

## AVENANT

Le présent avenant fait partie intégrante de la police no 12037 émise à la l'Université de Moncton par Assomption Compagnie Mutuelle d'Assurance Vie en date du 1 mars 2006 et annule toute disposition qui lui serait contraire.

Cette nouvelle police no. 12037 remplace la police émise par Assomption Compagnie Mutuelle d'Assurance-vie en date du 1<sup>er</sup> février 2022 pour les garanties d'assurance santé et assurance dentaire.

Le présent avenant prend effet en date du **1 février 2022**.

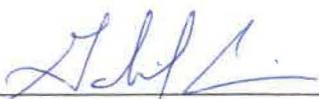
### ASSOMPTION COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE-VIE

  
\_\_\_\_\_  
Président et Chef de la Direction

  
\_\_\_\_\_  
Contresigné

\_\_\_\_\_  
le 12 janvier 2022  
Date

### UNIVERSITÉ DE MONCTON

  
\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
26 janvier 2022  
Date

  
\_\_\_\_\_  
Titre  
Vice-recteur à l'administration  
et aux ressources humaines

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

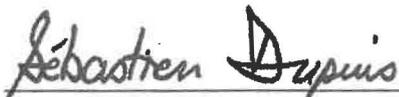
GARANTIES : Assurance santé  
Assurance dentaire

DATE DE PRISE D'EFFET : le 1<sup>er</sup> février 2022

DATE DU PREMIER

RENOUVELLEMENT : le 1<sup>er</sup> juin 2022

Cette police est établie à Moncton, au Nouveau-Brunswick, le

  
Président et Chef de la Direction

  
Contresigné

le 12 janvier 2022  
Date

## Table des matières

*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.*

### DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.	Définitions .....	7
2.	Garanties prévues.....	9
3.	Teneur du contrat .....	9
4.	Modification du contrat .....	10
5.	Admissibilité.....	10
6.	Demande d'adhésion et preuve d'assurabilité.....	11
7.	Prise d'effet de l'assurance.....	11
8.	Droits de l'adhérent lors de la prise d'effet d'une garantie.....	12
9.	Continuité de l'assurance.....	13
10.	Cessation de l'assurance.....	13
11.	Cessation du contrat.....	14
12.	Primes .....	14
13.	Délai de grâce .....	15
14.	Renouvellement .....	16
15.	Certificat .....	16
16.	Administration par le preneur.....	16
17.	Renonciation .....	16
18.	Incontestabilité.....	16
19.	Recouvrement.....	17
20.	Numéraire .....	17
21.	Subrogation et remboursement – Responsabilité d'un tiers .....	17
22.	Le preneur n'est pas l'agent de l'assureur.....	17
23.	Conformité avec la loi applicable.....	17
24.	Action légale.....	17
25.	Exclusion d'une double protection.....	18
26.	Dossiers d'assurance.....	18
27.	Droit de conversion.....	18

## ASSURANCE SANTÉ

1.	Objet de la garantie .....	19
2.	Définitions .....	19
3.	Conditions et admissibilité .....	22
4.	Frais admissibles.....	22
5.	Prestations aux survivants .....	35
6.	Coordination des prestations .....	35
7.	Cessation, limitations et exclusions .....	36
8.	Modalités d'application de la franchise .....	38
9.	Avis et preuve de réclamation .....	38

## ASSURANCE DENTAIRE

1.	Objet de la garantie .....	39
2.	Définitions .....	39
3.	Frais admissibles.....	39
4.	Coordination des prestations .....	42
5.	Cessation, limitations et exclusions .....	43
6.	Modalités d'application de la franchise .....	44
7.	Évaluation préalable .....	44
8.	Avis et preuve de réclamation .....	44
9.	Prestations aux survivants.....	45

## SOMMAIRE DES GARANTIES

### DIVISIONS :

**001 – Campus de Moncton (Employés de soutien)**

**002 – Campus de Shippagan (Professeurs et Administration)**

**003 – Campus de Moncton (Professeurs et Administration)**

**004 – Campus de Shippagan (Employés de soutien)**

**008 – Retraités de la division 001 Campus de Moncton (Employés de soutien)**

**009 – Retraités de la division 003 Campus de Moncton (Professeurs et Administration)**

**010 – Retraités de la division 002 Campus de Shippagan (Professeurs et Administration)**

**011 – Retraités de la division 004 Campus de Shippagan (Employés de soutien)**

### CLASSES D'EMPLOYÉS

Description

01 Employés du Campus de Moncton

02 Employés du Campus de Shippagan

Tout nouvel employé, embauché après la date d'entrée en vigueur de cette police, devient admissible à l'assurance à la date d'embauche à condition d'avoir un contrat de plus de 6 mois.

Les employés à temps plein sont ceux qui travaillent au moins 35 heures par semaine au service de l'employeur. Les employés à temps partiel sont ceux qui travaillent à raison de 2/3 d'une semaine normale de travail.

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

Pour chaque employé admissible, une demande d'adhésion doit obligatoirement être remplie dans le délai spécifié dans la police et transmise à l'assureur, et un employé ne devient admissible aux couvertures d'assurance que sous réserve des conditions, limitations et exclusions énoncées au contrat.

## 1. ASSURANCE-SANTÉ

Classes d'employés 01 et 02

Frais d'hospitalisation :

Chambre semi-privée 100 %

Frais complémentaires :

Coassurance 80 %

Franchise annuelle Ind. 0 \$

Fam. 0 \$

Services professionnels d'un infirmier ou infirmière immatriculé et autorisé, jusqu'à concurrence de 10 000 \$ par période de 3 ans.

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

**Régime de médicaments :**

Paiement direct Plan AGM  
(Médicaments génériques obligatoires)

Co-paiement 20 % maximum 20 \$

Franchise annuelle Ind. 0 \$

Fam. 0 \$

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

- a) le 70<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'adhérent si l'adhérent est toujours activement au travail,
- b) le 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'adhérent si à la retraite,
- c) la date de cessation de l'assurance.

### 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 qui est, de l'opinion de l'assureur, approprié pour la condition médicale de l'assuré.

## 2. SOINS DE LA VUE

Classes d'employés	<u>01 et 02</u>
Frais de lunettes, lentilles cornéennes ou opération au laser et examen de la vue par période de 24 mois consécutifs	<u>250 \$</u>
*12 mois consécutifs pour les enfants âgés de moins de 19 ans.	

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

- a) le 70<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'adhérent si l'adhérent est toujours activement au travail,
- b) le 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance à la retraite de l'adhérent,
- c) la date de cessation de l'assurance.

## 3. ASSURANCE DENTAIRE

Classes d'employés	<u>01 et 02</u>
Franchise :	
Individuelle	<u>0 \$</u>
Familiale	<u>0 \$</u>
Partie I	<u></u>
- Diagnostic	<u>80 %</u>
- Prévention	<u>80 %</u>
- Réparation des prothèses	<u>80 %</u>
- Chirurgie buccale	<u>80 %</u>
- Restauration mineure	<u>80 %</u>
- Endodontie	<u>80 %</u>
- Périodontie	<u>80 %</u>
Partie II Restauration majeure	<u>80 %</u>
Partie III Prothèses	<u>N/A %</u>
Partie IV Orthodontie	<u>N/A %</u>
Montant maximal de prestations par personne assurée	
Total des frais pour partie I & II par année civile	<u>1 000 \$</u>

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

- a) le 70<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'adhérent si l'adhérent est toujours activement au travail,
- b) le 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'adhérent si l'adhérent est à la retraite,
- c) la date de cessation de l'assurance.

## DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### 1. DÉFINITIONS

#### Aux fins de la présente

L'**accident** est un événement soudain, fortuit et imprévisible causant directement et indépendamment de toute autre cause, des blessures corporelles résultant exclusivement d'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 Assomption Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie.

La **blessure** est une blessure corporelle causée de façon accidentelle par des moyens externes alors que la police est en vigueur.

L'**employé** est la personne qui est à l'emploi permanent de l'employeur, au travail actif à temps plein, au moins 35 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 plus de six mois et qui travaille au moins 24 heures par semaine pour l'employeur est aussi considérée comme un employé.

L'**employeur** est la personne désignée comme tel dans la proposition d'assurance collective.

La **grossesse** comprend la période de gestation, 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 une 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 continue. 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.

L'**invalidité totale** ou être **totalelement invalide** est l'incapacité complète de l'adhérent d'accomplir toutes et chacune des fonctions habituelles de son emploi. Au cours du délai de carence et des 24 mois suivants, cette incapacité doit empêcher l'adhérent d'exercer toutes et chacune des fonctions habituelles de son emploi. Par la suite, cette incapacité doit empêcher l'adhérent d'exercer toutes et chacune des fonctions de tout emploi pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de son éducation, son expérience et sa formation.

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 exerce.

**La personne à charge** de l'adhérent est :

- a) son conjoint, c'est-à-dire la seule personne de sexe opposé ou de même sexe considérée comme son conjoint :
  - 1) 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'adhérent depuis plus d'un an;
  - 2) soit par le fait qu'elle réside en permanence depuis plus d'un an avec l'adhérent, ce dernier la présentant publiquement comme étant son conjoint;
  - 3) soit par le fait qu'elle cohabite avec l'adhérent dans une relation conjugale de façon continue et qu'ils ont un enfant ensemble.

Lorsqu'un adhérent a plus d'un conjoint au sens du présent contrat, la personne à qui l'adhérent est marié est réputée être son conjoint aux fins du présent contrat, à moins qu'il n'ait demandé par écrit que son conjoint de fait fasse objet de l'assurance. Un seul conjoint est reconnu aux fins du présent contrat.

- b) un enfant célibataire, légitime, naturel ou adoptif de l'adhérent, de son conjoint (au sens de l'alinéa a)) ou des deux, qui dépend de l'adhérent pour son soutien et qui :
  - 1) est âgé de plus de 24 heures et de moins de 21 ans;
  - 2) 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
  - 3) 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 la personne désignée 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.

Un employé est réputé être « activement au travail » aux fins de l'assurance s'il se rapporte au lieu habituel de son emploi, à condition que ce lieu habituel soit à l'extérieur de son foyer et s'il est alors apte à accomplir toutes les tâches coutumières et ordinaires de son occupation d'une manière régulière et à plein temps. Si l'employé ne se rapporte pas ainsi à son lieu habituel d'emploi ou si son lieu habituel d'emploi n'est pas à l'extérieur de son foyer, il est réputé être activement au travail s'il n'est pas hospitalisé ou s'il n'est pas invalide à un degré tel qu'il

n'aurait pas pu se rapporter à un lieu de travail à l'extérieur de son foyer et accomplir toutes les tâches habituelles et ordinaires de son occupation de façon régulière et à plein temps.

**Type d'emploi :**

**Régulier à temps plein :** signifie une personne engagée à temps plein dans un poste régulier pour une période indéterminée;

**Régulier à temps partiel :** signifie une personne qui travaille au moins 2/3 temps de la charge normale de travail pour sa classe d'emploi, pour une période indéterminée;

**Temporaire à temps plein :** signifie une personne engagée à temps plein, d'une durée de plus de six (6) mois consécutifs pour une période prédéterminée;

**Temporaire à temps partiel :** signifie une personne embauchée pour une période d'une durée de plus de six (6) mois consécutifs qui travaille au moins 2/3 temps de la charge normale de travail pour sa classe d'emploi, pour une période prédéterminée;

**Temporaire saisonnier :** signifie une personne embauchée pour une période d'une durée de plus de six (6) mois consécutifs mais moins que douze (12) mois, qui travaille au moins 2/3 temps de la charge normale de travail pour sa classe d'emploi, pour une période prédéterminée.

Un **véhicule** est un engin à moyen de propulsion qui est destiné au transport ou à la manutention de personnes, d'objets ou de marchandises. Un véhicule peut, entre autres, désigner, sans limiter la portée de ce qui précède, une automobile, une mobylette, un bateau, une motomarine, une motoneige, un tracteur ou une caravane.

**Sain d'esprit ou non,** comprennent les situations où l'assuré est sous l'influence de stupéfiants, de drogue, de médicaments ou d'alcool ou souffre de tout trouble psychologique ou nerveux qui empêche l'assuré de formuler une intention.

## 2. GARANTIES PRÉVUES

Les garanties qui prennent effet à la date d'entrée en vigueur de cette police sont uniquement celles pour lesquelles des montants d'assurance sont indiqués dans le sommaire.

## 3. 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.

Toutes les déclarations faites par le preneur ou par les employés sont, en l'absence de fraude, réputées être des représentations et non des garanties, et aucune de ces déclarations ne peut être opposée à une réclamation en vertu de cette police à moins qu'elle ne soit contenue dans un document écrit signé par le preneur ou l'employé et qu'une copie n'ait été fournie au preneur ou à l'employé ou à son bénéficiaire.

#### **4. MODIFICATION AU 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.

L'assureur peut modifier les conditions du contrat en tout temps en faisant parvenir un avis écrit au preneur au moins trente (30) jours avant l'entrée en vigueur de la modification. Le paiement d'une prime postérieure à la date de modification est considéré comme un consentement à la modification.

#### **5. ADMISSIBILITÉ**

##### **a) Employé**

##### **1) Nouvelle adhésion**

Tout nouvel employé embauché après la date d'entrée en vigueur de ce contrat devient admissible à l'assurance à la date d'embauche.

Cependant, tout 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 prend fin en raison d'une cessation d'emploi permanente et qui reprend son travail dans un délai de six mois suivant 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) Personnes à charge**

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

- 1) la date à laquelle l'employé dont elles sont à charge devient admissible à l'assurance;

- 2) la date à laquelle elles répondent à la définition d'une personne à charge en vertu de ce contrat; ou
- 3) la date à laquelle elles satisfont les exigences médicales dans le cas d'une adhésion tardive.

## **6. DEMANDE D'ADHÉSION ET PREUVE D'ASSURABILITÉ**

### **a) Employé**

Un employé admissible à l'assurance doit obligatoirement, que l'adhésion à l'assurance soit facultative ou obligatoire, remplir et transmettre à l'assureur une demande d'adhésion. Lorsque la demande d'adhésion est reçue chez l'assureur plus de 31 jours après la date d'admissibilité d'un adhérent, l'assureur est en droit de demander des preuves d'assurabilité pour cet adhérent.

### **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'adhésion à cet effet.

Si la personne à charge est âgée de 21 ans et plus et étudie régulièrement de jour, à temps plein dans une institution d'enseignement reconnue, des pièces justificatives à cet effet doivent être transmises annuellement à l'assureur ou à toute autre fréquence, sur demande de l'assureur.

## **7. 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 :

- a) leur date d'admissibilité respective, si la demande d'adhésion, accompagnée des pièces justificatives le cas échéant, est reçue chez l'assureur dans les 31 jours suivant cette date; ou
- b) 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'adhésion soumise est reçue chez l'assureur plus de 31 jours après leur date d'admissibilité respective, à condition toutefois que l'employé soit activement au travail à la plus éloignée de ces dates, autrement, l'assurance prend effet à la première date subséquente où il est activement au travail. Dans le cas d'une personne à charge qui, à la plus éloignée de ces dates, est hospitalisée ou confinée à la maison ou ailleurs par suite d'une maladie ou d'une blessure, est incapable d'exercer une partie substantielle des activités régulières et coutumières d'une personne en bonne santé du même âge, ou a été hospitalisée dans les trente et un jours précédant cette date, l'assurance ne prend effet qu'à la première des dates suivantes :
  - la date suivant la période de trente et un jours pendant laquelle la personne à charge n'a pas été hospitalisée ou confinée à la maison ou ailleurs, ou
  - la date à laquelle des preuves démontrant le rétablissement complet de la personne à charge sont reçues par l'assureur à son siège social.

Si la plus éloignée des dates ci-dessus ne coïncide pas avec le premier jour d'un mois de police, alors la date sera le premier jour du mois de police qui suit immédiatement la plus éloignée de ces dates.

Lorsqu'un employé a déjà une personne à charge assurée en vertu de cette police, il ne lui est pas nécessaire de faire une demande pour assurer d'autres personnes à charge.

Toutefois, 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 est 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.

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.

## **8. DROITS DE L'ADHÉRENT LORS DE LA PRISE D'EFFET D'UNE GARANTIE**

Lorsqu'une garantie de cette police remplace, dans les 31 jours, une garantie comparable d'une autre police 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
- 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 garantie 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.

## **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, pourvu 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 parental ou un congé de maternité, l'assurance ne peut être maintenue en vigueur au-delà de la période durant laquelle l'adhérent est admissible à des prestations gouvernementales de maternité ou parentales en vertu de la loi.

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 au moins 2/3 temps 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 suivant 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, sauf pour l'assurance-vie, qui demeure en vigueur jusqu'à la fin du mois de police suivant immédiatement le mois de police durant lequel débute la grève ou le lock-out.

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 :

- a) la date de cessation de ce contrat;
- b) sous réserve de la clause « Continuité de l'assurance », le jour où il n'est plus un employé de l'employeur ou le jour où il cesse d'être admissible.
- c) 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;
- d) la date de réception chez l'assureur d'un avis écrit du preneur à cet effet ou à toute date ultérieure mentionnée dans l'avis;
- e) 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;
- f) la date de terminaison indiquée au sommaire pour les garanties visées;

- g) le jour où il débute un service actif dans les forces armées de tout pays, province, état ou organisation internationale ou encore, dans le cas d'une personne à charge, le jour où il devient membre d'un corps civil auxiliaire de toute force militaire, sauf s'il s'agit d'un service d'une durée temporaire de 30 jours ou moins.

## 11. CESSATION DU CONTRAT

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

- a) sur avis écrit du preneur à l'assureur, à la plus éloignée des dates suivantes :
  - 1) la date indiquée dans l'avis,
  - 2) la date de réception de l'avis chez l'assureur;
- b) sur avis écrit d'au moins 90 jours de l'assureur au preneur, le jour précédant la date de renouvellement de ce contrat;
- c) sur avis écrit de l'assureur au preneur, le jour indiqué dans cet avis si, de l'opinion 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;
- d) 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 toutefois payer à l'assureur la prime due pour la période du délai de grâce;
- e) pourvu qu'un avis écrit soit transmis au preneur par l'assureur, le dernier jour d'un délai de grâce si, à cette date,
  - 1) le nombre de participants est inférieur à trois;
  - 2) la contribution du preneur est inférieure à 33 1/3 % ;
  - 3) la participation minimale est inférieure à 100 % sans compter
    - i) les employés ayant une protection avec leur conjoint; ou
    - ii) les employés à la retraite ayant une protection d'assurance collective avec un autre plan.

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

## 12. PRIMES

### a) Modification des taux de prime

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

- 1) la date de renouvellement, si l'assureur en avise par écrit le preneur au plus tard 90 jours avant cette date; ou
- 2) toute autre date, si :

- les prestations ou les catégories d'employés admissibles à l'assurance en vertu de ce contrat sont modifiées;
- 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 cette police; ou
  - la date de la dernière modification des taux mensuels de prime;
- 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
- 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 par le preneur à l'assureur, la première, à la date de prise d'effet de cette police 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 cette police et le premier jour du mois suivant.

**d) Remboursement en cas de cessation de l'assurance**

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, la responsabilité de l'assureur se limite à rembourser 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.

**13. 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. Le jour où le paiement de la prime est dû n'est pas inclus dans ce délai.

Le preneur doit payer toute prime demeurant impayée à la date de terminaison de la police, incluant les primes calculées au prorata pour les jours durant lesquels la police est demeurée en vigueur. Aucun avis de prime n'est nécessaire.

#### **14. RENOUVELLEMENT**

Pourvu qu'aucune prime ne soit en souffrance le dernier jour d'une année d'assurance, cette police 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 90 jours avant la date de renouvellement.

La période à compter de la date de prise d'effet de cette police jusqu'à la date du premier renouvellement, tel qu'il est indiqué 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.

#### **15. CERTIFICAT**

L'assureur remet au preneur des certificats d'assurance que ce dernier distribue 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.

#### **16. 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 informe 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 le droit de consulter le contrat d'assurance chez le preneur et d'en prendre copie.

Le preneur fournit 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.

#### **17. 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.

#### **18. INCONTESTABILITÉ**

En l'absence de fraude, aucune fausse déclaration ou omission de faits essentiels ne peut fonder l'annulation d'une assurance.

**19. RECOUVREMENT**

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

**20. NUMÉRAIRE**

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

**21. SUBROGATION ET REMBOURSEMENT - 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.

**22. LE PRENEUR N'EST PAS L'AGENT DE L'ASSUREUR**

Ni le preneur ni aucun employeur participant n'est réputé être l'agent de l'assureur pour quelque fin que ce soit en vertu de ce contrat.

**23. CONFORMITÉ AVEC LA LOI APPLICABLE**

Toute disposition de ce contrat qui, à sa date d'entrée en vigueur, entre en conflit avec la loi applicable dans la juridiction où la police est émise est modifiée pour se conformer avec les exigences minimales de cette loi. Si l'assureur établit que les personnes qui sont résidentes d'un état, d'une province ou d'une subdivision politique quelconque ne peuvent, en raison des lois ou règlements de cette juridiction, être assurées pour l'une ou plusieurs des garanties prévues en vertu de ce contrat, ces personnes ne seront pas comprises dans la classe des personnes admissibles aux garanties en question.

**24. ACTION LÉGALE**

Aucune action judiciaire ne peut être intentée en vertu de ce contrat avant l'expiration de 60 jours suivant le dépôt d'une preuve écrite de la perte conformément aux dispositions du contrat.

Aucune poursuite judiciaire ne peut être intentée contre l'assureur par toute personne ou ses ayants droit après l'expiration du délai minimum prévu par les lois de la province ou de l'état régissant le contrat.

## **25. EXCLUSION D'UNE DOUBLE PROTECTION**

Aucune personne ne peut être assurée ou admissible à l'assurance en vertu de cette police simultanément à titre d'employé de plus d'un employeur participant ou au double titre d'employé et de personne à charge ou à titre de personne à charge de plus d'un employé.

Si l'assurance en vertu d'une garantie particulière cesse, et si la personne assurée est de nouveau assurée en vertu d'une garantie offrant des bénéfices similaires à ceux procurés en vertu de la garantie antérieure, les bénéfices payables par suite de décès ou de réclamations survenant durant la période couverte par la garantie antérieure sont déterminés selon la garantie, antérieure ou subséquente, qui prévoit les bénéfices les plus élevés. Toutefois, seuls les bénéfices d'une garantie sont payables.

## **26. DOSSIERS D'ASSURANCE**

Les dossiers relatifs à l'assurance prévue dans ce contrat sont maintenus par l'assureur.

## **27. DROIT DE CONVERSION (jusqu'à l'âge de 65 ans)**

Si l'emploi d'un adhérent 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 d'assurance santé et assurance dentaire, demander que le régime de protection soit transformé 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 assume des frais à la suite d'une maladie ou d'un accident, l'assureur rembourse, selon les modalités de règlement indiquées au sommaire et toutes les autres conditions du contrat, les frais admissibles décrits ci-dessous.

### 2. DÉFINITIONS

#### **Aux fins de la présente**

La **coassurance** désigne le pourcentage des frais admissibles remboursés par l'assureur à la personne assurée pour certains soins de santé et/ou soins dentaires.

Une **consultation** a lieu lorsqu'une personne assurée rencontre un professionnel de la santé, à la demande d'un autre professionnel de la santé, afin qu'il émette des recommandations ou donne son opinion puisqu'il détient une expertise pertinente dans les circonstances.

La **convention** désigne les médicaments qui, en vertu de la loi, ne nécessitent pas la préparation d'une ordonnance mais qui, à cause du code de déontologie, ne seraient pas préparés par un pharmacien sans qu'il n'y en ait une.

Le **co-paiement** est la portion des frais admissibles qui est payée par l'adhérent pour chaque réclamation.

**En cas d'urgence** signifie la détérioration soudaine de la santé nécessitant des soins immédiats.

**Famille immédiate** désigne le conjoint, la conjointe, l'enfant de la personne assurée.

**Frais admissibles** désigne les frais encourus par la personne assurée pour des fournitures ou des services médicaux et qui sont considérés comme des frais remboursables puisqu'ils :

- a) sont des frais raisonnables, ordinaires et habituels;
- b) sont recommandés, approuvés ou prescrits par un professionnel de la santé;
- c) sont approuvés par l'assureur;
- d) excèdent les montants remboursés ou remboursables par tout autre assureur ou régime gouvernemental;

- e) n'ont pas été fournis par une personne qui habite avec la personne assurée, qui fait partie de sa famille immédiate, qui est partenaire d'affaires ou qui est son employeur; et
- f) ont été rendus alors que la présente garantie était en vigueur.

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 même juridiction lorsqu'ils dispensent des soins, des services ou des fournitures identiques ou comparables.

La **franchise** est la partie des frais admissibles que la personne assurée doit prendre à sa charge chaque année civile avant que ces frais ne lui soient remboursés. La franchise peut être individuelle ou familiale. Dans le cas d'une franchise familiale, si cette franchise est prise en charge par une personne assurée membre de la famille, aucune autre franchise n'est déduite des frais contractés par les autres membres de cette famille pour le reste de l'année en question.

Le **guide des tarifs** désigne le « Guide des tarifs » suggéré pour les actes bucco-dentaires et indiqué au sommaire dans la province de résidence de l'adhérent. S'il n'y a aucun guide applicable dans cette province ou ce territoire, le guide des tarifs utilisé est celui du Nouveau-Brunswick.

**Hôpital de convalescence** désigne un établissement destiné aux malades qui sont dans la période de transition entre la fin de la période active d'une affection et le retour à la santé. Cet établissement, afin d'être considéré un hôpital de convalescence, doit remplir les conditions suivantes :

- a) être admissible à recevoir des paiements conformément aux dispositions de la loi provinciale sur les soins médicaux;
- b) être géré selon les lois applicables de la juridiction où il se situe;
- c) avoir un médecin autorisé et un personnel d'infirmiers agréés de service 24 heures sur 24 ;
- d) procurer séjour, pension et soins infirmiers durant la période de convalescence pour la maladie ou blessure;
- e) être autorisé à administrer des médicaments aux patients selon les directives ou recommandations d'un médecin;
- f) maintenir un dossier médical pour chaque patient; et
- g) ne pas être une maison de retraite, une maison de santé, une maternité, un établissement pour personnes aveugles, sourdes, alcooliques, toxicomanes ou déficients mentaux.

**Hospitalisation** est l'occupation d'une chambre d'hôpital.

**Infirmière privée** désigne une infirmière autorisée ou une infirmière auxiliaire autorisée qui est inscrite auprès de son association professionnelle respective et qui ne réside pas avec la personne assurée et ne fait pas partie de sa famille immédiate.

Les **médicaments et produits** signifient les médicaments et produits qui figurent à l'édition courante du compendium des produits et spécialités pharmaceutiques.

**Médicaments catastrophiques** désigne les médicaments dont le coût annuel est de plus de 10 000\$ par année et qui nécessitent une autorisation spéciale.

**Médicaments interchangeable** désigne les médicaments approuvés par la législation provinciale et qui contiennent les mêmes ingrédients actifs, selon les mêmes quantités et doses, que ceux des médicaments inscrits sur l'ordonnance.

Le **montant maximal de couverture** désigne le montant de couverture disponible pour une période déterminée pour chaque personne assurée, et ce, tel qu'indiqué au sommaire, sans tenir compte de la coassurance.

**Nécessaire du point de vue médical** désigne des soins, des fournitures ou des services qui sont généralement acceptés par les professionnels de la santé et qui sont appropriés et nécessaires pour le diagnostic ou le traitement d'une maladie ou d'une blessure et qui sont dispensés selon les normes généralement acceptées et reconnues par les professionnels de la santé.

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

**Professionnel de la santé** désigne une personne qui est légalement autorisée à exercer une profession pour laquelle des services médicaux sont administrés. Les professionnels de la santé incluent les médecins, les pharmaciens, les dentistes, les infirmières praticiennes ou tout autre professionnel approuvé par l'assureur.

**Programme de médicaments spécialisés** : 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.

**Régime gouvernemental** désigne tout régime d'assurance qui est établi par tout gouvernement ou agence gouvernementale ou qui est sous son contrôle administratif.

Les **services diagnostiques** désignent les examens et les tests médicaux nécessaires afin d'identifier la nature ou l'étendue d'une maladie ou d'une blessure et qui sont administrés à la personne assurée dans les bureaux d'un médecin ou d'un dentiste, dans un hôpital ou encore dans un établissement privé de soins de santé préalablement approuvé par l'assureur, lorsque ces examens et tests ont été prescrits par un médecin, un dentiste ou une infirmière praticienne.

### 3. CONDITIONS ET ADMISSIBILITÉ

La présente garantie couvre les frais raisonnables, ordinaires et habituels contractés pour les services, les fournitures et les soins médicaux décrits à la section « Frais admissibles », sous réserve des limites et exclusions applicables.

La présente garantie n'a pas pour effet de remplacer le régime d'assurance santé de la province de résidence de la personne assurée ou tout autre régime d'assurance santé gouvernemental.

Une personne assurée ne peut être admissible à la présente garantie que si elle est admissible aux garanties disponibles en vertu des régimes gouvernementaux d'hospitalisation et des programmes de soins de santé provinciaux.

Seuls les frais raisonnables, ordinaires et habituels excédant les frais payés ou remboursés par tout régime gouvernemental pourront être remboursés sous la présente garantie.

#### **Remboursement des réclamations après la terminaison de la police :**

Nous devons recevoir votre demande de remboursement au plus tard 90 jours après la date de terminaison de la police. Aucun remboursement ne sera effectué après 90 jours indépendamment de la date de service.

### 4. FRAIS ADMISSIBLES

#### **a) Frais d'hospitalisation au Canada**

L'assureur paie, sans franchise, les frais d'hospitalisation au Canada en excédent des frais payés par tout régime gouvernemental d'assurance, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre à un ou à deux lits tel qu'indiqué au sommaire.

#### **b) Frais à l'extérieur du Canada**

L'assureur paie, après considération de la franchise, les frais suivants :

- 1) Les frais ordinaires, raisonnables et habituels d'une chambre commune dans la région de l'hospitalisation à l'extérieur du Canada, engagés en cas d'urgence, et ce, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par personne assurée par événement, 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'excédait pas six mois consécutifs.

- 2) Les frais ordinaires, raisonnables et habituels des traitements recommandés à l'étranger ou des services diagnostiques à l'étranger ou des consultations à l'étranger à condition que ces traitements, services diagnostiques ou consultations soient

nécessaires du point de vue médical, ne soient pas disponibles au Canada et soient dispensés par :

- un médecin;
- un anesthésiste;
- un radiologiste ou un laboratoire diagnostique; ou
- un hôpital.

Toutefois, les frais de traitement ou de consultation ou de services diagnostiques sont remboursables sous réserve d'un montant maximal de 5 000 \$ à vie par personne assurée. Le traitement ou le service diagnostique doit, de plus, remplir les conditions suivantes :

- i. être recommandé par deux médecins canadiens spécialisés dans le domaine de l'affection dont souffre l'assuré;
- ii. recevoir l'approbation préalable par écrit de l'assureur après étude d'un rapport du médecin; et
- iii. être couvert partiellement par le régime provincial d'assurance-maladie de l'assuré.

**c) Frais à l'extérieur de la province de résidence au Canada**

L'assureur paie, après considération de la franchise, les honoraires de médecins engagés 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 toutefois admissibles seulement à concurrence des frais raisonnables, ordinaires et habituels demandés dans la région où ces frais sont engagés, réduit du montant remboursé ou remboursable par tout régime gouvernemental. Ces frais sont limités à un maximum de 5 000 \$ par personne assurée par accident ou maladie.

**d) Frais complémentaires au Canada**

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

- 1) Les frais engagés pour les services suivants rendus sur recommandation médicale :
  - les services professionnels d'une infirmière privée autorisée en dehors du milieu hospitalier jusqu'à concurrence du montant maximal indiqué au sommaire, sauf si cette personne réside habituellement dans la maison de l'adhérent ou si elle fait partie de sa famille;
  - le coût d'oxygène, ainsi que la location des appareils nécessaires à son administration;
  - transfusion de sang ou de plasma sanguin;

- les épreuves diagnostiques incluant les frais de laboratoires et rayons-x, sauf pour les dents, jusqu'à concurrence de 500 \$ par personne assurée, par période de 12 mois consécutifs.

2) Les frais suivants supportés par une ordonnance médicale :

- Ambulance : 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 pas être transportée autrement, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par personne assurée par période de 12 mois consécutifs;
- la location ou, à la discrétion de l'assureur, l'achat d'une chaise roulante non motorisée (inclus les réparations), d'un ventilateur, d'un lit d'hôpital ou de tout autre équipement normalement conçu pour être utilisé dans un hôpital à des fins thérapeutiques temporaires;
- la location ou achat, à la discrétion de l'assureur, d'appareils orthopédiques ou d'équipement thérapeutique;
- l'achat de plâtres, corsets orthopédiques, attelles, bandes herniaires, béquilles ou appareils de marche;
- l'achat d'un dextromètre ou d'un glucomètre pour diabétique insulino-dépendant, à concurrence de 200 \$ par personne par période de 36 mois consécutifs;
- l'achat de bâtonnets réactifs, de seringues et d'aiguilles;
- l'achat d'un **appareil auditif**, prescrit par un audiologiste, à concurrence de 500 \$ par personne assurée, par période de 36 mois consécutifs.
- pompe à insuline excluant les capteurs de glucose sont couverts pour un maximum de 6 000 \$ par personne par période de 60 mois consécutifs. Une seule référence médicale à vie est requise.
- capteurs de glucose excluant la pompe à insuline sont couverts pour un maximum de 3 000 \$ par personne par période de 60 mois consécutifs. Une seule référence médicale à vie est requise.
- le coût d'éléments correctifs ajoutés à des chaussures ordinaires ou l'achat d'orthèses et de supports plantaires et le coût d'achat de chaussures orthopédiques fabriquées spécialement pour la personne assurée dans un laboratoire spécialisé et reconnu par la Corporation professionnelle des médecins, jusqu'à concurrence de 400 \$ par période de 12 mois consécutifs;
- l'achat de prothèses oculaires ou de membres artificiels, paiement initial seulement, ainsi que les nettoyages;

- l'achat de prothèses mammaires externes, nécessité à la suite d'une mastectomie, jusqu'à concurrence de 150 \$ par personne assurée par période de 24 mois consécutifs;
  - les coûts pour les fournitures devenues nécessaires suite à une colostomie, une iléostomie ou une urostomie;
  - la location ou l'achat de l'appareil Maximist ou CPAP jusqu'à 1 500\$ (un seul appareil à vie est admissible). L'achat de masque de rechange pour l'appareil CPAP est limité à un masque par 5 années calendrier.
  - l'achat de vêtements de pression pour brûlures à concurrence de 500 \$ par personne assurée par période de 12 mois consécutifs.
- 3) Pourvu 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 la présente garantie; 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, pourvu que le chirurgien dentiste traitant en informe l'assureur dans les 90 jours de la date de l'accident.

Les frais admissibles seront remboursés jusqu'à concurrence d'un maximum de 5 000 \$ 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) Les frais pour **services paramédicaux** rendus par un psychologue, un chiropraticien, un naturopathe ou homéopathe ou, reflexologue, un ostéopathe, un podiatre, un acuponcteur, un massothérapeute\*, un ergothérapeute, un orthophoniste, une diététicienne\* ou un physiothérapeute\*, pourvu que ces services relèvent de leur spécialité et que ces spécialistes soient membres de leur corporation professionnelle, et ce, à concurrence du maximum par spécialiste et par personne assurée indiqué au sommaire, les homéopathes étant inclus dans le maximum des naturopathes.

Le praticien ne doit pas résider habituellement dans la maison de l'adhérent ou faire partie de sa famille.

*\* Sur ordonnance médicale seulement*

- 6) Un **stérilet** par 60 mois consécutifs par personne assurée, obtenu sur ordonnance médicale et fourni par un pharmacien ou par un médecin.
- 7) Les **prothèses capillaires** - (à la suite d'un traitement de chimiothérapie) jusqu'à un maximum de 400 \$ à vie.

- 8) Les **soutiens-gorge** (suite à une intervention chirurgicale) jusqu'à un maximum de deux par année.
- 9) Les bas **pour varices**, jusqu'à un maximum de deux paires par année civile.

## **Hôpital de convalescence**

Les frais de chambre, de pension et d'autres services nécessaires dans un hôpital de convalescence qui sont en sus des frais pour salle commune, jusqu'à concurrence de 20 \$ par jour et pour un maximum de 120 jours, seront considérés des frais admissibles aux conditions suivantes :

- 1) l'adhérent est admis à l'hôpital de convalescence dans les 14 jours qui suivent une hospitalisation;
- 2) cette hospitalisation a été d'une durée minimale de cinq journées consécutives; et
- 3) le séjour à l'hôpital de convalescence a été prescrit par le médecin traitant de l'adhérent.

Les prestations seront payées durant 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 au remboursement des frais d'hôpital de convalescence, 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 des frais admissibles.

### **f) Régime de médicaments - (ordonnance) – Générique obligatoire**

#### **Plan AGM administré par Sécurindemnité (paiement direct)**

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

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

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

- 4) les médicaments extemporanés préparés par un pharmacien;

Seul le prix d'un médicament interchangeable sera pris en considération lorsque le prix du médicament d'origine est plus élevé que celui du médicament interchangeable, à moins que 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.

## **EXCLUSIONS**

- 1) tout médicament ou drogue qui peut être acheté sans ordonnance;
- 2) les médicaments grand public, qu'ils soient obtenus par ordonnance ou non.

Ce régime exclut aussi en partie les articles suivants :

- 1) les vitamines (sauf les vitamines injectables)
- 2) les spécialités pharmaceutiques et les produits pharmaceutiques généraux
- 3) le matériel chirurgical et le matériel de premiers soins
- 4) les atomiseurs, les vaporisateurs
- 5) les succédanés de sel et de sucre
- 6) les préparations pour nourrissons, les aliments et les aides diététiques
- 7) les produits pour verres de contact
- 8) les aides diagnostiques et les épreuves de laboratoire
- 9) les contraceptifs autres que les contraceptifs oraux et le stérilet
- 10) les pastilles, le rince-bouche, les pâtes dentifrices et les produits de beauté
- 11) les shampoings non médicamenteux, les lotions nettoyantes, les lotions protectrices, les émoullients et les savons
- 12) les stéroïdes anabolisants, les médicaments de fertilité et tous les auxiliaires anti-tabagiques (Nicorette, etc.)
- 13) tous les médicaments assurés ou remboursés en vertu d'un régime gouvernemental
- 14) tous les médicaments pour dysfonctionnement érectile
- 15) tous les médicaments anti-obésité
- 16) tous les médicaments catastrophiques

**g) Frais pour soins de la vue**

L'assureur paie les frais suivants :

- 1) frais d'examen de la vue par un optométriste ou un ophtalmologiste autorisé, jusqu'à concurrence du montant indiqué au sommaire;
- 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, ou frais de chirurgie au laser, jusqu'à concurrence du montant indiqué au sommaire.

Lorsque la personne assurée souffre d'astigmatisme grave, de cicatrice grave de la cornée, de kératocône, d'aphakie et que l'acuité visuelle peut atteindre 20/40 à l'aide de verres correcteurs, la limite prévue au paragraphe 2) ci-dessus ne sera jamais inférieure à 200 \$.

## **h) Service de Deuxième Opinion Médicale**

Tout employé ou toute personne à charge bénéficiant de cette garantie d'assurance maladie a un droit d'accès aux services de Deuxième Opinion dès la date d'entrée en vigueur de cette police, pourvu que cet individu réponde aux critères d'admissibilité et que les services de Deuxième Opinion soient disponibles.

Deuxième opinion collabore avec un vaste réseau pancanadien de médecins spécialistes afin d'obtenir les meilleurs résultats pour le patient. Ce service bilingue permet d'obtenir un rapport d'opinion médicale et de bénéficier de services de coordination médicale\*.

Les services de Deuxième Opinion permettent aux participants d'obtenir un rapport d'opinion médicale, pour l'une des conditions médicales graves couvertes par le régime, d'un spécialiste canadien ou un hôpital américain approprié. Le participant peut aussi obtenir les services de coordination médicale, y compris la négociation de rabais lorsque possible, pour obtenir des services médicaux aux États-Unis ou ailleurs dans le monde.

Notre équipe offre un soutien de premier plan, applique les meilleures pratiques médicales et collabore avec les intervenants médicaux du participant. Nous misons sur notre réseau canadien de médecins spécialistes afin d'obtenir les meilleures opinions liées au diagnostic et aux traitements médicaux. Lorsque la situation le nécessite, nous faisons appel à nos réseaux internationaux de fournisseurs de soins privilégiés, à notre réseau d'organismes d'assurance maladie (HMO) aux États-Unis et à leurs centres d'excellence.

- Aucune limite d'âge
- Le service est disponible du lundi au vendredi de 8 h à 23 h, heure normale de l'Est
- Service bilingue (anglais et français)
- Une grande variété de maladies et d'infections couvertes

## **Deuxième Opinion se charge :**

### **1. De trouver des médecins spécialistes canadiens**

Des ressources en ligne sont offertes et un spécialiste en information santé est disponible par téléphone pour aider à identifier les médecins spécialistes dans la région du participant qui conviennent le mieux pour son trouble médical.

### **2. De communiquer les options de traitement disponibles dans le système de soins de santé au Canada**

Présenter les divers programmes et traitements disponibles dans la région du participant et pour ses conditions médicales spécifiques. Les conditions et risques associés aux diverses options de traitement sont expliqués, permettant au participant de prendre des décisions éclairées.

### **3. De fournir une deuxième opinion médicale**

Un rapport de deuxième opinion médicale complet est fourni pour une condition médicale importante. Deuxième Opinion offre une étude approfondie du dossier médical du participant par des experts médicaux à travers le Canada. Ce rapport inclut :

- Un sommaire de l'historique clinique et des questions soulevées;
- Un sommaire des examens complétés;
- Une liste de recommandations, par exemple, options de traitement et autres examens nécessaires ou la confirmation que la situation médicale est gérée de manière optimale;
- Les ressources scientifiques appuyant l'opinion.

### **4. Du service de coordination médicale\***

Les services de coordination médicale peuvent être fournis, à votre demande, lorsque vous désirez obtenir un traitement médical à l'extérieur de votre province de résidence. Deuxième Opinion peut :

- Organiser des rendez-vous médicaux
- Organiser le transport médical
- Fournir l'information sur les exigences d'entrée et de sortie (exemple : passeport ou visa)
- Coordonner l'achat des billets d'avion, de train, etc.
- Négocier les frais associés aux traitements
- Effectuer les réservations d'hôtel pour le patient et sa famille

\* Tous les frais sont à la charge et l'unique responsabilité du patient.

## **Accéder aux services de Deuxième Opinion**

Pour accéder à ce service, le participant ou sa personne à charge doit communiquer avec Deuxième Opinion au 1-866-785-3169. Il suffit de fournir le numéro de police d'assurance collective et le numéro du certificat. L'équipe se chargera d'assigner un agent, qui prendra le dossier du participant ou de sa personne à charge en main.

### **i) Programme Santé et Mieux-Être**

Ce programme comprend un service d'assistance téléphonique ainsi qu'un portail offrant des contenus et des outils efficaces validés par des médecins, des pharmaciens, des infirmiers ainsi que d'autres spécialistes du domaine de la santé.

Le Programme santé et mieux-être vous permet d'accéder aux ressources du système de santé et d'obtenir des informations utiles et fiables :

- Ressources en santé et mieux-être
- Guide de dépistage de santé
- Guide des soins de santé
- Annuaire des médecins
- Services de santé provinciaux
- Groupes de soutien communautaires
- et plus encore!

Vous pouvez consulter notre portail web <http://groupinsurancemembers.assumption.ca> en tout temps ou communiquer par téléphone avec un spécialiste en information santé du lundi au vendredi de 9 h à 24 h (HNA) au 1-866-735-3169.

### **j) Frais d'assurance voyage**

L'assureur paie l'excédent des frais raisonnables, ordinaires et habituels engagés 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 excéder 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.

Nonobstant ce qui précède, et dans les cas suivants seulement,

- 1) lorsque l'employé est en congé sabbatique approuvé par l'employeur, ou
- 2) lorsque l'employé travaille à l'extérieur du Canada pour l'employeur,

l'assureur, sur demande écrite préalable de l'employeur, peut accepter de prolonger la durée maximale prévue du séjour prévue ci-dessus à une période n'excédant pas 12 mois consécutifs.

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

- 1) Les frais d'hospitalisation à l'extérieur du Canada, pour une chambre semi-privée et engagés en cas d'urgence.
- 2) Les honoraires du médecin engagés en cas d'urgence, en excédent des frais payables par tout régime gouvernemental d'assurance.
- 3) L'assureur paie sans franchise les frais engagés 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 adhérent ou par un compagnon de voyage demeurant avec un adhérent 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;
- i) 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;
- j) 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'une personne à charge âgée de moins de 16 ans à son lieu de résidence au Canada lorsque son compagnon de voyage est hospitalisé et que la personne à charge est laissée sans surveillance. Les frais d'escorte pour faire accompagner la personne à charge sont également admissibles si nécessaires. Le total des frais remboursables en vertu de ce paragraphe ne peut toutefois excéder 2 000 \$.

#### **ASSISTANCE MÉDICALE EN CAS D'URGENCE**

Assistance paiement - Un service téléphonique de 24 heures est disponible pour assister les adhérents qui voyagent à l'étranger. En composant 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 adhérent. La compagnie d'assistance prendra les mesures nécessaires pour rembourser ou coordonner le paiement de ces frais pour l'adhérent.

Assistance médicale - sur demande, la compagnie d'assistance fournira à l'adhérent 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 l'adhérent et sa famille;
- retourner le patient chez lui ou 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 le lieu de travail;
- référence à un conseiller juridique.

## **5. 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, sans le paiement des primes. Cependant, l'assurance cesse à la plus rapprochée des dates suivantes :

- a) la date de cessation du contrat d'assurance;
- b) vingt-quatre mois après la date de décès de l'adhérent;
- c) la date de prise d'effet d'une assurance semblable auprès d'un autre assureur; ou
- d) la date à laquelle les personnes à charge cessent d'être des personnes à charge admissibles pour quelque raison que ce soit, sauf dans le cas où il n'y a plus d'adhérent admissible.

## **6. COORDINATION DES PRESTATIONS**

Si des prestations sont réclamées en vertu de plus d'une section de la présente garantie, 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 présentée auprès de l'autre assureur.

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

- a) Un régime d'assurance collective qui ne comprend pas une telle disposition de coordination des prestations devient le premier payeur; où
- b) Le montant des prestations payables au titre d'un régime en vertu duquel la personne est assurée en tant qu'employé à priorité sur le montant payable d'un régime assurant la personne en tant que personne à charge; ou
- c) 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
- d) 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.

## **7. CESSATION, LIMITATIONS ET EXCLUSIONS**

### **a) Cessation**

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

### **b) Limitations et exclusions**

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

- 1) les frais qui ne sont pas conformes aux normes raisonnables, ordinaires et habituels de la pratique courante des professions de la santé concernées;
- 2) les frais d'examen engagés à l'occasion d'examens ou de traitements médicaux pour des fins autres que curatives;
- 3) la partie des frais couverte 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;
- 4) les frais engagés, incluant les médicaments, à la suite d'une intervention chirurgicale ou d'un traitement qui est jugé de nature expérimentale par l'assureur;
- 5) les frais engagés pour des achats de médicaments prescrits résultant en une provision de médicaments correspondant à une période de traitement supérieure à trois mois;
- 6) les 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;

- 7) les frais ayant trait à l'achat de prothèses dentaires, sauf la première prothèse dentaire qui est nécessaire suite à un accident survenu alors que cette garantie est en vigueur;
- 8) les frais ayant trait à l'ajustement ou à l'entretien d'appareils auditifs;
- 9) les frais encourus suite à une blessure subie à l'occasion d'une opération militaire;
- 10) les frais engagés à la suite de :
  - blessures, dommages physiques ou mentaux, que la personne assurée s'inflige intentionnellement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
  - la commission par la personne assurée d'un acte criminel; ou
  - blessures subies à l'occasion de la participation active de la personne assurée à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection;
- 11) les frais engagés 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;
- 12) les frais engagés à l'extérieur de sa province de résidence principalement pour consultations ou traitements, même si le voyage est recommandé par un médecin;
- 13) les frais engagés à l'extérieur de sa province de résidence pour une chirurgie ou un traitement de nature non urgente, si la chirurgie ou le traitement peut 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 sont admissibles que si la condition était stable au moment du départ et qu'aucune attention médicale n'était prévue pour la durée du voyage.
- 14) tous les frais non mentionnés parmi les frais admissibles.

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.

Lorsque l'adhérent 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'adhérent.

Les prestations seront restreintes, dans le cas suivant :

Le pays, la région ou la ville de destination fait l'objet d'un avertissement officiel aux voyageurs émis par le gouvernement canadien. Les demandes de règlements liées à une urgence ou à une condition médicale sans lien avec l'avertissement émis ne sont pas ciblées par cette exclusion.

## **8. MODALITÉS D'APPLICATION DE LA FRANCHISE**

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

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

## **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. 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 assume des frais, l'assureur rembourse, sous réserve des autres dispositions du contrat, les frais admissibles indiquées ci-après ou au sommaire.

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

Dans le cas où l'adhérent souscrit à cette garantie après le délai de 31 jours indiqué ci-dessus, le montant payable en vertu de la présente garantie sera limité à un total de 250 \$ pour les 12 premiers mois de couverture.

### 2. DÉFINITIONS

Aux fins de cette garantie :

La **franchise** 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.

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 même région ou localité lorsqu'ils dispensent des soins, services ou fournitures identiques ou comparables.

Par **famille immédiate**, on entend le conjoint et/ou enfant à charge.

### 3. FRAIS ADMISSIBLES

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

**Frais admissibles** désigne les frais encourus par la personne assurée pour des fournitures ou des services médicaux et qui sont considérés comme des frais remboursables puisqu'ils :

- a) sont des frais raisonnables, ordinaires et habituels;
- b) sont recommandés, approuvés ou prescrits par un professionnel de la santé;
- c) sont approuvés par l'assureur;
- d) excèdent les montants remboursés ou remboursables par tout autre assureur ou régime gouvernemental;
- e) n'ont pas été fournis par une personne qui habite avec la personne assurée, qui fait partie de sa famille immédiate, qui est partenaire d'affaires ou qui est son employeur ; et
- f) ont été rendus alors que la présente garantie était en vigueur.

### **PARTIE I - Soins de base**

Les frais suivants sont admissibles à un remboursement et sont sujets à la franchise, à la coassurance et au maximum indiqués au sommaire, s'il y a lieu.

#### **a) Diagnostic et prévention**

- 1) l'examen buccal clinique, soit :
  - l'examen complet initial, sous réserve d'un examen par période de 24 mois consécutifs;
  - l'examen de rappel ou périodique, sous réserve d'un maximum d'un examen par six mois;
  - autres examens ou consultations (sauf pour les traitements orthodontiques); et
- 2) la radiographie, soit :
  - la série complète de pellicules et la pellicule panoramique, sous réserve d'un maximum d'une série par période de 24 mois consécutifs;
  - les pellicules interproximales, sous réserve d'un maximum de 2 séries par période de 12 mois consécutifs; et
  - les films intra-oraux, extra-oraux et céphalométriques (sauf pour les traitements orthodontiques)
- 3) les tests et examens de laboratoire; biopsie
- 4) les modèles de diagnostic (sauf pour les traitements orthodontiques);
- 5) le polissage de la partie coronaire des dents, sous réserve d'un maximum d'un traitement par six mois;

- 6) l'application topique de fluorure, sous réserve de 1 traitement par par six mois;
- 7) prévention et contrôle de la carie;
- 8) appareils de maintien d'espace (sauf pour les traitements orthodontiques).

**b) Restauration mineure**

- 1) Caries, traumatisme et contrôle de la couleur
- 2) Restauration en amalgame
- 3) Tenons par restauration
- 4) Restauration en acrylique ou composite et autres services
- 5) Réparation d'une prothèse amovible
- 6) Obturations des dents postérieures avec matériaux esthétiques - acideliant
- 7) Réparations de ponts

**c) Chirurgie buccale**

- 1) Ablation de dents ayant fait éruption (sans complication)

**d) Services complémentaires**

- 1) Anesthésie
- 2) Anesthésie générale
- 3) Divers

**e) Endodontie**

- 1) Pulpotomie
- 2) Traitement de canal
- 3) Apexification
- 4) Traitements périapicaux
- 5) Amputation de racine
- 6) Traitement endodontiques spéciaux
- 7) Blanchiment

Tous les frais payables indiqués à la présente catégorie comprennent la consultation en prévision du traitement, les actes cliniques nécessaires du point de vue médical et les radiographies appropriées et jugées raisonnables par l'assureur.

**f) Périodontie**

- 1) Actes complémentaires
- 2) Services additionnels

**PARTIE II - Restauration et chirurgie majeure**

**a) Restauration Majeure**

- 1) Obturations, piles en amalgame
- 2) Tenons de rétention
- 3) Couronnes et incrustations
- 4) Autres services de restauration

**b) Chirurgie**

- 1) Alvéoloplastie
- 2) Ostéoplastie
- 3) Incision et drainage
- 4) Frénectomie
- 5) Ablation de dent ayant fait éruption (chirurgie complexe)
- 6) Gingivoplastie et/ou stomatoplastie

**4. 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 présentée auprès de l'autre assureur.

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

- a) un régime d'assurance collective qui ne comprend pas une disposition de coordination des prestations devient le premier payeur;
- b) le montant des prestations payables au titre d'un régime en vertu duquel la personne est assurée en tant qu'employé a priorité sur le montant payable par un régime assurant cette personne à titre de personne à charge;
- c) 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;

- d) lorsque l'ordre de priorité de paiement ne peut être établi par les sous-alinéas a), b) et c) ci-dessus, les prestations devront être réparties au prorata entre les régimes en proportion des montants qui auraient dû être payés en vertu de chaque régime.

## **5. 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, lorsque l'adhérent atteint l'âge indiqué à cet effet au sommaire.

### **b) Limitations**

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

- 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;
- 2) l'excédent, par personne assurée, du montant maximal de prestations mentionné au sommaire.

### **c) Exclusions**

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

- 1) les frais excédant les frais raisonnables, ordinaires et habituels normalement exigés pour les soins dentaires les moins chers, dont la qualité est également reconnue en médecine dentaire;
- 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;
- 3) les frais couverts en vertu d'une autre garantie d'assurance de ce contrat;
- 4) les frais engagés à l'occasion de traitements pour des fins principalement esthétiques ou pour des fins autres que curatives;
- 5) les frais engagés à l'occasion d'une intervention chirurgicale ou d'un traitement de nature expérimentale;
- 6) les frais de remplacement de prothèses perdues, égarées ou volées;
- 7) les frais engagés 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;
- 8) les 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;

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

## **6. MODALITÉS D'APPLICATION DE LA FRANCHISE**

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

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

## **7. 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 un service dentaire distinct proposé 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 déboursier si la série de traitements est effectuée.

## **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 pour que celle-ci soit considérée. L'assureur peut exiger tout renseignement qu'il juge nécessaire à l'appui de la demande.

## 9. PRESTATIONS AUX SURVIVANTS

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

- a) la date de cessation du présent contrat;
- b) vingt-quatre mois après la date du décès de l'adhérent;
- c) la date à laquelle une police remplaçante émise par un autre assureur entre en vigueur; ou
- a) la date à laquelle la personne à charge cesse d'être une personne à charge admissible pour n'importe quelle raison, sauf le cas où il n'y a plus d'adhérent survivant admissible.