au 0,25% le plus haut).

5. Prestations encourues mais non-rapportées(RENR)

Une réserve pour prestations encourues et non-rapportées sera établie à la fin de chaque période de police. Cette réserve sera équivalente à :

4,17% des primes d'assurance-maladie 8,33% des primes d'assurance dentaire

Frais annuels de rétention

a) Administration générale : 2,00 % des primes payées

b) Taxe sur primes: 2,00 % des primes payées, excluant le surplus et incluant

le remboursement de déficits antérieurs

c) Administration des prestations : 5,00 % des réclamations totales payées

d) Frais de risque et profit :

Si le fonds de stabilisation est:

1) < 0% des primes	4,00% des primes payées
2) >= 0% mais <5% des primes	3,25% des primes payées
3) >= 5% mais <10% des primes	2,00% des primes payées
4) >= 10% mais<15% des primes	1,50% des primes payées
5) >= 15% mais<20% des primes	1,00% des primes payées
6) >= 20% des primes	0,75% des primes payées

Notes: 1- Ces frais de rétention sont garantis pour une période de 36 mois

2- Le taux de taxes sur primes pourra être ajusté en tout temps pour être conforme à toute modification législative provinciale.

7. Frais additionnels:

a)	Frais de mise en commun:	4,5 % des primes d'assurance-maladie
----	--------------------------	--------------------------------------

b) Frais pour Best Doctors:	1,60 \$ par mois par certificat assuré en
	assurance-maladie

c) Frais d'assurance voyage :	1,54 \$ par mois par certificat individuel assuré en
•	assurance maladie

3,71 \$ par mois par certificat familial assuré en assurance maladie

d) Les taxes seront applicables sur les frais et dépenses selon les lois du gouvernement et seront modifiées pour refléter tout changement aux lois.

Notes: Ces frais de rétention sont garantis pour une période de 12 mois

8. Rapport final d'expérience

Le dernier rapport d'expérience sera compilé 12 mois après la résiliation du contrat d'assurance collective. La balance de tout fonds de stabilisation et de toute réserve pour prestations encourues mais non-rapportée, accumulée avec intérêt (Taux I) jusqu'à la date du rapport final, sera alors remboursée au détenteur de police.

9. Monnaie

Toute transaction en vertu de la présente entente est effectuée en devises canadiennes.

ASSOMPTION COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE-VIE

Président Directeur général

Contresigné

Vice-président Actuariat

Date

UNIVERSITÉ DE MONCTON

Signature autorisée

Titre

4 septembre 2000

Modification No 1

Le présent avenant fait partie intégrante de l'ENTENTE DE RÉTENTION pour l'assurance-maladie et assurance dentaire émise à l'UNIVERSITÉ DE MONCTON par ASSOMPTION COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE-VIE et annule toute disposition qui lui serait contraire.

3. Expérience annuelle

- a)Le surplus ou déficit de chaque période est égal à la somme des primes payées et des intérêts crédités (Taux 1 Section 4) sur la réserve pour prestations encourues mais non-rapportées moins les montants suivants :
 - 1) prestations payées (excluant les prestations de médicaments supérieures à 15 000 \$ par année contractuelle, par individu couvert ainsi que les prestations d'assurance voyage).

Le présent avenant entre en vigueur le 1er mai 2011.

ASSOMPTION COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE-VIE

Président-Directeur général

esigné

AVENANT No 1

Le présent avenant fait partie intégrante du contrat d'assurance collective no. 12037 émis à l'UNIVERSITÉ DE MONCTON par ASSOMPTION COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE-VIE et annule toute disposition qui lui serait contraire.

Ajout du processus d'autorisation spéciale pour les médicaments onéreux.

Le programme de médicaments spécialisés identifie les médicaments onéreux qui peuvent être remboursés seulement lorsque l'assuré a essayé et failli un traitement de première ligne approprié, qui est de l'opinion de l'assureur, pour la condition médicale de l'assuré.

Le présent avenant entre en vigueur le 1er mai 2011.

ASSOMPTION COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE-VIE

Président-Directeur général

Contresioné Montier

Date

Feurier 2011

La présente modification fait partie intégrante de la police No 12037 émise à UNIVERSITÉ DE MONCTON par ASSOMPTION COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE-VIE et annule toute disposition qui lui serait contraire.

ASSURANCE VOYAGE

La partie du contrat pour les frais d'assurance voyage qui stipule que « Une personne assurée ne peut avoir droit à un remboursement que si la durée prévue de son séjour à l'extérieur du Canada n'excède pas <u>trois</u> mois consécutifs. » est par la présente changée à « Une personne assurée ne peut avoir droit à un remboursement que si la durée prévue de son séjour à l'extérieur du Canada n'excède pas <u>six</u> mois consécutifs. »

La présente modification est en vigueur le 1^{er} avril 2007.

ASSOMPTION COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE-VIE

Président-Directeur général

Ontresioné

ll 21 août 2013

La présente modification fait partie intégrante de la police N°. 12037 émise à UNIVERSITÉ DE MONCTON par ASSOMPTION COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE-VIE et annule toute disposition qui lui serait contraire.

SOMMAIRE DES GARANTIES

Le sommaire des garanties est modifié comme suit :

ASSURANCE-INVALIDITÉ LONGUE DURÉE

Le programme de PAE (Programme d'aide aux employés) est par la présente ajouté à la garantie d'invalidité longue durée.

** Ces services sont offerts aux gestionnaires seulement et permet la référence d'employé. **

Greffé à la garantie d'assurance salaire de longue durée, le programme Focus Santé vise à améliorer la santé et le mieux-être des employés afin de prévenir l'absentéisme dans les organisations. Il permet aux gestionnaires de diriger un employé ou un collègue en difficulté vers du soutien personnalisé.

Notre programme Focus Santé inclut six heures de consultation téléphonique, en cabinet ou par Internet pour des problèmes physiques, psychologiques, juridiques, financiers, etc. Il est confidentiel et disponible par référencement, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Vous pouvez nous rejoindre sans frais au numéro 1-877-886-4440 ou par courriel à reception@optimasanteglobale.com

Pour les gestionnaires, de l'intervention de crise, de l'accompagnement téléphonique et du coaching sont également offerts.»

La présente modification est en vigueur le 1^{er} mai 2014.

ASSOMPTION COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE-VIE

Président-Directeur général

MODIFICATION No 14 - Révisée

La présente modification fait partie intégrante de la police No 12037 émise à UNIVERSITÉ DE MONCTON par ASSOMPTION COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE-VIE et annule toute disposition qui lui serait contraire.

SOMMAIRE DES GARANTIES

Le sommaire des garanties est modifié comme suit et s'applique strictement aux nouveaux assurés à partir du 1^{er} mai 2014.

ASSURANCE-INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Une preuve d'assurabilité jugée satisfaisante par l'assureur sera nécessaire pour les montants qui excèdent

2800\$

CONDITIONS PRÉEXISTANTES

Lorsque l'invalidité totale survient dans les 12 mois à compter de la date à laquelle l'adhérent est devenu assuré sous la présente garantie ou une garantie comparable d'un autre contrat, aucune prestation n'est payable sous la présente garantie si dans les 3 mois précédant son entrée en vigueur ou celle de la garantie comparable, selon le cas, l'adhérent

- a) consulté un professionnel de la santé;
- b) reçu des soins médicaux; ou
- c) pris des médicaments prescrits par un médecin

pour tout symptôme, condition ou maladie, quel que soit le diagnostic, lié à la maladie causant l'invalidité et pour laquelle des prestations sont réclamées sous la présente garantie.

La présente modification est en vigueur le 1^{er} mai 2014.

ASSOMPTION COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE-VIE

President-Directeur général

Susam Benry

<u>Le 24 juin 2014</u>

AVENANT No 6

Le présent avenant fait partie intégrante de la police No 12037 émise à UNIVERSITÉ DE MONCTON par ASSOMPTION COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE-VIE et annule toute disposition qui lui serait contraire.

SOMMAIRE DES GARANTIES

Les divisions ci-dessous sont par la présente ajoutées à la police :

008 - Retraités de la division 001 Université de Moncton (Employés du soutiens)

009 - Retraités de la division 003 Université de Moncton (Professeur & Administration)

010 - Retraités de la division 002 Université de Shippagan (Professeur & Administration)

011 - Retraités de la division 004 Université de Shippagan (Employés du soutiens)

Le présent avenant est en vigueur à compter du 1er janvier 2015.

ASSOMPTION COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE-VIE

President-Directeur général

Contresigné

<u>Le 17 avril 2015</u>

Lo 28 avril 2015

Date

UNIVERSITÉ DE MONCTON

Signature autorisée

EDGAR ROBICHAUD

Vice-recteur à l'administration et aux ressources humaines Université de Moncton 18, avenue Antonine-Maillet Moncton, N.-B. E1A 3E9

La présente modification fait partie intégrante de la police No 12037 émise à UNIVERSITÉ DE MONCTON par ASSOMPTION COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE-VIE et annule toute disposition qui lui serait contraire.

Garanties d'assurance-maladie et assurance dentaire

Facture mensuelle:

La méthode de facturation mensuelle est changée comme suit :

- La date effective de la protection est en vigueur à la date d'embauche et débutera d'être facturée à cette même date.
- La date de fin de la protection sera la date réelle de fin d'emploi ou de fin de la garantie et non le dernier jour du mois.

La présente modification est en vigueur le 1^{er} septembre 2015.

ASSOMPTION COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE-VIE

Président-Directeur général

lvie Savoie

Contresigné

le 20 octobre 2015

Date

UNIVERSITÉ DE MONCTON

Signature

EDGAR ROBICHAUD

Vice-recteur à l'administration et aux ressources humaines

La présente modification fait partie intégrante de la police No 12037 émise à UNIVERSITÉ DE MONCTON par ASSOMPTION COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE-VIE et annule toute disposition qui lui serait contraire.

SOMMAIRE DES GARANTIES

RÉGIME DE MÉDICAMENTS

Le médicament Synvisc One (DIN 908600) est par la présente ajouté au plan actuel des médicaments.

La présente modification est en vigueur le 1er janvier 2016.

ASSOMPTION COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE-VIE

Président-Directeur général

Le 24 février 2016

UNIVERSITÉ DE MONCTON

Vice-recteur à l'administration

2016 02 29

La présente modification fait partie intégrante de la police No 12037 émise à UNIVERSITÉ DE MONCTON par ASSOMPTION COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE-VIE et annule toute disposition qui lui serait contraire.

SOMMAIRE DES GARANTIES

ASSURANCE-MALADIE

SOINS DE LA VUE

Les soins de la vue sont modifiés comme suit :

Frais de lunettes, lentilles cornéennes ou chirurgie au laser et frais d'examen de la vue par période 24 mois consécutifs *

250\$

RÉGIME DE MÉDICAMENTS

Le régime de médicaments Plan AG est par la présente changé à un Plan AGM - obligatoire.

Un produit de marque peut être tout de même distribué dans les deux cas suivants :

- la personne paie la différence de coût entre le produit de marque déposée et le médicament générique; ou
- la personne présente une réaction indésirable liée au médicament générique (pourrait nécessiter l'essai de deux médicaments génériques dans certains cas). Elle doit alors faire remplir un formulaire de déclaration des effets indésirables par son médecin, puis le formulaire Aucune substitution et les soumettre à l'assureur.

ASSURANCE-MALADIE

Les services paramédicaux suivants sont par la présente modifiés comme suit :

Services paramédicaux rendu par un psychologue jusqu'à concurrence d'un maximum de <u>750 \$</u> par praticien par personne assurée par année calendrier.

Services paramédicaux rendu par un massothérapeute jusqu'à concurrence d'un maximum de 750 \$ par praticien par personne assurée par année calendrier.

Ces services demeurent inclus dans le maximum pour l'ensemble des praticiens de <u>1 500 \$</u> par année calendrier.

^{* 12} mois consécutifs pour enfant âgé de moins de 19 ans.

La présente modification fait partie intégrante de la police No 12037 émise à UNIVERSITÉ DE MONCTON par ASSOMPTION COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE-VIE et annule toute disposition qui lui serait contraire.

SOMMAIRE DES GARANTIES

ASSURANCE-MALADIE

Frais complémentaires sont par la présente modifiés comme suit :

Coassurance: 80 %

L'assureur paie, après considération de la franchise et selon le pourcentage indiqué à cet effet au sommaire du contrat, les frais raisonnables, ordinaires et habituels suivants:

de:

la location ou l'achat, à la discrétion de l'assureur, d'un appareil maxi-mist, incluant les masques, ou d'un appareil CPAP, jusqu'à concurrence de 1 500 \$ (un seul appareil à vie est admissible).

à:

la location ou l'achat, à la discrétion de l'assureur, d'un appareil maxi-mist, ou d'un appareil CPAP, jusqu'à concurrence de 1 500 \$ (un seul appareil à vie est admissible).

L'achat des masques de rechange pour l'appareil CPAP est par la présente modifié à un masque au 5 ans calendrier.

La présente modification est en vigueur le 1 juin 2019.

ASSOMPTION COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE-VIE

<u>Le 25 mars 2019</u>
Date

UNIVERSITÉ DE MONCTON

EDGAR ROBICHAUD

Vice-recteur à l'administration et aux ressources humaines Université de Moncton 18, avenue Antonine-Maillet Moncton, N.-B. E1A 3E9

La présente modification fait partie intégrante de la police No 12037 émise à UNIVERSITÉ DE MONCTON par ASSOMPTION COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE-VIE et annule toute disposition qui lui serait contraire.

SOMMAIRE DES GARANTIES

ASSURANCE-MALADIE

SERVICES PARAMÉDICAUX

Les services paramédicaux suivants sont par la présente modifiés comme suit :

Une ordonnance médicale <u>à vie</u> est requise pour les services paramédicaux rendu par un massothérapeute.

Les frais pour services paramédicaux rendus par un **réflexologue** sont par la présente ajoutés (combinés avec naturopathe et homéopathe) avec un maximum de 500 \$ par personne assurée par année calendrier.

Ces services demeurent inclus dans le maximum pour l'ensemble des praticiens de <u>1 500 \$</u> par année calendrier.

PÉRIODE DE RENOUVELLEMENT

La date du renouvellement est changée au 1 juin 2019.

Par la suite, le renouvellement sera le 1 juin de chaque année subséquente.

La présente modification est en vigueur le 1 juin 2019.

ASSOMPTION COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE-VIE

Président-Directeur général

Susann Berry Contresign

Le 26 mars 2019

Date

UNIVERSITÉ DE MONCTON

Edyn Calleus Signature **EDGAR ROBICHAUD**

Vice-recteur à l'administration et aux ressources humaines Université de Moncton

28 mars 2019 Date

La présente modification fait partie intégrante de la police No 12037 émise à UNIVERSITÉ DE MONCTON par ASSOMPTION COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE-VIE et annule toute disposition qui lui serait contraire.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ASSURANCE-MALADIE

Frais complémentaires

Coassurance: 80 %

La pompe à insuline est par la présente ajoutée au présent contrat jusqu'à concurrence de 6 000 \$ par personne par période de 84 mois consécutifs.

La présente modification est en vigueur le 1 juillet 2019.

ASSOMPTION COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE-VIE

Président-Directeur généra

Lina Dagnon

Le 29 mai 2019

Date

UNIVERSITÉ DE MONCTON

EDGAR ROBICHAUD

Vice-recteur à l'administration et aux ressources humaines Université de Moncton

Titre

31 mai 2019