

# Ontario Secondary School Teachers' Federation Employee Life and Health Trust

Numéro de l'exposé de régime : G0205001

Numéro de la police d'assurance collective : G0105001

Régime D : Personnel de soutien

Nom de la participante ou du participant : \_\_\_\_\_

Numéro d'identification du RAEO : \_\_\_\_\_

## Bienvenue au régime d'assurance collective d'OSSTF/FEESO

Date d'effet de l'exposé de régime : 1<sup>er</sup> novembre 2016

Date d'effet de la police d'assurance collective : 1<sup>er</sup> novembre 2016

Les garanties décrites dans la présente brochure sont en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2018.

La présente brochure a été conçue expressément pour répondre à vos besoins. Elle vous permet d'accéder facilement à tous les renseignements dont vous avez besoin sur les garanties fournies par l'OSSTF Employee Life and Health Trust.

Les garanties d'assurance maladie complémentaire, d'assurance vie et d'assurance dentaire sont importantes, non seulement en raison de l'aide financière qu'elles vous procurent, mais aussi parce qu'elles apportent à votre famille ainsi qu'à vous-même, une sécurité particulièrement appréciable en cas de besoins imprévus.

Si vous avez des questions sur vos garanties ou sur la marche à suivre pour présenter une demande de règlement, veuillez communiquer avec les Services d'assurance du RAEO au 1-866-783-6847 ou visitez [www.raeo.com](http://www.raeo.com).



# Table des matières

---

<b>Sommaire des garanties .....</b>	<b>2</b>
<b>Comment utiliser votre brochure .....</b>	<b>6</b>
<b>Définition de termes fréquemment utilisés .....</b>	<b>8</b>
<b>Pourquoi un régime d'assurance collective? .....</b>	<b>14</b>
Modification de votre couverture .....	14
<b>Traitement des demandes de règlement .....</b>	<b>15</b>
Désignation d'un bénéficiaire .....	15
Comment présenter une demande de règlement .....	15
Coordination des prestations - assurance maladie complémentaire et assurance dentaire .....	15
<b>Qui peut bénéficier de la couverture? .....</b>	<b>18</b>
Admissibilité .....	18
Attestation médicale .....	18
Adhésion tardive .....	18
Demande d'adhésion à la garantie d'assurance vie facultative des personnes à charge à l'égard des enfants à charge .....	19
Adhésion tardive à la garantie d'assurance dentaire .....	19
Date d'effet de l'assurance .....	19
Cessation de la couverture .....	19
<b>Votre assurance collective .....</b>	<b>21</b>
Assurance vie de base de la participante ou du participant .....	21
Assurance vie facultative de la participante ou du participant .....	25
Assurance vie facultative des personnes à charge .....	26
Assurance maladie complémentaire .....	27
Assurance dentaire .....	47
Prolongation de la couverture des survivants .....	52
<b>Garantie offerte par Teachers Life Insurance Society (Fraternal) .....</b>	<b>53</b>
Morte et mutilation par accidentelles .....	53
<b>Notes .....</b>	<b>68</b>

Le présent sommaire des garanties fournit des renseignements sur les garanties de votre régime qui sont souscrites auprès de l'administrateur.

### **Assurance vie de base de la participante ou du participant**

**L'assurance vie de base de la participante ou du participant fait partie de la police d'assurance G0105001 de l'assureur.**

**Montant d'assurance** - deux fois votre rémunération annuelle, à concurrence de 400 000 \$

**Réduction de l'assurance** - le montant d'assurance est réduit de 50 % à 65 ans

**Âge de cessation** - l'assurance prend fin au départ à la retraite

### **Assurance vie facultative de la participante ou du participant**

**L'assurance vie facultative de la participante ou du participant fait partie de la police d'assurance G0105001 de l'assureur.**

**Montant d'assurance** - multiples de 10 000 \$, à concurrence de 400 000 \$

**Âge de cessation** - l'assurance prend fin au départ à la retraite

### **Assurance vie facultative des personnes à charge**

**L'assurance vie facultative des personnes à charge fait partie de la police d'assurance G0105001 de l'assureur.**

#### **Montant d'assurance**

- Conjointe ou conjoint - multiples de 10 000 \$, à concurrence de 400 000 \$

- Enfant - Vous pouvez choisir l'une des options suivantes si vous faites la demande dans les 31 jours de la date d'admissibilité :

*Option 1* - 5 000 \$

*Option 2* - 10 000 \$

*Option 3* - 15 000 \$

*Option 4* - 20 000 \$

*Option 5* - 25 000 \$

#### **Âge de cessation**

Conjointe ou conjoint - la fin du mois au cours duquel votre conjointe ou conjoint atteint l'âge de 65 ans ou votre départ à la retraite, selon la première éventualité;

Enfant - votre départ à la retraite.

## Sommaire des garanties

---

### Assurance maladie complémentaire

La garantie d'assurance maladie complémentaire fait partie de l'exposé de régime G0205001 de l'administrateur.

#### *La garantie*

**Prestation maximale globale** - aucune

**Franchise** - aucune

**Maximum des frais d'exécution d'ordonnance** - Dans le cas des médicaments d'entretien, le nombre de remboursements des frais d'exécution d'ordonnance ne peut pas dépasser six par période de 12 mois consécutifs.

#### **Pourcentage de remboursement**

100 % pour les frais suivants :

- Soins hospitaliers
- Médicaments
- Soins de la vue
- Services professionnels
- Fournitures et services médicaux

#### **Remarque :**

*Le pourcentage de remboursement dans le cas d'un traitement médical reçu d'urgence à l'extérieur de la province/à l'étranger est de 100 %.*

*Le pourcentage de remboursement dans le cas d'un renvoi à l'étranger pour un traitement qui est offert au Canada est de 50 %.*

*Le pourcentage de remboursement dans le cas de l'Assistance-voyage en cas d'urgence est de 100 %.*

**Âge de cessation** - âge de la participante ou du participant à son départ à la retraite

#### **Régime de médicaments génériques Manuscript 2 – Médicaments d'ordonnance**

Les frais suivants sont couverts s'ils sont engagés pour des médicaments ou des fournitures prescrits par écrit par un médecin ou un dentiste et délivrés par un pharmacien autorisé :

- médicaments qui servent au traitement d'une maladie ou d'une blessure et qui ne peuvent être obtenus que sur ordonnance du médecin ou du dentiste en vertu de la loi;
- contraceptifs oraux, stérilets et diaphragmes;
- médicaments injectables (les honoraires demandés par un professionnel de la santé ou un médecin pour administrer des médicaments injectables ne sont pas couverts);
- médicaments de soutien vital;
- vaccins et médicaments préventifs (par voie orale ou injection);
- seringues, aiguilles et aides diagnostiques ordinaires, nécessaires au traitement du diabète (à l'exclusion des tampons d'ouate, de l'alcool à friction, des injecteurs automatiques à pression et d'autres appareils semblables).

*Les frais engagés pour ce qui suit sont exclus :*

- médicaments, produits biologiques et préparations similaires qui sont administrés à l'hôpital à un patient hospitalisé ou en consultation externe;
- frais de médicaments jugés inadmissibles à la suite du processus de diligence raisonnable;
- produits antitabagiques;
- médicaments contre l'obésité.

### **- Maximums relatifs aux frais de médicaments**

Médicaments contre la stérilité - 18 000 \$ la vie durant

Médicaments utilisés pour le traitement d'une dysfonction sexuelle - 500 \$ par année de couverture

Tous les autres frais de médicaments couverts - aucun

### **Soins de la vue**

- examens de la vue, à raison d'un examen par période de deux années de couverture;
- achat et ajustement de lunettes d'ordonnance ou de lentilles cornéennes facultatives, ainsi que les réparations, ou interventions au laser visant à corriger la vue, jusqu'à concurrence de 500 \$ par période de deux années de couverture;
- si des lentilles cornéennes sont nécessaires au traitement d'une affection grave ou peuvent porter le degré de vision de l'œil le plus puissant à 20/40 dans les cas où des lunettes ne permettent pas un tel résultat, la prestation maximale sera de 500 \$ par période de deux années de couverture;
- entraînement visuel, jusqu'à concurrence de 200 \$ la vie durant.

### **Services professionnels**

Services offerts par les praticiens agréés suivants :

- Chiropraticien - 750 \$ par année de couverture
- Ostéopathe - 500 \$ par année de couverture
- Podiatre/Chiropodiste - 300 \$ par année de couverture
- Massothérapeute - 750 \$ par année de couverture
- Naturopathe - 750 \$ par année de couverture
- Orthophoniste - 1 000 \$ par année de couverture
- Physiothérapeute - 1 500 \$ par année de couverture
- Psychologue - 2 000 \$ par année de couverture pour l'ensemble des services d'un psychologue, d'un psychothérapeute, d'un thérapeute matrimonial et familial et d'un travailleur social
- Diététiste - 300 \$ par année de couverture pour les services d'un diététiste et d'un nutritionniste

## **Sommaire des garanties**

---

- Thérapeute matrimonial et familial - 2 000 \$ par année de couverture pour l'ensemble des services d'un psychologue, d'un psychothérapeute, d'un thérapeute matrimonial et familial et d'un travailleur social
- Nutritionniste - 300 \$ par année de couverture pour les services d'un diététiste et d'un nutritionniste
- Psychothérapeute - 2 000 \$ par année de couverture pour l'ensemble des services d'un psychologue, d'un psychothérapeute, d'un thérapeute matrimonial et familial et d'un travailleur social
- Travailleur social - 2 000 \$ par année de couverture pour l'ensemble des services d'un psychologue, d'un psychothérapeute, d'un thérapeute matrimonial et familial et d'un travailleur social

Année de couverture : du 1<sup>er</sup> septembre au 31 août

## **Assurance dentaire**

**L'assurance dentaire fait partie de l'exposé de régime G0205001 de l'administrateur.**

### ***La garantie***

**Franchise** - aucune

**Guide des tarifs dentaires** - guide des tarifs actuel pour le généraliste dans la province de votre domicile

### **Pourcentage de remboursement**

100 % pour le Niveau I - Services de base

100 % pour le Niveau II - Services complémentaires de base

80 % pour le Niveau III - Prothèses dentaires

80 % pour le Niveau IV - Services de restaurations majeures

50 % pour le Niveau V - Traitements orthodontiques

### **Plafonds de la garantie**

Aucun pour le Niveau I

Aucun pour le Niveau II

4 000 \$ par année de couverture pour l'ensemble des Niveau III et Niveau IV

3 500 \$ la vie durant pour le Niveau V

**Âge de cessation** - âge de la participante ou du participant à son départ à la retraite

### **Conçue pour répondre à vos besoins**

La présente brochure fournit les renseignements dont vous avez besoin sur votre régime d'assurance collective et a été conçue expressément pour répondre à VOS besoins. Elle comprend :

- une table des matières détaillée vous permettant de trouver rapidement les renseignements que vous cherchez;
- une brève définition de certains termes fréquemment utilisés dans la présente brochure;
- une explication claire et précise de votre assurance collective;
- les renseignements dont vous avez besoin pour présenter une demande de règlement.

### **Avis important**

La présente brochure a pour objectif d'expliquer dans les grandes lignes les garanties auxquelles vous avez droit à titre de participante ou de participant à l'Ontario Secondary School Teachers' Federation Employee Life and Health Trust. Les renseignements qu'elle contient ne font que résumer les dispositions de la police pour l'assurance vie de base de la participante ou du participant, l'assurance vie facultative de la participante ou du participant et l'assurance vie facultative des personnes à charge, et celles de l'exposé de régime pour les garanties d'assurance maladie complémentaire et d'assurance dentaire. S'il y avait divergence entre la brochure et la police ou l'exposé de régime (que vous pouvez consulter en vous adressant au RAEO), la police ou l'exposé de régime aurait préséance.

L'information portant sur toutes les garanties assurées ou administrées par l'administrateur est à jour en date du 1er février 2018.

La garantie Morte et mutilation par accidentelles décrite dans la présente brochure est assurée par Teachers Life Insurance Society (Fraternal). Le titulaire de contrat doit s'assurer que le libellé qu'il a fourni pour la brochure est exact, à jour et conforme au contrat cadre. L'administrateur ne prend pas en charge les sinistres ayant un lien avec le libellé de la brochure portant sur cette garantie. S'il y avait divergence entre la présente brochure et le contrat, le contrat collectif aurait préséance. L'administrateur ne sera pas responsable de la confiance préjudiciable, quelle qu'elle soit, que vous pouvez accorder à cette information.

Toutes les autres garanties sont assurées ou administrées par l'administrateur.

La brochure n'est fournie qu'à titre de renseignement, elle ne confère aucun droit et n'impose aucune obligation.

Le simple fait de posséder cette brochure ne signifie aucunement que vous ou les personnes à votre charge êtes couverts. La police et l'exposé de régime doivent être en vigueur et vous devez répondre à toutes leurs exigences.

Sous réserve de la loi applicable, vous ou toute personne présentant une demande de règlement au titre de la police et/ou de l'exposé de régime, avez le droit de demander une copie des documents suivants :

- la police et/ou l'exposé de régime,
- votre demande d'adhésion au régime,
- toute preuve d'assurabilité que vous avez produite à l'appui de votre demande d'adhésion.

## **Comment utiliser votre brochure**

---

Dans le cas d'une personne présentant une demande de règlement, l'accès aux documents précités est restreint à ce qui est pertinent dans le cadre de la présentation, ou du refus, de cette demande au titre de la police et/ou de l'exposé de régime.

L'administrateur se réserve le droit de vous facturer ces copies après votre première demande.

**Nous vous recommandons de lire attentivement la présente brochure, puis de la conserver en lieu sûr avec tous vos autres documents importants.**

### ***Votre carte d'assurance collective***

Le document le plus important qui puisse être établi à votre nom dans le cadre du régime d'assurance collective est votre carte d'assurance collective. C'est le seul document qui témoigne de votre participation au régime. Avant qu'on vous admette à l'hôpital ou qu'on vous fournisse des soins dentaires ou médicaux, il se pourrait qu'on exige le numéro de votre police, le numéro de votre exposé de régime ou votre numéro d'identification personnel du RAEO.

Il vous faudra aussi indiquer ces numéros CHAQUE FOIS que vous adresserez des documents au RAEO et à l'administrateur. Pour retrouver plus facilement votre numéro d'identification du RAEO, vous pouvez l'inscrire sur la couverture de la présente brochure.

*Votre carte d'assurance collective constitue un document important. Ayez-la toujours à portée de la main.*

## **Définition de termes fréquemment utilisés**

---

*Nous vous donnons ici une définition de certains termes fréquemment utilisés dans la présente brochure.*

### **Administrateur**

la Financière Manuvie.

### **Année de couverture**

du 1<sup>er</sup> septembre au 31 août.

### **Assureur**

la Financière Manuvie.

### **Autorisation préalable**

mécanisme de gestion des demandes de règlement qui s'applique à une liste définie de médicaments, de fournitures, de soins ou de services pour déterminer leur admissibilité selon des critères cliniques prédéfinis et une évaluation pharmacoéconomique ou une analyse coût-efficacité.

### **Autorisé, agréé**

la situation d'une personne légalement autorisée à exercer sa profession en vertu d'un permis ou d'un certificat délivré par l'autorité compétente à l'endroit où les services sont fournis.

### **Diligence raisonnable**

processus utilisé par l'administrateur pour évaluer de nouveaux médicaments, les nouvelles indications de médicaments existants, des soins, des services ou des fournitures dans le but de déterminer leur admissibilité au titre de l'exposé de régime. Ce processus s'appuie sur les principes de la pharmacoéconomie, sur les renseignements de référence des analyses coût-efficacité des listes de médicaments fédérales ou provinciales, sur les normes reconnues de pratique clinique ou sur les recommandations des organismes consultatifs.

### **Distributeurs exclusifs**

fournisseurs approuvés par l'administrateur.

### **Emploi rémunérateur ou exercer un emploi rémunérateur**

désigne un emploi :

- que vous êtes capable d'exercer d'un point de vue médical;
- pour lequel vous possédez les compétences minimales nécessaires;
- qui garantit un revenu au moins égal à 60 % de votre rémunération d'avant l'invalidité, indexée sur l'inflation; et
- qui est offert dans votre province ou votre territoire de résidence actuelle ou dans la province ou le territoire où vous travailliez au début de votre invalidité.

La disponibilité d'un emploi n'est pas un facteur pris en considération dans l'évaluation de l'invalidité.

## **Définition de termes fréquemment utilisés**

---

### ***Employeur***

le conseil scolaire de l'Ontario employant les participantes et les participants au régime du titulaire du contrat.

### ***Équivalent le moins cher***

si au moins deux médicaments, ou deux types de fournitures, de soins ou de services peuvent donner des résultats semblables sur le plan thérapeutique, on remboursera le prix du moins cher.

### ***Frais couverts***

frais qui seront pris en considération dans le calcul du paiement exigible au titre de vos garanties d'assurance maladie complémentaire et d'assurance dentaire.

### ***Frais raisonnables et habituels***

le moins élevé des montants suivants :

- le prix courant qui, selon l'administrateur, est demandé pour un service ou un article identique ou comparable dans la région où les frais sont engagés;
- le montant figurant dans le barème des honoraires établi par l'association professionnelle pertinente; ou
- le prix maximal fixé par la loi applicable.

### ***Franchise***

la partie des frais couverts que vous ou les personnes à votre charge devez assumer avant que le titulaire de contrat puisse verser des prestations.

### ***Maximum sans attestation médicale***

montant au-dessus duquel vous devez fournir une attestation médicale satisfaisante à l'assureur.

### ***Médicament***

produit dont l'usage est approuvé par Santé Canada et auquel est attribué un code d'identification (DIN).

### ***Médicament d'entretien***

médicaments désignés par l'administrateur et prescrits pour un traitement de longue durée, notamment pour le traitement d'une maladie chronique, et pour lesquels l'administrateur peut s'attendre raisonnablement à ce qu'une provision d'au plus 100 jours soit délivrée en une seule fois.

### ***Médicaments de soutien vital***

médicaments vendus sans ordonnance qui sont nécessaires au maintien de la vie.

## **Définition de termes fréquemment utilisés**

### ***Médicament interchangeable***

« médicament interchangeable » s'entend entre autres de ce qui suit :

- tout produit générique équivalant au médicament de marque qui est jugé interchangeable selon la loi applicable dans la province où l'ordonnance est exécutée;
- un médicament qui contient le même ingrédient actif qui n'a pas été jugé interchangeable dans la province où l'ordonnance est exécutée, mais qui a été reconnu comme interchangeable par l'administrateur.

### ***Méthode de traitement expérimentale***

méthode non reconnue comme étant efficace, appropriée et essentielle dans le cadre du traitement d'une blessure ou d'une maladie.

### ***Nécessaire du point de vue médical***

accepté et reconnu par le corps médical canadien et l'administrateur comme étant efficace, approprié et essentiel dans le cadre du traitement d'une maladie ou d'une blessure. Après avoir exercé une diligence raisonnable, l'administrateur se réserve le droit de déterminer si le médicament, le soin, le service ou les fournitures sont admissibles au titre du régime.

### ***Observance thérapeutique***

utilisation des médicaments, des soins, des services et des fournitures prescrits de la façon recommandée et aux fins prévues.

### ***Organisme consultatif***

experts externes approuvés par l'administrateur qui peuvent fournir à l'administrateur des recommandations fondées sur une évaluation pharmacoéconomique ou une analyse coût-efficacité.

### ***Participante ou participant***

une personne qui :

- est directement à l'emploi de l'employeur sur une base permanente et qui travaille un horaire normal de travail,
- appartient à une catégorie admissible au titre du régime,
- est un membre en règle avec le titulaire de police/titulaire de contrat, et
- est domiciliée au Canada.

### ***Période d'attente***

période continue d'invalidité, commençant le premier jour de l'invalidité, que vous devez accomplir pour avoir droit à des prestations d'invalidité.

### ***Période probatoire***

période continue de service que vous devez accomplir pour le compte de votre employeur pour avoir droit à l'assurance collective.

## **Définition de termes fréquemment utilisés**

---

### ***Personne couverte***

la participante, le participant, sa conjointe, son conjoint ou leur enfant tel que défini sous Personne à charge.

### ***Personne à charge***

votre conjointe, votre conjoint ou votre enfant couvert au titre du régime provincial.

#### **- Conjointe ou conjoint**

votre conjointe ou conjoint légitime, ou une personne avec qui vous vivez une relation de couple de façon continue depuis au moins 12 mois.

#### **- Enfant**

- un enfant naturel ou adopté, un enfant de la conjointe ou du conjoint, ou un enfant en famille d'accueil, qui :
  - n'est pas marié;
  - est âgé de moins de 21 ans ou de moins de 25 ans s'il est un étudiant à temps plein;
  - ne travaille pas à temps plein; et
  - n'est pas admissible à la couverture à titre de salarié aux termes du présent régime ou de tout autre régime d'assurance collective.
- un enfant qui est atteint d'incapacité à la date à laquelle sa couverture arriverait normalement à échéance continuera d'être considéré comme une personne à charge admissible. Toutefois, l'enfant doit être couvert par le présent régime d'assurance collective immédiatement avant cette date.

L'enfant est considéré comme atteint d'incapacité s'il n'est pas à même d'exercer un emploi suffisamment rémunérateur et qu'en raison d'un handicap physique ou mental, il dépend de la participante ou du participant pour ses besoins et sa subsistance.

L'assureur ou l'administrateur, agissant au nom du titulaire de contrat, peut exiger une preuve par écrit de l'état de santé de la personne à charge aussi souvent que cela s'avérera raisonnablement nécessaire.

- pour être admissible, l'enfant de la conjointe ou du conjoint doit habiter avec vous.
- un nouveau-né est admissible à la couverture dès sa naissance.

### ***Pharmacoéconomie***

discipline scientifique qui compare la valeur d'un médicament ou d'une pharmacothérapie à un autre médicament ou à une autre pharmacothérapie. Les études pharmacoéconomiques servent à guider la répartition optimale des ressources de soins de santé, d'une façon normalisée et basée sur des données scientifiques, selon les modalités fixées par l'administrateur.

### ***Police d'assurance collective***

le contrat entre le titulaire de contrat et l'assureur pour les garanties d'assurance vie.

## **Définition de termes fréquemment utilisés**

---

### ***Poste***

le type de tâches que vous exécutiez au début de votre invalidité ou immédiatement avant le début de l'invalidité.

### ***Pourcentage de remboursement***

pourcentage des frais couverts qui est payable par le titulaire de contrat.

### ***Proche parent***

vous-même; votre conjointe ou votre conjoint; votre enfant; votre père ou votre mère; le père ou la mère de votre conjointe ou de votre conjoint; votre frère ou votre sœur; ou le frère ou la sœur de votre conjointe ou de votre conjoint.

### ***Programmes d'aide aux patients***

programme qui offre un service d'aide pour vous ou vos personnes à charge à qui des médicaments, des fournitures, des soins ou des services particuliers ont été prescrits. Les fabricants et les distributeurs peuvent offrir des programmes d'aide aux patients qui comprennent une aide financière, ainsi que des services d'information et de formation.

### ***Programmes de gestion des maladies***

approche de la santé qui enseigne aux patients la façon de gérer une maladie chronique. Système de coordination des interventions et des communications liées aux soins de santé à l'intention des patients souffrant d'affections nécessitant des efforts considérables de leur part pour gérer leur maladie (autosoins).

### ***RAEO***

le Régime d'assurance des enseignantes et des enseignants de l'Ontario, le tiers administrateur.

### ***Régime***

un ensemble de garanties prévues dans une police ou un exposé de régime organisé par le titulaire de contrat ou l'État.

### ***Régime provincial***

tout régime public prévoyant des prestations d'hospitalisation, de soins médicaux ou dentaires, établi par le gouvernement de la province où réside la personne couverte.

### ***Rémunération***

le taux de salaire normal que vous touchez de votre employeur (avant retenues), à l'exclusion des primes et des heures supplémentaires.

Les prestations auxquelles vous aurez droit advenant une demande de règlement seront calculées selon le moindre des montants suivants :

- la rémunération que vous aurez déclarée sur le formulaire de demande de règlement, ou
- la rémunération que le RAEO aura déclarée à l'assureur et en fonction de laquelle des primes auront été versées.

## **Définition de termes fréquemment utilisés**

---

### ***Salle***

une chambre d'hôpital comptant trois lits ou plus, destinée à héberger les patients.

### ***Titulaire de contrat***

Ontario Secondary School Teachers' Federation Employee Life and Health Trust.

## **Pourquoi des avantages sociaux?**

---

Les régimes publics peuvent couvrir des frais médicaux de base comme les frais d'hospitalisation et les honoraires de médecins et, en cas d'invalidité, ces régimes (par exemple : l'assurance-emploi, le Régime de pensions du Canada ou le Régime de rentes du Québec, les lois sur l'indemnisation des accidents du travail) peuvent également offrir une certaine aide financière.

Il est bon de savoir que les régimes publics n'offrent qu'une couverture de base et que devoir assumer des frais médicaux ou être atteint d'une invalidité peut entraîner des difficultés financières pour vous et votre famille.

Des régimes privés qui offrent une protection contre la maladie et l'invalidité viennent s'ajouter aux régimes publics et peuvent offrir des garanties que ces derniers ne renferment pas, vous permettant ainsi, à votre famille et à vous-même, de jouir de sécurité au moment où vous en avez le plus besoin.

### ***Modification de votre couverture***

Afin de vous assurer que votre couverture convient toujours à vos besoins et à ceux des personnes à votre charge, veuillez la passer en revue de façon régulière et y apporter tout changement en raison d'un événement de la vie. Visitez [www.raeo.com](http://www.raeo.com) et connectez-vous pour faire les changements suivants :

- Votre couverture ou celle des personnes à votre charge en raison d'un événement de la vie \*
- Désignation de bénéficiaire
- Vos renseignements personnels (Exception : S'il s'agit d'un changement de nom ou d'adresse, veuillez envoyer les renseignements à votre employeur.)

\* Afin de ne pas devoir vous conformer aux exigences en cas d'adhésion tardive, veuillez apporter les changements dans les 31 jours qui suivent la date à laquelle vous pouvez apporter des changements.

Si vous avez besoin d'assistance ou si vous avez des questions, visitez [www.raeo.com](http://www.raeo.com) ou communiquez avec les Services d'assurance du RAEO au 1-866-783-6847.

## **Traitement des demandes de règlement**

---

### ***Désignation d'un bénéficiaire***

L'assureur n'accepte pas de désignations de bénéficiaire pour d'autres garanties que l'assurance vie de la participante ou du participant et l'assurance vie facultative de la participante ou du participant.

**Le présent régime renferme une disposition qui révoque ou limite le droit de la personne couverte par une assurance vie collective de désigner des personnes à qui ou pour qui des sommes assurées seront payables.**

### ***Comment présenter une demande de règlement***

Tous les formulaires de demande de règlement, que vous pouvez vous procurer auprès des Services d'assurance du RAEO, doivent être dûment remplis, signés et datés. N'oubliez pas de toujours indiquer le numéro de votre police ou de votre exposé de régime et votre numéro d'identification du RAEO (qui figurent sur votre carte d'assurance collective) afin d'éviter que le traitement de votre demande ne soit retardé inutilement.

Les Services d'assurance du RAEO peuvent vous aider à remplir les formulaires et vous renseigner sur le traitement des demandes et sur votre régime d'assurance collective.

Vous ne pouvez tenter aucune action en justice contre le titulaire de contrat ou l'administrateur dans les 60 jours qui suivent la production des preuves comme il est indiqué à la section Présentation des demandes de règlement. Les actions ou instances en recouvrement des sommes payables au titre du régime intentées contre le titulaire de contrat ou l'administrateur sont irrecevables sauf si elles sont intentées dans les délais prescrits par la Loi sur les assurances ou toute autre loi applicable.

### ***Versement des prestations - assurance maladie complémentaire et assurance dentaire***

Après avoir traité la demande de règlement, l'administrateur vous fera parvenir un relevé de règlement.

La partie supérieure du formulaire résume la ou les demandes de règlement présentées, la somme retenue pour les besoins de la franchise et le pourcentage de remboursement ayant servi au calcul des prestations auxquelles vous avez droit. Si vous avez des questions à propos de la somme versée, les Services d'assurance du RAEO pourront vous fournir des explications.

La partie inférieure du formulaire constitue le chèque de remboursement, le cas échéant. Il vous suffit de le détacher en suivant le pointillé et de l'endosser pour pouvoir ainsi l'encaisser.

Vous devriez normalement recevoir le remboursement dans les trois semaines suivant la date de présentation de votre demande à l'administrateur. Si vous n'avez rien reçu dans ce délai, veuillez communiquer avec les Services d'assurance du RAEO.

### ***Coordination des prestations - assurance maladie complémentaire et assurance dentaire***

Si vous ou les personnes à votre charge bénéficiez d'une couverture similaire au titre d'un autre régime, il en sera tenu compte lorsque viendra le temps de déterminer le montant des frais payables au titre du présent régime.

Cette méthode est connue sous le nom de « coordination des prestations ». Elle prévoit le remboursement, au titre de l'ensemble des régimes, des frais engagés pour des soins médicaux ou des soins dentaires couverts, jusqu'à concurrence de 100 % de ces frais.

Régime s'entend de :

- tout autre programme d'assurance collective;

## Traitement des demandes de règlement

- toute autre entente prise pour couvrir les membres d'un groupe; et
- toute assurance-voyage individuelle.

Le terme « régime » n'englobe ni l'assurance scolaire ni les régimes provinciaux.

### **Ordre de préséance des régimes**

Divers facteurs servent à déterminer quel régime sera considéré comme étant celui de l'« assureur principal » (c'est-à-dire à qui il revient de régler en premier les frais remboursables) et quel régime relèvera de l'« assureur secondaire » (c'est-à-dire à qui il revient de régler le solde des frais remboursables).

- Si l'autre régime ne prévoit pas la coordination des prestations, il sera considéré comme celui de l'assureur principal, c'est-à-dire à qui il revient de régler en premier les frais remboursables.
- Si l'autre régime prévoit la coordination des prestations, les règles suivantes s'appliquent afin de déterminer quel est le régime de l'assureur principal.

#### **- Frais engagés pour vous ou votre conjointe ou conjoint à charge :**

Les prestations seront versées au titre du régime qui vous couvre, vous ou votre conjointe ou conjoint à charge, en tant que salarié ou participant avant le régime qui vous couvre en tant que personne à charge.

Lorsque vous ou votre conjointe ou conjoint êtes couverts en tant que salarié ou participant au titre de plus d'un régime, l'ordre de paiement des prestations sera déterminé comme suit :

- en premier lieu, le régime au titre duquel la personne est un salarié actif à temps plein,
- en deuxième lieu, le régime de la conjointe ou du conjoint du parent ayant la garde de l'enfant (par exemple si le parent ayant la garde de l'enfant se remarie ou a une conjointe ou un conjoint de fait, les prestations à l'égard de l'enfant à charge seront versées au titre du régime de la nouvelle conjointe ou du nouveau conjoint),
- le régime au titre duquel la personne est couverte en tant que personne retraitée.

#### **- Frais engagés pour un enfant à votre charge :**

Le régime qui couvre le parent dont l'anniversaire de naissance (jour et mois) survient le premier au cours de l'année civile est le régime principal. Si l'anniversaire de naissance des deux parents est le même, le régime principal est celui du parent dont la première lettre du prénom vient en premier dans l'alphabet.

Cependant, si vous et votre conjointe ou conjoint êtes séparés ou divorcés, l'ordre suivant s'impose :

- le régime du parent ayant la garde de l'enfant, puis
- en deuxième lieu, le régime de la conjointe ou du conjoint du parent ayant la garde de l'enfant (par exemple si le parent ayant la garde de l'enfant se remarie ou a une conjointe ou un conjoint de fait, les prestations à l'égard de l'enfant à charge seront versées au titre du régime de la nouvelle conjointe ou du nouveau conjoint),

## **Traitement des demandes de règlement**

---

- le régime du parent n'ayant pas la garde de l'enfant, puis
  - le régime de la conjointe ou du conjoint du parent n'ayant pas la garde de l'enfant (par exemple, si le parent n'ayant pas la garde de l'enfant se remarie ou a une conjointe ou un conjoint de fait, les prestations à l'égard de l'enfant à charge seront versées au titre du régime de la nouvelle conjointe ou du nouveau conjoint),
  - lorsque vous et votre conjointe ou conjoint partagez la garde de l'enfant (garde partagée), le régime qui couvre le parent dont l'anniversaire de naissance (jour et mois) survient le premier au cours de l'année civile est le régime principal. Si l'anniversaire de naissance des deux parents est le même, le régime principal est celui du parent dont la première lettre du prénom vient en premier dans l'alphabet.
- En ce qui concerne les demandes de règlement portant sur les traitements de blessures accidentelles aux dents naturelles, les régimes d'assurance maladie complémentaire couvrant les traitements dentaires effectués par suite d'un accident ont préséance sur les régimes d'assurance dentaire.
  - Si les règles précédentes ne permettent pas d'établir l'ordre de préséance des régimes, les prestations seront calculées de façon proportionnelle entre les divers régimes par rapport aux sommes qui auraient été versées au titre de chaque régime comme s'il n'existait aucune clause de coordination des prestations.
  - Si la personne visée est également couverte au titre d'une assurance-voyage individuelle, la coordination des prestations se fera conformément aux directives fournies par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes.

### **Présentation des demandes assujetties à la coordination des prestations**

Voici la marche à suivre pour la présentation des demandes où la coordination des prestations entre en jeu :

- Conformément à la section sur la détermination de l'ordre de paiement des prestations, déterminez d'abord lequel des régimes est celui de l'assureur principal et lequel est celui de l'assureur secondaire.
- Présentez tous les formulaires de demande et les reçus originaux nécessaires à l'assureur principal.
- Conservez une photocopie de chaque reçu ou demandez à l'assureur principal de vous retourner les reçus originaux une fois que votre demande aura été réglée.
- Une fois que l'assureur principal aura réglé votre demande, vous recevrez un relevé de règlement. Présentez à l'assureur secondaire ce relevé en même temps que tous les formulaires de demande et reçus nécessaires à un nouvel examen de votre demande, le cas échéant.

## **Qui peut bénéficier de la couverture?**

### ***Admissibilité***

Pour être admissible à l'assurance collective, vous devez :

- être un membre en règle de l'Ontario Secondary School Teachers' Federation Employee Life and Health Trust,
- être directement au service de l'employeur à titre d'employé permanent et travailler suivant un horaire normal,
- appartenir à une catégorie admissible,
- ne pas avoir atteint l'âge de cessation,
- être domicilié au Canada, et
- avoir accompli la période probatoire.

L'âge de cessation et la période probatoire peuvent varier d'une garantie à l'autre. Vous trouverez ce genre de renseignement dans la section intitulée « Votre assurance collective ».

Les personnes à votre charge ont droit à la couverture le jour où vous y devenez admissible ou le jour où vous avez la charge d'une personne pour la première fois, selon la dernière éventualité. Toutefois, vous devez présenter une demande d'adhésion à la couverture pour vous-même afin que les personnes à votre charge soient admissibles à la couverture.

### ***Horaire normal***

Horaire normal de travail tel que défini par le titulaire de contrat

### ***Attestation médicale***

Pour toutes les garanties, sauf la garantie d'assurance dentaire, une attestation médicale est nécessaire en cas de demande d'adhésion tardive pour toute personne. Une attestation médicale est nécessaire pour toute couverture en excédent du maximum sans attestation médicale.

### ***Adhésion tardive***

L'adhésion de toute personne est considérée comme tardive lorsque vous :

- présentez une demande d'adhésion à l'expiration de la période d'admissibilité de 31 jours; ou
- demandez la remise en vigueur d'une couverture qui avait été annulée précédemment.

Si vous voulez adhérer à certaines garanties auxquelles vous aviez renoncé parce que vous bénéficiez d'une couverture similaire au titre du régime de votre conjointe ou conjoint, l'adhésion est considérée comme tardive dans les cas suivants :

- vous présentez votre demande plus de 31 jours après la cessation de la couverture au titre du régime de votre conjointe ou conjoint; ou
- vous présentez une demande et la couverture au titre du régime de votre conjointe ou conjoint est toujours en vigueur.

## **Qui peut bénéficier de la couverture?**

---

Pour présenter une attestation médicale, remplissez le formulaire « Preuve d'assurabilité » que vous pouvez vous procurer auprès des Services d'assurance du RAEO. L'assureur se réserve le droit d'exiger des attestations médicales supplémentaires.

### ***Demande d'adhésion à la garantie d'assurance vie facultative des personnes à charge à l'égard des enfants à charge***

Vous devez demander l'adhésion de vos enfants à charge à l'assurance vie facultative des personnes à charge dans les 31 jours suivant la date d'admissibilité initiale. Si un enfant à votre charge décède au cours de la période de 31 jours suivant la date d'admissibilité initiale, mais avant que vous ayez demandé son adhésion à l'assurance vie facultative des personnes à charge, cette demande de prestation de décès au titre de l'assurance vie facultative des personnes à charge ne sera pas considérée comme une demande admissible.

### ***Adhésion tardive à la garantie d'assurance dentaire***

En cas d'adhésion tardive à la garantie d'assurance dentaire pour vous ou les personnes à votre charge, la prestation maximale est limitée à 200 \$ pour chaque personne couverte au cours des 12 premiers mois de couverture.

### ***Date d'effet de l'assurance***

- Lorsqu'une attestation médicale n'est pas exigée, votre assurance collective entre en vigueur à la date à laquelle vous y devenez admissible.
- Lorsqu'une attestation médicale est exigée, votre assurance collective entre en vigueur le jour de votre admissibilité ou le jour où l'assureur approuve cette attestation, s'il est postérieur.

La couverture n'entrera en vigueur que si vous êtes effectivement au travail. Si vous n'êtes pas effectivement au travail à la date à laquelle votre couverture devrait normalement entrer en vigueur, celle-ci entrera en vigueur le jour de votre retour au travail.

La couverture des personnes à votre charge entre en vigueur le jour où ces dernières y deviennent admissibles. Par contre, si une attestation médicale est exigée à leur égard, la couverture n'entrera en vigueur que le jour où l'assureur approuvera cette attestation.

La couverture des personnes à votre charge n'entrera pas en vigueur avant la date d'effet de votre couverture. Toutefois, l'assurance-vie facultative des personnes à charge peut quand même entrer en vigueur si l'assurance-vie facultative de la participante ou du participant vous est refusée.

### ***Cessation de la couverture***

Votre couverture prendra fin à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle vous cessez d'être une participante ou un participant admissible;
- la date à laquelle vous cessez d'être effectivement au travail, à moins que la police d'assurance collective ou l'exposé de régime ne prévoient la prolongation de votre couverture;
- la date à laquelle le titulaire de contrat met fin à votre couverture;
- la date de votre entrée à temps plein dans les forces armées de tout pays;
- la date de la résiliation de la police d'assurance collective ou de l'exposé de régime ou la date de cessation de la couverture de la catégorie à laquelle vous appartenez;

## **Qui peut bénéficier de la couverture?**

- la date à laquelle vous atteignez l'âge de cessation;
- la date de votre décès.

La couverture des personnes à votre charge prendra fin en même temps que votre propre couverture ou dès que celles-ci cesseront d'être à votre charge.

### **Assurance vie de base de la participante ou du participant**

**L'assurance vie de base de la participante ou du participant fait partie de la police d'assurance G0105001 de l'assureur.**

Si vous décédez pendant que votre assurance est en vigueur, cette garantie procure à votre bénéficiaire un soutien financier. Si votre bénéficiaire décède avant vous ou si vous n'avez pas désigné de bénéficiaire, la prestation est versée à vos ayants droit.

#### ***La garantie***

**Montant d'assurance** - deux fois votre rémunération annuelle, à concurrence de 400 000 \$

**Maximum sans attestation médicale** - 400 000 \$

#### **Période d'attente de l'exonération de la prime**

Si vous bénéficiez d'une couverture au titre de l'assurance invalidité de longue durée administrée par le RAEO - la période d'invalidité qui doit s'écouler avant que les prestations d'invalidité de longue durée puissent être versées par l'assureur.

Si vous ne bénéficiez pas d'une couverture au titre de l'assurance invalidité de longue durée administrée par le RAEO - une période de 119 jours civils suivant immédiatement la date du début de votre invalidité.

**Réduction de l'assurance** - le montant d'assurance est réduit de 50 % à 65 ans

**Âge de cessation** - l'assurance prend fin au départ à la retraite

**Période probatoire** - aucune

#### ***Désignation d'un bénéficiaire***

Vous avez le droit de désigner un bénéficiaire ou de modifier votre désignation, sous réserve de la loi applicable. Vous pouvez obtenir les formulaires nécessaires auprès des Services d'assurance du RAEO.

Vous devriez revoir votre désignation de bénéficiaire pour vous assurer qu'elle correspond à vos intentions actuelles.

#### ***Présentation des demandes de règlement***

Pour présenter une demande de règlement d'assurance vie de la participante ou du participant, votre bénéficiaire doit remplir le formulaire de demande de règlement qu'il pourra se procurer auprès des Services d'assurance du RAEO.

Les documents qui doivent être présentés en même temps que le formulaire sont énumérés dans ce dernier.

Les formulaires de demande de règlement doivent être présentés, dûment remplis, dans les 90 jours qui suivent le décès.

Pour présenter une demande d'exonération de la prime, vous devez remplir le formulaire « Exonération de prime d'assurance vie » que vous pouvez vous procurer auprès des Services d'assurance du RAEO. Votre médecin traitant doit aussi remplir une section de ce formulaire.

Ce formulaire doit être présenté, dûment rempli, dans les six mois qui suivent la fin de la période d'attente.

### **Exonération de la prime**

Si vous devenez totalement invalide en cours de garantie et avant 65 ans, et si vous répondez aux critères d'admissibilité précisés ci-dessous, votre assurance vie est maintenue en vigueur sans que vous ayez à acquitter la prime.

### **Définition d'invalidité totale**

« Invalidité totale » s'entend d'une restriction ou d'une incapacité, attribuable à une maladie ou à une blessure, qui vous empêche :

- d'accomplir les tâches essentielles de votre poste, au cours de la période d'attente et des 24 mois suivants immédiatement la période d'attente;
- d'exercer tout emploi rémunérateur convenant à la formation, à l'instruction ou à l'expérience que vous possédez ou pourriez raisonnablement acquérir, après la période de 24 mois précisée ci-dessus.

Si vous devez avoir un permis de l'État pour pouvoir accomplir votre travail, vous n'êtes pas considéré comme invalide du seul fait que ce permis vous est retiré ou n'est pas renouvelé.

### **Critères d'admissibilité**

Pour avoir droit à l'exonération de la prime, vous devez répondre aux critères suivants :

- vous devez être totalement invalide pendant toute la période d'attente. Si vous cessez d'être invalide durant cette période, mais le redevenez dans les 30 jours consécutifs suivants – ou les 20 jours ouvrables consécutifs suivants si vous bénéficiez d'une couverture au titre de l'assurance invalidité de longue durée administrée par le RAEO – en raison de la même cause ou d'une cause connexe, la période d'attente sera prolongée du nombre de jours pendant lesquels vous n'étiez pas totalement invalide;
- le RAEO ou l'assureur doit recevoir des attestations médicales indiquant en quoi votre maladie ou votre blessure entraîne des restrictions ou une incapacité vous empêchant :
  - d'accomplir les tâches essentielles de votre poste, au cours de la période d'attente et des 24 mois suivants immédiatement la période d'attente; et
  - d'exercer tout emploi rémunérateur convenant à la formation, à l'instruction ou à l'expérience que vous possédez ou pourriez raisonnablement acquérir, après la période de 24 mois précisée ci-dessus.
- vous devez être suivi par un médecin et recevoir les soins et traitements appropriés, compte tenu de votre invalidité, selon le RAEO ou l'assureur;
- une preuve écrite, qui satisfait le RAEO et l'assureur et qui atteste que l'invalidité s'est poursuivie pendant la période d'attente, doit être présentée dans les 6 mois suivant la fin de la période d'attente. Les primes seront exonérées à la fin de la période d'attente, jusqu'à concurrence d'un an à la fois, à condition que le RAEO ou l'assureur reçoive une preuve satisfaisante de la prolongation de l'invalidité dans les trois mois suivant la date à laquelle cette preuve est demandée.

Si vous bénéficiez d'une couverture au titre de l'assurance invalidité de longue durée administrée par le RAEO, une demande écrite d'exonération des primes doit accompagner la preuve de sinistre soumise au titre de l'assurance invalidité de longue durée.

## **Votre assurance collective**

---

En tout temps, le RAEO ou l'assureur se réserve le droit de vous demander de subir un examen médical, psychiatrique, psychologique, fonctionnel ou une évaluation pédagogique ou professionnelle par un spécialiste désigné par le RAEO ou l'assureur.

### ***Cessation de l'exonération de la prime***

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

- la date à laquelle vous ne répondez plus à la définition d'invalidité totale de la garantie;
- la date à laquelle vous négligez de fournir au RAEO ou à l'assureur des attestations médicales indiquant en quoi votre maladie ou votre blessure entraîne des restrictions ou une incapacité vous empêchant :
  - d'accomplir les tâches essentielles de votre poste, au cours de la période d'attente et des 24 mois suivants immédiatement la période d'attente; et
  - d'exercer tout emploi rémunérateur convenant à la formation, à l'instruction ou à l'expérience que vous possédez ou pourriez raisonnablement acquérir, après la période de 24 mois précisées ci-dessus.
- la date à laquelle vous n'êtes plus suivi par un médecin et ne recevez plus les soins et les traitements appropriés, compte tenu de votre invalidité, selon le RAEO ou l'assureur;
- la date à laquelle vous ne vous présentez pas à un examen devant être effectué par une personne choisie par le RAEO ou l'assureur;
- la date de votre décès;
- la fin du mois au cours duquel vous atteignez l'âge de 65 ans ou à votre départ à la retraite, selon la première éventualité.

### ***Invalidité récidivante***

Si vous êtes de nouveau invalide au cours des 6 mois – ou dans les 100 jours ouvrables si vous bénéficiez d'une couverture au titre de l'assurance invalidité de longue durée administrée par le RAEO – suivant la cessation de l'exonération des primes et que votre invalidité est attribuable aux mêmes causes ou à des causes connexes ayant donné droit à l'exonération des primes au titre de la présente garantie, l'assureur supprimera la période d'attente.

L'invalidité sera considérée comme une prolongation de l'invalidité précédente. Le montant d'assurance dont les primes faisaient l'objet d'une exonération sera rétabli.

Si vous êtes de nouveau invalide plus de 6 mois – ou 100 jours ouvrables si vous bénéficiez d'une couverture au titre de l'assurance invalidité de longue durée administrée par le RAEO – suivant la cessation de l'exonération des primes et que votre invalidité est attribuable aux mêmes causes ou à des causes connexes ayant donné droit à l'exonération des primes au titre de la présente garantie, cette invalidité sera considérée comme une invalidité distincte.

Deux invalidités attribuables à des causes différentes sont considérées comme des invalidités distinctes si elles sont séparées par au moins une journée de travail.

### ***Paiement anticipé***

Un paiement anticipé de l'assurance vie de base de la participante ou du participant pourrait être versé si:

- de l'avis de l'assureur, vous souffrez d'une maladie qui doit normalement entraîner votre décès dans les 12 mois qui suivent la date de la demande;
- votre médecin traitant fournit à l'assureur une attestation médicale satisfaisante de votre maladie;
- vous êtes ou seriez considéré comme admissible à l'exonération des primes; et
- la demande pour le paiement anticipé est faite par écrit.

Le montant payable sera :

- 50 % du montant global de l'assurance vie de base de la participante ou du participant et de l'assurance vie facultative de la participante ou du participant en vigueur à la date de la demande; ou
- 50 000 \$, selon le montant le moins élevé.

Le paiement est fait en un seul versement.

### ***Montant payable à votre décès***

Le montant global de l'assurance vie de base de la participante ou du participant et de l'assurance vie facultative de la participante ou du participant payable à votre décès est réduit des montants suivants:

- le montant du paiement anticipé qui vous a été versé; et
- un montant correspondant à l'intérêt calculé à partir de la date du paiement anticipé jusqu'à la date de votre décès.

L'assureur indiquera le taux d'intérêt applicable lorsqu'il effectuera le paiement anticipé.

### ***Capital assuré pouvant être transformé***

Lorsque vous recevez un paiement anticipé, le capital assuré pouvant être transformé en une assurance vie individuelle aux termes du droit de transformation est réduit du montant du paiement anticipé.

### ***Droit de transformation***

En cas de cessation ou de réduction de votre couverture, il se pourrait que vous ayez le droit de transformer votre assurance vie de base de la participante ou du participant en assurance individuelle, sans avoir à présenter d'attestation médicale. Vous devez faire parvenir votre demande de transformation, accompagnée de la première prime mensuelle, dans les 31 jours suivant la cessation ou la réduction de l'assurance. Si vous décédez au cours du délai de transformation de 31 jours, le capital d'assurance transformable est versé à votre bénéficiaire ou à vos ayants droit, que vous ayez ou non présenté une demande de transformation.

Pour plus de renseignements sur le droit de transformation, consultez les Services d'assurance du RAEO. Selon la province, des règles différentes peuvent s'appliquer.

## **Votre assurance collective**

---

### **Assurance vie facultative de la participante ou du participant**

**L'assurance vie facultative de la participante ou du participant fait partie de la police d'assurance G0105001 de l'assureur.**

Advenant votre décès pendant que l'assurance vie facultative est en vigueur, votre bénéficiaire toucherait à la fois le capital-décès de cette assurance et de l'assurance vie de base de la participante ou du participant. Si votre bénéficiaire décède avant vous ou si vous n'avez pas désigné de bénéficiaire, la prestation est versée à vos ayants droit.

#### ***La garantie***

**Montant d'assurance** - multiples de 10 000 \$, à concurrence de 400 000 \$

**Maximum sans attestation médicale** - une attestation médicale est exigée pour tout montant d'assurance. Toutefois, une attestation médicale n'est pas exigée si vous demandez à souscrire une assurance vie facultative de 10 000 \$ dans les 31 jours suivant la date de votre admissibilité.

#### **Période d'attente de l'exonération de la prime**

Si vous bénéficiez d'une couverture au titre de l'assurance invalidité de longue durée administrée par le RAEO - la période d'invalidité qui doit s'écouler avant que les prestations d'invalidité de longue durée puissent être versées par l'assureur.

Si vous ne bénéficiez pas d'une couverture au titre de l'assurance invalidité de longue durée administrée par le RAEO - une période de 119 jours civils suivant immédiatement la date du début de votre invalidité.

**Âge de cessation** - l'assurance prend fin au départ à la retraite

**Période probatoire** - aucune

Pour adhérer à l'assurance vie facultative de la participante ou du participant, vous devez remplir la demande d'assurance vie facultative que vous pouvez vous procurer auprès des Services d'assurance du RAEO.

Pour obtenir des précisions sur la **désignation d'un bénéficiaire**, la **présentation des demandes de règlement** et le **droit de transformation**, veuillez vous reporter à la section Assurance vie de la participante ou du participant.

#### ***Exonération de la prime***

Si on vous accorde l'exonération du paiement de la prime de l'assurance vie de base de la participante ou du participant en raison d'une invalidité totale, on vous exonère également du paiement de la prime au titre de la présente garantie. (Voir la rubrique Exonération de la prime à la section Assurance vie de base de la participante ou du participant.)

#### ***Exclusions***

Dans le cas d'un suicide, aucun montant ne sera versé au titre de toute assurance vie facultative ayant été en vigueur depuis moins d'un an.

### Assurance vie facultative des personnes à charge

L'assurance vie facultative des personnes à charge fait partie de la police d'assurance G105001 de l'assureur.

Si votre conjointe ou conjoint décède pendant que l'assurance est en vigueur, le montant de cette garantie vous sera versé.

#### **La garantie**

#### **Montant d'assurance**

- Conjointe ou conjoint - multiples de 10 000 \$, à concurrence de 400 000 \$

- Enfant - Vous pouvez choisir l'une des options suivantes si vous faites la demande dans les 31 jours de la date d'admissibilité :

*Option 1* - 5 000 \$

*Option 2* - 10 000 \$

*Option 3* - 15 000 \$

*Option 4* - 20 000 \$

*Option 5* - 25 000 \$

**Maximum sans attestation médicale** - une attestation médicale est exigée pour tout montant d'assurance vie facultative des personnes à charge (conjointe ou conjoint).

#### **Âge de cessation**

Conjointe ou conjoint - la fin du mois au cours duquel votre conjointe ou conjoint atteint l'âge de 65 ans ou votre départ à la retraite, selon la première éventualité

Enfant - votre départ à la retraite

**Période probatoire** - aucune

Pour adhérer à l'assurance-vie facultative des personnes à charge, vous devez remplir la demande d'assurance vie facultative que vous pouvez vous procurer auprès des Services d'assurance du RAEO.

#### **Présentation des demandes de règlement**

Pour présenter une demande de règlement d'assurance vie facultative des personnes à charge, vous devez remplir le formulaire dans la « Trousse de demande de règlement d'assurance vie » que vous pourrez vous procurer auprès des Services d'assurance du RAEO. Les documents qui doivent être présentés en même temps que le formulaire sont énumérés dans ce dernier.

Les formulaires de demande de règlement doivent être présentés, dûment remplis, dans les 90 jours qui suivent la date du décès.

#### **Exonération de la prime**

Veillez vous reporter à la section Assurance vie de base de la participante ou du participant pour plus de précisions sur la clause Exonération de la prime.

## **Votre assurance collective**

---

### **Exception**

Si vous n'avez pas adhéré à l'assurance vie facultative de la participante ou du participant, la clause Exonération de la prime ne peut s'appliquer à l'assurance vie facultative des personnes à charge dont bénéficie votre conjointe ou conjoint, sauf si :

- au moment de l'adhésion de votre conjointe ou conjoint à l'assurance vie facultative des personnes à charge, vous avez présenté à l'assureur une attestation médicale pour vous-même, et
- l'assureur a accepté votre attestation médicale.

### **Droit de transformation**

Si l'assurance vie de votre conjointe ou conjoint prend fin, il est possible que vous ayez le droit de transformer cette assurance en une assurance individuelle sans avoir à présenter d'attestation médicale. La proposition d'assurance individuelle et la première prime mensuelle doivent parvenir à l'assureur dans les 31 jours qui suivent la résiliation de l'assurance collective. Si votre conjointe ou conjoint décède au cours du délai de transformation de 31 jours, le capital assuré transformable vous est versé, que vous ayez ou non présenté une demande de transformation. Si vous êtes domicilié au Québec et si l'assurance d'un enfant à votre charge prend fin, il est possible que vous ayez le droit de transformer cette assurance en une assurance individuelle, comme il est indiqué ci-dessus au titre du droit de transformation s'appliquant à l'assurance de la conjointe ou du conjoint.

Pour plus de renseignements sur le droit de transformation, veuillez communiquer avec les Services d'assurance du RAEO. Selon la province, des règles différentes peuvent s'appliquer.

### **Exclusions**

Dans le cas d'un suicide du conjoint, aucun montant ne sera versé au titre de toute assurance vie facultative des personnes à charge ayant été en vigueur depuis moins d'un an pour le conjoint.

## **Assurance maladie complémentaire**

**La garantie d'assurance maladie complémentaire est fournie directement par l'Ontario Secondary School Teachers' Federation Employee Life and Health Trust. L'administrateur a été engagé pour traiter et gérer les demandes de règlement que vous présentez au titre de la présente garantie suivant les règles et les pratiques standard en matière d'assurance. Le versement des prestations est fonction des dispositions de la présente brochure et du régime de votre titulaire de contrat.**

**L'assurance maladie complémentaire fait partie de l'exposé de régime G0205001 de l'administrateur.**

Si vous ou les personnes à votre charge engagez des frais couverts parmi ceux énumérés ci-après, vous aurez peut-être droit à une aide financière au titre de la garantie d'assurance maladie complémentaire.

Le paiement de frais couverts est limité au montant des prestations maximales figurant sous la rubrique « La garantie » et dans la liste des frais couverts.

Les sommes prises en compte dans le calcul de la prestation maximale correspondent aux sommes versées après déduction de la franchise et l'application du pourcentage de remboursement ou de toute autre clause applicable.

### Indemnités de médicaments et services pharmaceutiques pour les personnes domiciliées au Québec

Les régimes d'assurance collective prévoyant une indemnité de médicaments pour les personnes domiciliées au Québec doivent répondre à certaines exigences de la loi sur l'assurance-médicaments du Québec (« Loi sur l'assurance-médicaments et Loi sur l'assurance maladie et modifiant diverses dispositions législatives »). Si vous et les personnes à votre charge êtes domiciliés au Québec, les clauses précisées à la section Indemnité de Médicaments et Services pharmaceutiques pour les personnes domiciliées au Québec s'appliqueront à votre indemnité de médicaments.

#### **La garantie**

**Prestation maximale globale** - aucune

**Franchise** - aucune

**Maximum des frais d'exécution d'ordonnance** - Dans le cas des médicaments d'entretien, le nombre de remboursements des frais d'exécution d'ordonnance ne peut pas dépasser six par période de 12 mois consécutifs.

#### **Pourcentage de remboursement**

100 % pour les frais suivants :

- Soins hospitaliers
- Médicaments
- Soins de la vue
- Services professionnels
- Fournitures et services médicaux

#### **Remarque :**

*Le pourcentage de remboursement dans le cas d'un traitement médical reçu d'urgence à l'extérieur de la province/à l'étranger est de 100 %.*

*Le pourcentage de remboursement dans le cas d'un renvoi à l'étranger pour un traitement qui est offert au Canada est de 50 %.*

*Le pourcentage de remboursement dans le cas de l'Assistance-voyage en cas d'urgence est de 100 %.*

**Âge de cessation** - âge de la participante ou du participant à son départ à la retraite

**Période probatoire** - aucune

#### **Frais couverts**

Les frais précisés sont couverts pourvu qu'ils soient jugés raisonnables et habituels, par l'administrateur, agissant au nom du titulaire de contrat, et qu'ils soient :

- nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure et recommandés par un médecin;
- engagés pour le traitement d'une personne couverte, en cours de garantie, au titre du présent régime d'assurance collective;
- raisonnables compte tenu de tous les facteurs;
- non remboursables au titre du régime provincial ou de tout autre régime public;
- assurables en vertu de la loi;

## **Votre assurance collective**

---

- liés à des médicaments, des fournitures, des soins ou des services utilisés comme prescrits ou recommandés par un médecin;
- validés par le processus de diligence raisonnable de l'administrateur et qu'une diligence raisonnable à l'égard du médicament, des fournitures, du soin ou du service ait été exercée au besoin.

Dans le cas où les soins, les services, les traitements et les fournitures cessent d'être couverts, en tout ou en partie, par un régime provincial, un programme ou un régime public ou encore un programme prévu par la loi, les frais qui ne sont plus couverts par le régime ou le programme en question ne seront pas remboursables d'office au titre du présent régime. Au moment du changement, une évaluation sera faite en vue de déterminer si les frais sont remboursables.

Le présent régime ne prend pas automatiquement en charge l'ensemble des médicaments, des soins, des services et des fournitures prescrits. L'administrateur passe en revue les nouveaux médicaments, les nouvelles indications de médicaments existants, les soins, les services et les fournitures, conformément au processus de diligence raisonnable. À la fin du processus, l'administrateur prend l'une des décisions suivantes : couvrir, couvrir en utilisant des critères d'autorisation préalable, exclure ou appliquer des maximums de remboursement.

L'administrateur tient à jour une liste de médicaments, de soins, de services et de fournitures qui nécessitent une autorisation préalable. L'autorisation préalable vise à vérifier si le traitement prescrit est nécessaire du point de vue médical. Lorsqu'il existe un traitement équivalent moins cher, il est possible que l'on demande à la personne d'essayer le traitement équivalent.

S'il le juge approprié, l'administrateur peut demander au médecin des renseignements médicaux, des résultats de test ou d'autres documents pour déterminer l'admissibilité du médicament, du soin, du service ou des fournitures.

S'il y a lieu, l'administrateur peut vérifier si vous ou les personnes à votre charge faites appel aux réseaux de distribution exclusifs de l'administrateur pour l'achat de médicaments, de soins, de services ou de fournitures. L'administrateur peut refuser de rembourser les frais de médicaments, de soins, de services ou de fournitures obtenus d'un fournisseur ne faisant pas partie du réseau de distribution exclusif.

### **Observance thérapeutique**

La non-observance thérapeutique peut faire en sorte que les médicaments, les soins, les services ou les fournitures n'ouvrent plus droit à un remboursement.

### **Programmes d'aide aux patients**

L'administrateur peut exiger que vous ou les personnes à votre charge vous inscriviez et participiez à tout programme d'aide aux patients auquel vous êtes admissibles. L'administrateur se réserve le droit de déduire des frais remboursables le montant de l'aide financière à laquelle vous ou les personnes à votre charge avez droit dans le cadre d'un programme d'aide aux patients.

### **Programmes de gestion des maladies**

On peut exiger la participation à un programme de gestion des maladies. La décision relative à l'obligation de participer au programme revient à l'administrateur.

### ***Provision maximale***

Le remboursement de produits qui sont couverts au titre de la présente garantie et qu'on peut se procurer en grande quantité sera limité à un approvisionnement de trois mois au maximum par achat.

### - Frais de médicaments

La quantité maximale de médicaments couverte pour chaque ordonnance sera la plus petite des quantités suivantes :

- a) la quantité prescrite par le médecin ou le dentiste; ou
- b) une provision de 34 jours.

Une provision maximale de 100 jours pourra être couverte dans le cas d'un traitement de longue durée, si le médecin et le pharmacien jugent qu'il convient de prescrire une plus grande quantité de médicaments.

### **Soins hospitaliers**

- frais de séjour en chambre à deux lits excédant le tarif de salle, à condition que :
  - la personne soit hospitalisée; et
  - le type de chambre ait été expressément choisi par écrit par le patient.
- séjour dans une maison de soins pour malades chroniques si l'admission a lieu dans les 14 jours suivant une hospitalisation d'au moins cinq jours, jusqu'à concurrence de 180 jours par année de couverture;
- la partie des frais de séjour en salle ou des frais modérateurs facturée au patient à l'hôpital (ou les frais similaires) n'est pas couverte.

### **Régime de médicaments génériques Manuscript 2 – Médicaments d'ordonnance**

Les frais suivants sont couverts s'ils sont engagés pour des médicaments ou des fournitures prescrits par écrit par un médecin ou un dentiste et délivrés par un pharmacien autorisé :

- médicaments qui servent au traitement d'une maladie ou d'une blessure et qui ne peuvent être obtenus que sur ordonnance du médecin ou du dentiste en vertu de la loi;
- contraceptifs oraux, stérilets et diaphragmes;
- médicaments injectables (les honoraires demandés par un professionnel de la santé ou un médecin pour administrer des médicaments injectables ne sont pas couverts);
- médicaments de soutien vital;
- vaccins et médicaments préventifs (par voie orale ou injection);
- seringues, aiguilles et aides diagnostiques ordinaires, nécessaires au traitement du diabète (à l'exclusion des tampons d'ouate, de l'alcool à friction, des injecteurs automatiques à pression et d'autres appareils semblables).

*Les frais engagés pour ce qui suit sont exclus :*

- médicaments, produits biologiques et préparations similaires qui sont administrés à l'hôpital à un patient hospitalisé ou en consultation externe;
- frais de médicaments jugés inadmissibles à la suite du processus de diligence raisonnable;

## **Votre assurance collective**

---

- produits antitabagiques;
- médicaments contre l'obésité.

### **- Maximums relatifs aux frais de médicaments**

Médicaments contre la stérilité - 18 000 \$ la vie durant

Médicaments utilisés pour le traitement d'une dysfonction sexuelle - 500 \$ par année de couverture

Tous les autres frais de médicaments couverts - aucun

### **- Prestation payable**

Le remboursement des frais engagés pour des médicaments couverts tient compte de la franchise, du maximum des frais d'exécution d'ordonnance, du pourcentage de remboursement des frais de médicaments et, s'il y a lieu, du maximum.

Le montant des frais remboursables ne pourra dépasser le coût du médicament équivalent moins cher qui peut être légalement utilisé pour exécuter l'ordonnance, selon la liste des médicaments couverts par le régime provincial ou un équivalent moins cher qui donne des résultats semblables sur le plan thérapeutique reconnu par l'administrateur.

L'administrateur peut limiter les frais remboursables au coût d'un médicament interchangeable moins cher au moment de l'achat du médicament.

Lorsqu'il n'existe aucun médicament équivalent moins cher pouvant être utilisé à la place du médicament prescrit, le montant des frais remboursables est égal au coût du médicament prescrit.

### **- Aucune substitution**

Lorsque le médecin ou le dentiste indique sur l'ordonnance que le médicament prescrit ne doit pas être remplacé par un autre produit, le remboursement maximal correspond au prix du médicament équivalent moins cher qui peut être légalement utilisé pour exécuter l'ordonnance, selon la liste des médicaments couverts par le régime provincial ou un équivalent moins cher qui donne des résultats semblables sur le plan thérapeutique reconnu par l'administrateur.

Lorsqu'il n'existe aucun médicament équivalent moins cher pouvant être utilisé à la place du médicament prescrit, le montant des frais remboursables est égal au coût du médicament prescrit.

Le remboursement au coût du médicament prescrit pour lequel il existe un équivalent moins cher ne peut être pris en considération que si le médecin traitant fournit des renseignements médicaux indiquant les raisons pour lesquelles le médicament équivalent moins cher n'est pas toléré ou est inefficace.

Le remboursement des frais engagés pour des médicaments couverts tient compte de la franchise, du maximum des frais d'exécution d'ordonnance, du pourcentage de remboursement des frais de médicaments et, s'il y a lieu, du maximum.

### **- Règlement des frais de médicaments**

Lorsque vous présentez votre carte médicaments à votre pharmacien, celui-ci peut vérifier immédiatement quels médicaments sont couverts par le régime. Lorsque vous présentez votre carte médicaments au moment de l'achat, vous et les personnes à votre charge n'avez pas à payer la totalité du coût des médicaments ou des fournitures prescrits.

La carte est acceptée par les pharmaciens participants qui affichent la vignette ayant trait au programme de règlement direct des médicaments.

Pour obtenir les médicaments ou fournitures couverts qui vous ont été prescrits, vous devez :

- a) présenter votre carte médicaments au pharmacien au moment de l'achat; et
- b) acquitter la partie des frais qui n'est pas couverte au titre de la présente garantie.

Vous devrez payer la totalité du coût des médicaments ou des fournitures qui vous ont été prescrits au moment de leur achat :

- si vous ne trouvez pas de pharmacie participante;
- si vous n'avez pas votre carte médicaments;
- si les médicaments qui vous ont été prescrits ne peuvent être payés avec votre carte médicaments.

Pour de plus amples renseignements sur les modalités de remboursement des frais de médicaments que vous avez réglés, veuillez communiquer avec les Services d'assurance du RAEO.

### ***Programme de gestion des médicaments de spécialité (offert dans toutes les provinces sauf le Québec)***

Le Programme de gestion des médicaments de spécialité repose sur un réseau de fournisseurs privilégiés pour offrir des services pharmaceutiques, des tarifs préférentiels et des services de gestion de dossiers à l'égard des médicaments de spécialité. Les médicaments de spécialité visés par l'administrateur sont des médicaments très coûteux servant au traitement de maladies chroniques complexes ou mettant la vie en danger; ces médicaments peuvent exiger des soins particuliers sur les plans de la conservation, de la manipulation et de l'administration (par injection ou par perfusion, entre autres), demander des efforts importants au chapitre de l'information des patients et nécessiter une surveillance et une gestion rigoureuses. Les services décrits ci-dessous s'appliquent aux personnes couvertes et inscrites au programme.

#### **- Gestion de dossiers**

Les services de gestion de dossiers peuvent comprendre, par exemple, ce qui suit :

- introduction de programme;
- arrangements nécessaires pour l'exécution des ordonnances et la distribution des médicaments;
- informations sur les maladies et les médicaments;
- optimisation des thérapies;
- coordination des essais d'efficacité pour vérifier si le médicament produit l'effet escompté;
- accompagnement santé dans quatre domaines, soit l'alimentation, l'activité physique, la désaccoutumance au tabac et la gestion du stress;
- aide à la recherche d'autres sources de financement, qui peuvent comprendre les programmes d'aide aux patients et les programmes provinciaux;
- coordination et transfert des ordonnances à l'une des pharmacies du réseau;

## **Votre assurance collective**

---

- surveillance de l'observance du traitement; et
- aide pour la gestion des effets secondaires.

L'étendue des services de gestion de dossiers offerts variera en fonction du diagnostic posé, du médicament prescrit et du plan de traitement recommandé.

### **- Services pharmaceutiques fournis dans le cadre du Programme de gestion des médicaments de spécialité**

Les services pharmaceutiques fournis dans le cadre du Programme de gestion des médicaments de spécialité comprennent ce qui suit :

- tarifs préférentiels;
- expertise dans la gestion des médicaments de spécialité;
- livraison des médicaments à l'endroit choisi, soit à domicile, à une clinique de perfusion ou au cabinet du médecin;
- service d'assistance téléphonique donnant accès aux conseils d'un pharmacien à toute heure du jour ou de la nuit;
- expertise dans l'expédition des médicaments thermosensibles et la gestion de la chaîne de froid; et
- expertise dans la gestion des perfusions et des injections, en sensibilisation des patients ainsi que dans la gestion des soins oncologiques personnels et attentionnés et des médicaments biologiques.

Les règles en vigueur au Québec à l'heure actuelle empêchent l'administrateur d'offrir les services d'un réseau de fournisseurs privilégiés dans cette province. L'administrateur offrira ces services au moment où les règles en question seront modifiées.

### **- Remboursement des médicaments de spécialité**

Lorsqu'un médicament est jugé admissible au titre du régime, mais que d'autres médicaments donnent des résultats semblables sur le plan thérapeutique, le programme prévoit l'obtention et le remboursement du médicament équivalent le moins cher. Si le médecin fournit la preuve que le médicament équivalent n'est pas toléré par le patient, ou qu'il est inefficace dans son cas, le remboursement du médicament prescrit sera alors pris en considération.

Les frais remboursables sont assujettis à la franchise relative aux médicaments, au maximum des frais d'exécution d'ordonnance, au pourcentage de remboursement des frais de médicaments et, s'il y a lieu, aux maximums qui figurent dans le Tableau des garanties.

L'administrateur peut exiger que la personne couverte s'inscrive à tout programme d'aide aux patients auquel elle est admissible et qu'elle y participe. L'administrateur assurera la coordination des prestations exigibles au titre de l'exposé de régime avec celles auxquelles la personne couverte a droit au titre du programme d'aide aux patients.

### **Soins de la vue**

- examens de la vue, à raison d'un examen par période de deux années de couverture;
- achat et ajustement de lunettes d'ordonnance ou de lentilles cornéennes, ainsi que les réparations, ou interventions au laser visant à corriger la vue, jusqu'à concurrence de 500 \$ par période de deux années de couverture;

- si des lentilles cornéennes sont nécessaires au traitement d'une affection grave ou peuvent porter le degré de vision de l'œil le plus puissant à 20/40 dans les cas où des lunettes ne permettent pas un tel résultat, la prestation maximale sera de 500 \$ par période de deux années de couverture;
- entraînement visuel, jusqu'à concurrence de 200 \$ la vie durant.

### **Services professionnels**

Services offerts par les praticiens agréés suivants :

- Chiropraticien - 750 \$ par année de couverture
- Ostéopathe - 500 \$ par année de couverture
- Podiatre/Chiropodiste - 300 \$ par année de couverture
- Massothérapeute - 750 \$ par année de couverture
- Naturopathe - 750 \$ par année de couverture
- Orthophoniste - 1 000 \$ par année de couverture
- Physiothérapeute - 1 500 \$ par année de couverture
- Psychologue - 2 000 \$ par année de couverture pour l'ensemble des services d'un psychologue, d'un psychothérapeute, d'un thérapeute matrimonial et familial et d'un travailleur social
- Diététiste - 300 \$ par année de couverture pour les services d'un diététiste et d'un nutritionniste
- Thérapeute matrimonial et familial - 2 000 \$ par année de couverture pour l'ensemble des services d'un psychologue, d'un psychothérapeute, d'un thérapeute matrimonial et familial et d'un travailleur social
- Nutritionniste - 300 \$ par année de couverture pour les services d'un diététiste et d'un nutritionniste
- Travailleur social - 2 000 \$ par année de couverture pour l'ensemble des services d'un psychologue, d'un psychothérapeute, d'un thérapeute matrimonial et familial et d'un travailleur social

Année de couverture : du 1<sup>er</sup> septembre au 31 août

Certains de ces services professionnels sont payés en partie par les régimes provinciaux. Il peut être interdit par la législation provinciale de couvrir les frais non remboursés avant que le plafond prévu par le régime provincial soit atteint. Dans les provinces où c'est le cas, le présent régime prend en charge les frais une fois que le plafond prévu par le régime provincial pour l'année de couverture a été atteint.

Il n'est pas nécessaire qu'un médecin recommande les services professionnels, sauf pour les services d'un massothérapeute, tous les 12 mois. La recommandation d'une infirmière praticienne peut également être fournie.

## **Votre assurance collective**

---

### ***Fournitures et services médicaux***

Dans le cas des fournitures et des appareils médicaux couverts au titre de la présente clause, les frais remboursables sont limités au coût de l'appareil ou de l'article qui répond adéquatement aux besoins médicaux fondamentaux du patient.

### ***Soins infirmiers privés***

Soins infirmiers privés qui sont réputés inclus dans le champ de pratique des soins infirmiers et qui sont fournis au domicile du patient par :

- une infirmière ou un infirmier autorisés; ou
- une infirmière ou un infirmier licenciés; ou
- une infirmière ou un infirmier auxiliaires autorisés (ou toute désignation équivalente) qui a réussi un programme de formation reconnu sur l'administration des médicaments.

Les frais couverts sont remboursables, jusqu'à concurrence de 50 000 \$ par année de couverture.

Les frais engagés pour ce qui suit ne sont pas couverts :

- soins de garde, travaux ménagers ou services de surveillance;
- soins donnés par une infirmière ou un infirmier qui est un proche parent du patient ou qui habite sous le même toit que lui;
- soins donnés pendant que le patient séjourne dans un hôpital, une maison de repos ou un autre établissement semblable;
- soins pouvant être donnés par une personne moins qualifiée, un parent ou un ami du patient, ou une personne habitant sous le même toit que lui.

### ***Détermination préalable des frais remboursables***

Il vous est conseillé de présenter un plan de traitement détaillant les coûts prévus avant d'avoir recours à des soins infirmiers privés. On vous avisera alors de toute prestation à laquelle vous pourriez avoir droit.

### **Ambulance**

- le transport en ambulance autorisée fourni dans la province du domicile du patient, y compris en ambulance aérienne, pour transférer le patient à l'hôpital le plus proche en mesure de fournir le traitement requis.

### **Appareils médicaux**

- location, ou achat si l'administrateur le permet au nom du titulaire de contrat, du matériel suivant :
  - matériel de mobilité : béquilles, cannes, ambulateurs et fauteuils roulants;
  - équipement médical durable : lit d'hôpital manuel, respirateur et appareil pour l'administration de l'oxygène et autres appareils médicaux que l'on ne trouve habituellement que dans les hôpitaux.

### **Prothèses non dentaires, supports et aides auditives**

- prothèses externes;
- bas de soutien, jusqu'à concurrence de six paires par année de couverture;

- soutiens-gorge post-mastectomie, jusqu'à concurrence de six soutiens-gorge par année de couverture;
- attelles (sauf les attelles podologiques), bandages herniaires, colliers, orthèses de la jambe, plâtres et éclisses;
- chaussures orthopédiques de série et modifications ou ajustements aux chaussures orthopédiques de série ou aux chaussures ordinaires, jusqu'à concurrence de 500 \$ par année de couverture (on exige une recommandation d'un médecin ou d'un podiatre/chiropriste);
- chaussures fabriquées sur mesure qui sont nécessaires en raison d'une anomalie physiologique qui, selon les attestations médicales, ne peut être corrigée par des chaussures orthopédiques de série ni des chaussures orthopédiques de série modifiées, jusqu'à concurrence de 500 \$ par paire, sous réserve de deux paires par année de couverture (les chaussures fabriquées sur mesure doivent être fabriquées par un spécialiste dûment autorisé en chaussures orthopédiques);
- orthèses moulées, fabriquées sur mesure, jusqu'à concurrence de 750 \$ par année de couverture (on exige une recommandation d'un médecin ou d'un podiatre/chiropriste);
- coût, mise en place, réparation et entretien d'aides auditives (y compris l'achat de piles), jusqu'à concurrence de 4 000 \$ par période de quatre années de couverture.

### **Autres fournitures et services médicaux**

- fournitures nécessaires contre l'incontinence ou par suite d'une iléostomie ou d'une colostomie;
- pansements médicamenteux et vêtements pour brûlés;
- perruques et prothèses capillaires pour les patients avec une perte permanente ou temporaire de cheveux par suite d'un traitement médical ou une condition médicale, sauf l'alopecie androgénique (calvitie masculine et féminine), jusqu'à concurrence de 500 \$ la vie durant;
- oxygène;
- tests microscopiques et autres actes et tests diagnostiques semblables effectués dans un laboratoire dûment autorisé au Québec;
- traitement de blessures accidentelles causées aux dents naturelles ou à la mâchoire, pourvu que le traitement soit fourni dans les 12 mois suivant l'accident. Les blessures résultant de la mastication sont exclues;
- glucomètres, jusqu'à concurrence de 150 \$ par année de couverture.

### **Frais engagés à l'extérieur de la province/à l'étranger**

- traitement médical requis par suite d'une urgence médicale survenant pendant les 60 premiers jours d'un séjour temporaire à l'extérieur de la province du domicile, pourvu que la personne couverte qui reçoit le traitement soit aussi assurée par le régime provincial pendant ce séjour à l'extérieur de la province du domicile, jusqu'à concurrence de 5 000 000 \$ la vie durant;

## **Votre assurance collective**

---

Par « urgence médicale », on entend :

- une blessure soudaine et inattendue ou une maladie imprévue survenant au cours d'un voyage de la personne couverte (vous ou une personne à votre charge) à l'extérieur de la province du domicile; ou
- un problème de santé particulier ou une affection précise déjà diagnostiquée, mais stable du point de vue médical, lors du départ.

Par « stable », on entend que, dans les 90 jours précédant la date du départ, la personne couverte (vous ou une personne à votre charge) n'a :

- reçu aucun traitement ni subi d'examen à l'égard de nouveaux symptômes ou d'une nouvelle affection;
- connu aucune aggravation des symptômes existants ni augmentation de leur fréquence;
- dû apporter aucun changement à ses traitements ou médicaments (à part les ajustements de routine dans le cadre de soins continus);
- pas été hospitalisée pour recevoir un traitement lié à l'affection.

La couverture n'est pas offerte s'il est prévu que vous (ou la personne à votre charge) subissiez un test, un examen ou un traitement inhabituel relativement à votre affection ou à une affection non diagnostiquée.

La couverture s'applique en cas d'urgence médicale liée à la grossesse, pourvu que le voyage soit terminé au moins quatre semaines avant la date prévue de l'accouchement.

L'urgence médicale prend fin lorsque le médecin traitant estime, d'après les renseignements médicaux dont il dispose, que l'état du patient est suffisamment stable pour lui permettre de retourner dans sa province ou son territoire de résidence.

- renvoi à l'étranger en vue d'un traitement offert au Canada, jusqu'à concurrence de 3 000 \$ par période de trois années civiles.

Si, pendant qu'elle suit un traitement médical pour lequel elle a été dirigée à l'étranger, la personne couverte a besoin d'un traitement pour une affection qui est liée directement ou indirectement à ce traitement, la totalité des frais remboursables pour l'ensemble du traitement est assujettie à un maximum de 3 000 \$ par période de trois années civiles.

Dans le cas d'un traitement médical non urgent administré à l'étranger :

- le traitement doit être recommandé par un médecin exerçant au Canada; et
- il vous est conseillé de présenter une description détaillée du traitement à des fins d'évaluation des coûts, avant le début du traitement. On vous informera de la somme qui sera accordée, le cas échéant.

*Les frais engagés pour ce qui suit sont remboursables au titre de cette garantie :*

- services d'un médecin;
- frais de séjour à l'hôpital selon les tarifs de salle normaux. Les frais excédant le tarif de salle sont remboursables si l'indemnité de « soins hospitaliers » fait partie du présent régime;

- services hospitaliers spéciaux;
- frais engagés à l'hôpital en consultation externe;
- transport en ambulance autorisée, y compris en ambulance aérienne, pour transférer le patient à l'établissement médical ou l'hôpital le plus proche en mesure de fournir le traitement requis;
- évacuation sanitaire en vue de l'admission dans un hôpital ou un établissement médical dans la province du domicile habituel du patient.

La somme payable à l'égard de ces frais correspond aux frais raisonnables et habituels, réduits de la somme payable au titre du régime provincial.

Tous les autres frais engagés à l'extérieur de la province de domicile au titre de la garantie d'assurance maladie complémentaire sont remboursés au même titre que s'ils avaient été engagés dans la province de domicile.

### **Assistance-voyage en cas d'urgence**

L'Assistance-voyage en cas d'urgence est un programme d'assistance-voyage dont vous et les personnes à votre charge couvertes pouvez bénéficier au cours des 60 premiers jours d'un séjour temporaire à l'extérieur de la province de votre domicile. Les services d'assistance sont fournis par une organisation internationale, spécialisée en assistance-voyage.

Vous pouvez obtenir une assistance en cas d'urgence médicale ou non médicale survenant pendant un voyage. Les services sont offerts pendant la période au cours de laquelle vous êtes couvert pour les frais engagés à l'extérieur de la province ou à l'étranger au titre de la présente garantie.

De plus, l'Assistance-voyage en cas d'urgence vous offre, ainsi qu'aux personnes à votre charge, un service de conseils-santé au moment où vous en avez besoin, que vous soyez à la maison ou en voyage.

Vous trouverez des renseignements sur l'Assistance-voyage en cas d'urgence ci-dessous, ainsi que dans la brochure de l'Assistance-voyage en cas d'urgence.

### **Assistance médicale en cas d'urgence**

Par « urgence médicale », on entend :

- une blessure soudaine et inattendue ou une maladie imprévue survenant au cours d'un voyage de la personne couverte (vous ou une personne à votre charge) à l'extérieur de la province du domicile, ou
- un problème de santé particulier ou une affection précise déjà diagnostiquée, mais stable du point de vue médical, lors du départ.

Par « stable », on entend que, dans les 90 jours précédant la date du départ, la personne couverte (vous ou une personne à votre charge) n'a :

- reçu aucun traitement ni subi d'examen à l'égard de nouveaux symptômes ou d'une nouvelle affection;
- connu aucune aggravation des symptômes existants ni augmentation de leur fréquence;

## **Votre assurance collective**

---

- dû apporter aucun changement à ses traitements ou médicaments (à part les ajustements de routine dans le cadre de soins continus);
- pas été hospitalisée pour recevoir un traitement lié à l'affection.

La couverture n'est pas offerte s'il est prévu que vous (ou la personne à votre charge) subissiez un test, un examen ou un traitement inhabituel relativement à votre affection ou à une affection non diagnostiquée.

La couverture s'applique en cas d'urgence médicale liée à la grossesse, pourvu que le voyage soit terminé au moins quatre semaines avant la date prévue de l'accouchement.

L'urgence médicale prend fin lorsque le médecin traitant estime, d'après les renseignements médicaux dont il dispose, que l'état du patient est suffisamment stable pour lui permettre de retourner dans sa province ou son territoire de résidence.

### **a) Assistance 24 heures sur 24**

Assistance multilingue disponible 24 heures sur 24, sept jours par semaine, par téléphone (sans frais ou à frais virés), par télex ou par télécopieur.

### **b) Renvoi à un médecin, dentiste, etc.**

Renvoi au médecin, au dentiste, au pharmacien ou à l'établissement médical approprié le plus proche et confirmation de la couverture.

### **c) Règlement des frais médicaux**

Si un hôpital ou tout autre dispensateur de soins médicaux exige un acompte ou le paiement intégral des services fournis et que les frais totalisent plus de 200 \$ (en dollars canadiens), on prendra les mesures nécessaires pour régler ces frais et présenter au nom de la personne couverte les demandes de remboursement nécessaires.

Le paiement et le remboursement des frais tiennent compte de la couverture de la personne couverte au titre du régime provincial et de la présente garantie. S'il s'avère que les frais qui ont été réglés excèdent le montant des prestations auxquelles la personne couverte a droit, l'administrateur se réserve le droit d'exiger que la personne couverte rembourse le trop-perçu ou fasse cession des prestations payables par le régime provincial.

### **d) Contrôle des soins reçus**

Le personnel médical effectuera un contrôle des soins et services médicaux reçus et entrera en communication, aussi souvent que nécessaire, avec la personne couverte, son médecin traitant, son médecin de famille et sa famille.

### **e) Transport pour des raisons médicales**

Si c'est nécessaire du point de vue médical, on prendra les mesures appropriées en vue du transport de la personne couverte à destination et en provenance de l'établissement médical le plus proche ou à destination d'un établissement médical de la province de son domicile. Les frais engagés pour le transport médical sont remboursables aux conditions précisées à la rubrique Fournitures et services médicaux - Frais engagés à l'extérieur de la province/à l'étranger.

Si la présence d'un accompagnateur médical est nécessaire du point de vue médical, les frais engagés pour son transport aller et retour sont pris en charge.

f) **Rapatriement des enfants à charge**

Si, par suite de l'hospitalisation d'une personne couverte, des enfants à sa charge se retrouvent seuls, on prendra les arrangements nécessaires pour ramener les enfants à leur domicile et la portion non remboursable du transport sera prise en charge.

Au besoin, les frais de voyage aller-retour d'une personne qualifiée pour accompagner les enfants sont également pris en charge.

g) **Interruption du voyage ou retard sur le programme**

Si un voyage ne peut pas se poursuivre ou est retardé en raison d'une maladie ou d'une blessure d'une personne couverte, on organisera le transport en classe économique (aller simple) de chaque personne couverte (et d'un compagnon de voyage s'il y a lieu), afin qu'elle puisse poursuivre le voyage ou rentrer chez elle, et la partie non remboursable des frais de transport est prise en charge.

Un compagnon de voyage est une personne qui voyage avec la personne couverte et dont les frais de transport et d'hébergement ont été payés à l'avance en même temps que ceux de la personne couverte.

Si la personne couverte décide de poursuivre le voyage, les frais engagés ultérieurement liés directement ou indirectement à la même maladie ou à la même blessure ne seront pas remboursés.

Si la personne couverte doit revenir à la maison en raison de l'hospitalisation ou du décès d'un proche parent, on organise son transport en classe économique (aller simple) et la partie non remboursable du voyage est prise en charge.

h) **Convalescence après la sortie de l'hôpital**

Si, pour des raisons médicales, la personne couverte est dans l'incapacité de voyager suivant sa sortie de l'hôpital, les frais engagés pour les repas et l'hébergement après la date de départ initialement prévue sont remboursés, sous réserve du maximum prévu à l'alinéa l).

i) **Déplacement d'un proche parent**

Si, pendant un voyage effectué seule, la personne couverte est hospitalisée et que l'hospitalisation doit durer plus de sept jours, les frais de voyage aller et retour en classe économique d'un proche parent jusqu'à l'hôpital sont pris en charge. Le déplacement du proche parent doit préalablement être approuvé par l'administrateur.

j) **Retour du véhicule automobile**

Si la personne couverte est dans l'incapacité, pour cause de maladie, de blessure ou de décès, de conduire son véhicule ou un véhicule de location, on prend les dispositions nécessaires pour ramener le véhicule à son domicile ou à l'agence de location la plus proche et les frais, jusqu'à concurrence de 1 000 \$ (en dollars canadiens), sont pris en charge.

k) **Identification du corps de la personne couverte**

Si la personne couverte décède au cours d'un voyage effectué seul, les frais de voyage aller et retour d'un proche parent, en classe économique, afin qu'il puisse identifier le corps avant son rapatriement sont pris en charge.

## **Votre assurance collective**

---

### **l) Hébergement et repas**

Dans les situations décrites aux paragraphes f), g), h), i) et k), les frais d'hébergement et de repas sont pris en charge, sous réserve d'un maximum global de 2 000 \$ (en dollars canadiens) par urgence médicale.

### **Assistance non médicale**

#### **a) Rapatriement de la dépouille de la personne couverte**

Si la personne couverte décède, on obtient les autorisations nécessaires et on prend des dispositions pour le rapatriement du corps dans la province de domicile de la personne couverte. Sont remboursables les frais engagés pour la préparation du corps, ainsi que pour son transport, sous réserve d'un remboursement maximal de 5 000 \$ (en dollars canadiens). Les frais liés à l'inhumation, notamment l'achat d'un cercueil ou d'une urne, ne sont pas remboursables.

#### **b) Remplacement de papiers personnels et de titres de transport**

En cas de perte ou de vol, on apporte l'aide nécessaire à la personne couverte afin qu'elle puisse communiquer avec les autorités locales pour remplacer les passeports, les visas, les titres de transport ou autres documents de voyage.

#### **c) Renvoi à un conseiller juridique**

On adresse la personne couverte à un conseiller juridique sur place et, au besoin, on lui prête l'aide nécessaire pour se faire avancer des fonds par sa famille, ses amis, ou sur ses cartes de crédit.

#### **d) Service d'interprétation téléphonique**

Un service d'interprétation téléphonique dans les principales langues est offert.

#### **e) Transmission de messages**

Un service de messagerie téléphonique s'occupe de transmettre à la personne couverte les messages de sa famille, de ses amis ou de ses associés. Il achemine également les messages de la personne couverte. Les messages sont gardés pendant 15 jours.

#### **f) Assistance avant le voyage**

Des renseignements à jour sur les exigences du pays où la personne couverte compte se rendre en matière de passeport, visa, vaccination et inoculation sont fournis.

### **Service de conseils-santé**

La personne couverte peut avoir recours aux services suivants s'ils sont nécessaires par suite d'une maladie ou d'une blessure :

#### **a) Accès aux services d'une infirmière ou d'un infirmier autorisés après les heures normales de travail**

La personne couverte peut communiquer avec une infirmière autorisée au moyen d'un numéro de téléphone sans frais sept jours par semaine, lorsqu'elle ne peut pas joindre son médecin de famille.

### b) **Conseils médicaux**

Des conseils médicaux peuvent être fournis dans les cas suivants :

- i) la personne couverte veut savoir si une maladie ou une blessure peut être traitée en toute sécurité à la maison ou si elle doit consulter un médecin ou se rendre au service des urgences;
- ii) la personne couverte veut connaître les effets secondaires d'un médicament prescrit; et
- iii) tout autre service lié aux soins de santé qui peut être demandé par la personne couverte.

### c) **Transfert de l'appel au service 9-1-1**

Si nécessaire, l'appel de la personne couverte est immédiatement acheminé au service 9-1-1 pour assistance médicale.

### d) **Suivi**

Si nécessaire, l'infirmière autorisée rappelle la personne couverte dans les 24 heures suivant l'appel initial afin d'assurer un suivi.

## **Exclusions**

L'administrateur et la compagnie d'assistance-voyage retenue par l'administrateur pour fournir les services offerts au titre de la présente garantie n'assument aucune responsabilité quant à la disponibilité, à la qualité ou aux résultats des traitements reçus par la personne couverte. Ils n'assument également aucune responsabilité si, pour quelque raison que ce soit, la personne couverte ne reçoit pas les traitements médicaux ou les services d'assistance d'urgence.

Les services d'assistance d'urgence peuvent ne pas être offerts dans certains pays en raison de guerre, d'instabilité politique ou d'autres circonstances qui retardent ou empêchent la prestation de tout service.

## **Comment obtenir les services offerts au titre du programme Assistance-voyage en cas d'urgence – Votre carte d'assistance-voyage**

Les numéros de téléphone sans frais à composer en cas d'urgence lorsque vous voyagez à l'extérieur de la province de votre domicile sont indiqués sur votre carte d'assistance-voyage. Ces numéros vous permettront d'entrer en communication avec l'organisation d'assistance-voyage internationale.

Votre numéro d'identification du RAEO et le numéro de votre exposé de régime qui sont nécessaires pour confirmer votre droit à la couverture sont également indiqués sur votre carte d'assistance-voyage.

Si vous n'avez pas votre carte d'assistance-voyage, veuillez communiquer avec les Services d'assurance du RAEO.

## **Présentation des demandes de règlement**

Pour présenter une demande de règlement au titre de la garantie d'assurance maladie complémentaire, vous devez remplir le formulaire « Demande de règlement – Assurance-maladie complémentaire », sauf s'il s'agit d'honoraires du médecin ou de frais d'hospitalisation engagés à l'extérieur de la province de votre domicile. Pour ces frais, vous devez utiliser le formulaire « Demande de règlement pour frais de soins de santé engagés à l'extérieur de la province ou à l'étranger ». Vous pouvez obtenir les formulaires nécessaires auprès des Services d'assurance du RAEO.

Les reçus appropriés doivent accompagner le formulaire dûment rempli présenté à l'administrateur.

## **Votre assurance collective**

---

Toutes les demandes de règlement doivent être présentées dans les 12 mois qui suivent la date à laquelle les frais ont été engagés.

Les demandes de règlement pour des frais engagés à l'étranger doivent d'abord être présentées au régime provincial. Toute demande portant sur un solde impayé peut ensuite être soumise à l'administrateur, accompagnée des explications de remboursement du régime provincial.

### ***Subrogation (Responsabilité des tiers)***

Si vous engagez des frais médicaux par suite d'une blessure causée par un tiers et que vous ayez le droit d'intenter une action en dommages-intérêts, l'administrateur, agissant au nom du titulaire de contrat, peut vous demander de remplir un engagement de remboursement en vertu du droit de subrogation lorsque vous présenterez votre demande de règlement.

Après le jugement ou le règlement de votre action en justice, si la somme des dommages-intérêts et des prestations versées par l'employeur dépasse les frais effectivement engagés, vous devrez rembourser l'excédent à l'administrateur.

### ***Exclusions***

*Sont exclus de la garantie d'assurance maladie complémentaire les frais liés à ce qui suit :*

- blessures auto-infligées;
- guerre, insurrection, action hostile d'une force armée, ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire;
- perpétration ou tentative de perpétration d'une agression ou d'un acte criminel;
- blessures subies au volant d'un véhicule motorisé pendant que la personne est sous l'influence de tout produit intoxicant, y compris l'alcool;
- maladie ou blessure pour laquelle des prestations sont payables au titre d'un régime public, d'une commission des accidents du travail ou d'un organisme semblable;
- examens médicaux périodiques, rendez-vous manqués, examens demandés par un tiers, voyages pour raisons de santé ou honoraires demandés pour remplir des formulaires de demande de règlement;
- services ou fournitures fournis par le service médical ou dentaire du titulaire de contrat;
- services ou fournitures qui ne seraient normalement pas facturés s'il n'y avait pas de couverture collective;
- services ou fournitures qui auraient été pris en charge par un régime public s'il n'y avait pas eu de couverture;
- services ou fournitures dont la loi n'autorise pas le remboursement;
- services ou fournitures nécessaires à des fins récréatives ou sportives;
- services ou fournitures qui auraient été pris en charge par le régime provincial si une demande avait été présentée en bonne et due forme;
- traitements médicaux inhabituels ou de nature expérimentale;
- soins médicaux ou chirurgicaux à des fins esthétiques;

- services ou fournitures reçus de la personne couverte, d'un proche parent ou d'une personne qui habite avec la personne couverte;
- services ou fournitures reçus pendant un séjour à l'hôpital;
- services ou fournitures qui ne sont pas indiqués dans la description des frais couverts au titre de la présente garantie.

### **Garantie Médicaments et Services pharmaceutiques pour les personnes domiciliées au Québec**

Si vous et les personnes à votre charge êtes domiciliés au Québec, les clauses suivantes s'appliquent à votre indemnité de médicaments.

#### **Frais couverts**

Les frais suivants sont couverts :

- médicaments figurant sur la Liste des médicaments publiée par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (Liste de la RAMQ) au moment où les frais sont engagés;
- services pharmaceutiques couverts qui doivent être payés lorsque le médicament figure sur la Liste de la RAMQ; et
- médicaments faisant partie des frais couverts précisés dans la présente brochure, mais ne figurant pas sur la Liste de la RAMQ.

### **Couverture des médicaments figurant sur la Liste de médicaments publiée par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (Liste de la RAMQ) et services pharmaceutiques offerts aux personnes bénéficiant d'un régime privé**

Les clauses suivantes s'appliquent aux médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ et aux services pharmaceutiques offerts aux personnes bénéficiant d'un régime privé et sont conformes aux exigences de la « Loi sur l'assurance-médicaments du Québec » et à la Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., c. A-29-01). Les clauses standard précisées dans la présente brochure s'appliquent à tous les autres médicaments couverts :

#### **a) Pourcentage de remboursement**

Si le montant de la contribution maximale annuelle n'a pas été atteint, la prestation payable par la présente garantie est calculée conformément à ce qui suit :

- i) Si les médicaments figurent sur la Liste de la RAMQ et ne sont normalement pas remboursables par la présente garantie, les frais sont remboursés selon le pourcentage de remboursement prescrit par la réglementation alors applicable.
- ii) Si les services pharmaceutiques prescrits par les lois ne sont pas couverts par la présente garantie, le pourcentage de remboursement est celui prescrit par la réglementation alors applicable.
- iii) Si les médicaments figurent sur la Liste de la RAMQ et sont également couverts par la présente garantie, les frais sont remboursés selon :
  - le pourcentage stipulé à la rubrique La garantie; ou
  - le pourcentage prescrit par la réglementation alors applicable, s'il est plus élevé.

## **Votre assurance collective**

---

Lorsque la contribution annuelle maximale est atteinte, le pourcentage de remboursement des frais couverts au titre de la présente garantie est de 100 %.

### **b) Contribution maximale annuelle**

La contribution maximale annuelle correspond à une partie des frais de médicaments ou des services pharmaceutiques couverts que vous et votre conjointe ou conjoint devez payer au cours d'une année civile avant que le pourcentage de remboursement au titre de la présente garantie soit de 100 %.

Les sommes affectées à ce maximum sont les suivantes :

- i) le montant de la franchise,
- ii) la partie des frais de médicaments couverts qu'une personne couverte doit payer, lorsque le pourcentage de remboursement prévu par la présente garantie est inférieur à 100 %, et
- iii) les services pharmaceutiques couverts qui sont rendus par les pharmaciens pour des médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ.

Votre contribution maximale annuelle et celle de votre conjointe ou conjoint sont stipulées dans la réglementation et comprennent la partie des médicaments couverts et des services pharmaceutiques couverts liés à un médicament figurant sur la Liste de la RAMQ payés à l'égard de vos enfants à charge.

Aux fins du calcul de votre contribution maximale annuelle et de celle de votre conjointe ou conjoint, la partie des frais de médicaments et des services pharmaceutiques couverts payés à l'égard de vos enfants à charge s'ajoute aux frais de la personne dont la contribution se rapproche le plus du maximum.

### **c) Franchise**

Le montant de la franchise de l'indemnité de frais de médicaments, s'il y a lieu, s'applique, jusqu'à ce que la personne ait atteint la contribution maximale annuelle. Par la suite, la franchise ne s'applique pas.

### **d) Maximum la vie durant**

Le maximum la vie durant, s'il y a lieu, ne s'applique pas aux médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ ni aux services pharmaceutiques couverts. Les conditions ci-dessous s'appliquent à l'indemnité de frais de médicaments et de services pharmaceutiques prévue lorsque le maximum la vie durant est atteint :

- i) seuls sont couverts les médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ;
- ii) seuls sont couverts les services pharmaceutiques liés à des médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ; et
- iii) le pourcentage de remboursement des frais couverts est le pourcentage prescrit par la réglementation alors applicable.

### e) Enfants à charge admissibles

Vos enfants à charge admissibles qui fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement reconnu sont couverts jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge suivant :

- i) l'âge précisé dans la brochure (veuillez vous reporter à la définition d'enfant à la section Définition de termes fréquemment utilisés), ou
- ii) 26 ans, si cet âge est plus élevé.

Les conditions ci-dessous s'appliquent à la couverture des médicaments et des services pharmaceutiques des enfants à charge ayant atteint l'âge limite précisé dans la présente brochure :

- i) seuls sont couverts les médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ;
- ii) seuls sont couverts les services pharmaceutiques liés à un médicament figurant sur la Liste de la RAMQ;
- iii) le pourcentage de remboursement des frais couverts est le pourcentage prescrit par la réglementation alors applicable.

### f) Âge de cessation dans le cas des médicaments et des services pharmaceutiques

À condition que vous soyez admissible à l'indemnité de frais de médicaments, la cessation de la couverture en raison de l'âge prévue pour cette garantie, s'il y a lieu, ne s'applique pas. Les conditions ci-dessous s'appliquent à l'indemnité de frais de médicaments des participantes et des participants ayant atteint l'âge de cessation de la couverture :

- i) Seuls sont couverts les médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ.
- ii) Seuls sont couverts les services pharmaceutiques liés à un médicament figurant sur la Liste de la RAMQ.
- iii) Le pourcentage de remboursement des frais couverts est le pourcentage prescrit par la réglementation alors applicable.
- iv) La contribution maximale annuelle est celle stipulée dans la réglementation alors applicable.
- v) La cotisation exigée pour l'indemnité de médicaments est celle de la garantie d'assurance maladie complémentaire.

***Couverture des médicaments figurant sur la liste des frais couverts précisés dans la présente brochure, mais non sur la Liste de la RAMQ***

Toutes les clauses standard précisées dans la brochure s'appliquent aux médicaments couverts au titre de la présente garantie, mais ne figurant pas sur la Liste de la RAMQ.

## **Votre assurance collective**

---

### **Assurance dentaire**

La garantie d'assurance dentaire est fournie directement par l'Ontario Secondary School Teachers' Federation Employee Life and Health Trust. L'administrateur a été engagé pour traiter et gérer les demandes de règlement que vous présentez au titre de la présente garantie suivant les règles et les pratiques standard en matière d'assurance. Le versement des prestations est fonction des dispositions de la présente brochure et du régime du titulaire de contrat.

**La garantie d'assurance dentaire fait partie de l'exposé de régime G0205001 de l'administrateur.**

Si vous ou les personnes à votre charge avez besoin de l'un des services dentaires précisés dans la liste des frais couverts, la garantie d'assurance dentaire peut vous procurer une aide financière.

Le paiement de frais couverts est limité au montant des prestations maximales figurant sous la rubrique « La garantie » et dans la liste des frais couverts.

Les sommes prises en compte dans le calcul de la prestation maximale correspondent aux sommes versées après déduction de la franchise et l'application du pourcentage de remboursement ou de toute autre clause applicable.

#### ***La garantie***

**Franchise** - aucune

**Guide des tarifs dentaires** - guide des tarifs actuel pour le généraliste dans la province de votre domicile

#### **Pourcentage de remboursement**

100 % pour le Niveau I - Services de base

100 % pour le Niveau II - Services complémentaires de base

80 % pour le Niveau III - Prothèses dentaires

80 % pour le Niveau IV - Services de restaurations majeures

50 % pour le Niveau V - Traitements orthodontiques

#### **Plafonds de la garantie**

Aucun pour le Niveau I

Aucun pour le Niveau II

4 000 \$ par année de couverture pour l'ensemble des Niveau III et Niveau IV

3 500 \$ la vie durant pour le Niveau V

**Âge de cessation** - âge de la participante ou du participant à son départ à la retraite

**Période probatoire** - aucune

#### ***Frais couverts***

Les frais suivants sont couverts :

- s'ils sont engagés par une personne couverte, en cours de garantie, pour des soins dentaires nécessaires;

- s'ils sont engagés pour les services d'un dentiste, d'un hygiéniste dentaire exerçant dans les limites de ses compétences, ou d'un denturologiste exerçant dans les limites de ses compétences;
- s'ils sont jugés raisonnables par l'administrateur, agissant au nom du titulaire de contrat, compte tenu de tous les facteurs;
- s'ils ne dépassent pas les honoraires proposés dans le tarif des dentistes ou les frais jugés raisonnables et habituels par l'administrateur, agissant au nom du titulaire de contrat, si ceux-ci ne figurent pas dans le tarif des dentistes.

### **Choix de traitement**

Si deux ou plusieurs méthodes de traitement couvertes au titre de la présente garantie permettent de soigner convenablement une affection donnée, l'administrateur, agissant au nom du titulaire de contrat, versera des prestations au même titre que si la méthode de traitement la moins chère avait été suivie. L'administrateur déterminera l'efficacité des différents genres de traitement offerts en se référant à un expert-conseil dentaire professionnel.

### **Niveau I - Services de base**

- examen buccal complet, à raison d'un examen par période de 24 mois;
- radiographies de la bouche au complet ou radiographies panoramiques, à raison d'une radiographie par période de 24 mois;
- une unité de détartrage et une unité de polissage tous les neuf mois, lorsque les soins sont donnés à l'extérieur du Québec, ou prophylaxie (polissage) tous les neuf mois, lorsque les soins sont donnés au Québec;
- examens périodiques, radiographies interproximales et application de fluorure, tous les neuf mois;
- actes diagnostiques de routine et épreuves de laboratoire;
- enseignement de mesures d'hygiène buccale, une fois la vie durant;
- obturations, tenons et scellants de puits et de fissures. Les frais de remplacement des obturations sont couverts seulement si :
  - l'obturation existante est en place depuis au moins 12 mois et son remplacement est nécessaire par suite d'un bris important de l'obturation actuelle ou de carie récurrente;
  - l'obturation existante est en amalgame et des preuves médicales indiquent que le patient est allergique aux amalgames.
- restauration complète préfabriquée (métal ou plastique);
- dispositifs de maintien d'espace (sauf les appareils posés à des fins orthodontiques);
- actes chirurgicaux mineurs et soins post-chirurgicaux;
- extractions (y compris les dents incluses et résiduelles);
- consultations, anesthésie et sédation consciente;

## **Votre assurance collective**

---

- réparations de prothèses dentaires, seulement si les frais sont engagés plus de trois mois après la mise en place initiale de la prothèse;
- regarnissage et rebasage de prothèses dentaires tous les 36 mois, seulement si les frais sont engagés plus de trois mois après la mise en place initiale de la prothèse;
- injection d'antibiotiques administrée par un dentiste, relativement à une chirurgie dentaire;
- appareils de correction d'habitudes buccales.

### **Niveau II - Services complémentaires de base**

- actes chirurgicaux qui ne sont pas prévus au Niveau I (sauf la chirurgie pour implants);
- tout traitement des maladies des gencives et d'autres tissus qui soutiennent la dent, y compris ce qui suit :
  - détartrage non couvert au titre du Niveau I, et aplanissement des racines, sous réserve d'un maximum combiné de dix unités par année de couverture;
  - contentions provisoires;
  - équilibration occlusale, sous réserve d'un maximum de huit unités par année de couverture.
- services d'endodontie, y compris les traitements radiculaires et les obturations de canaux, l'amputation de racines, les apexifications et les traitements périapicaux :
  - les traitements radiculaires et les obturations de canaux sont couverts sous réserve d'un traitement initial et d'une reprise de traitement par dent la vie durant;
  - les reprises de traitement sont couvertes seulement si les frais sont engagés plus de 12 mois après le traitement initial.

### **Niveau III - Prothèses dentaires**

- première prothèse dentaire amovible complète ou partielle;
- remplacement d'une prothèse dentaire amovible, pourvu que la nouvelle prothèse soit nécessaire pour l'une des raisons suivantes :
  - une dent naturelle est extraite et la prothèse existante est irréparable;
  - la prothèse existante est en place depuis au moins trois années et est irréparable;
  - la prothèse existante est temporaire et est remplacée par des prothèses dentaires permanentes dans les 12 mois qui suivent sa mise en place.
- les frais pour une prothèse dentaire visant uniquement à remplacer une dent naturelle qui était manquante avant que la personne couverte ne bénéficie de la présente garantie ne sont pas couverts;
- moulages diagnostiques, montés et démontés.

### ***Niveau IV - Services de restaurations majeures***

- couronnes et onlays lorsque l'usage des dents est réduit en raison de dommages causés par une lésion ou une carie à l'angle de la cuspidé ou à l'angle incisif, à raison d'une fois par période de trois années;
- incrustations couvrant au moins trois faces de la dent, à condition que la cuspidé soit manquante;
- premier pont fixe;
- remplacement d'un pont, pourvu que la prothèse soit nécessaire pour l'une des raisons suivantes :
  - une dent naturelle est extraite et la prothèse existante est irréparable;
  - la prothèse existante est en place depuis au moins 60 mois et est irréparable;
  - la prothèse existante est temporaire et est remplacée par un pont permanent dans les 12 mois qui suivent sa mise en place.
- les frais pour un pont dentaire visant uniquement à remplacer une dent naturelle qui était manquante avant que la personne couverte ne bénéficie de la présente garantie ne sont pas couverts.

### ***Niveau V - Traitements orthodontiques***

- traitements orthodontiques

### ***Restriction pour adhésion tardive***

Si votre garantie d'assurance dentaire ou celle de l'une de vos personnes à charge entre en vigueur plus de 31 jours après la date à laquelle vous êtes devenu admissible à cette garantie, la somme payable au cours des 12 premiers mois de la couverture ne dépassera pas 200 \$ par personne couverte.

### ***Détermination préalable des frais remboursables***

Si vous prévoyez que le coût d'un traitement dentaire recommandé dépassera 500 \$, il est conseillé de présenter, avant que ne commence le traitement, une description détaillée du traitement rédigée par votre dentiste. On vous informera de la somme à laquelle vous avez droit au titre de cette garantie.

### ***Traitement en cours à la fin de la couverture***

Les frais relatifs à un traitement dentaire en cours à la cessation de la couverture (pour une raison autre que la résiliation de l'exposé de régime ou la cessation de la garantie d'assurance dentaire) sont remboursables, à condition que ces frais aient été engagés dans les 31 jours suivant la date de cessation de la couverture.

### ***Présentation des demandes de règlement***

Pour présenter une demande de règlement, votre dentiste et vous devez remplir le formulaire « Demande de règlement pour soins dentaires » que vous pouvez vous procurer auprès de votre dentiste ou des Services d'assurance du RAEO.

Toutes les demandes de règlement doivent être présentées dans les 12 mois qui suivent la date à laquelle les frais ont été engagés.

## **Votre assurance collective**

---

### ***Subrogation (Responsabilité des tiers)***

Si vous engagez des frais dentaires par suite d'une blessure causée par un tiers et que vous ayez le droit d'intenter une action en dommages-intérêts, l'administrateur, agissant au nom du titulaire de contrat, peut vous demander de remplir un engagement de remboursement en vertu du droit de subrogation lorsque vous présenterez votre demande de règlement.

Après le jugement ou le règlement de votre action en justice, si la somme des dommages-intérêts et des prestations versées par l'administrateur dépasse les frais effectivement engagés, vous devrez rembourser l'excédent à l'administrateur.

### ***Exclusions***

*Sont exclus de la garantie d'assurance dentaire les frais découlant de ce qui suit :*

- blessures auto-infligées;
- guerre, insurrection, action hostile d'une force armée, ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire;
- perpétration ou tentative de perpétration d'une agression ou d'un acte criminel;
- blessures subies au volant d'un véhicule motorisé pendant que la personne est sous l'influence de tout produit intoxicant, y compris l'alcool;
- soins dentaires à des fins esthétiques, à moins que le traitement soit rendu nécessaire par suite d'une blessure accidentelle survenue pendant que la personne était couverte au titre de la présente garantie;
- appareils pour prévenir le ronflement et l'apnée du sommeil;
- rendez-vous manqués, examens demandés par un tiers, frais de déplacement ou honoraires demandés pour remplir des formulaires de demande de règlement;
- services pris en charge par un régime public;
- services ou fournitures fournis par le service médical ou dentaire de l'employeur;
- services ou fournitures qui ne seraient normalement pas facturés s'il n'y avait pas de couverture collective;
- traitement ayant pour but la restauration de la bouche au complet, ainsi que la correction de la dimension verticale ou de toute dysfonction temporo-mandibulaire;
- remplacement d'appareils dentaires amovibles qui ont été perdus, égarés ou volés;
- frais de laboratoire dépassant les frais raisonnables et habituels;
- services ou fournitures reçus de la personne couverte, d'un proche parent ou d'une personne qui habite avec la personne couverte;
- implants ou tout service relatif aux implants. Toutefois, lorsque l'implant est le traitement choisi, mais qu'une prothèse ou un pont permettraient de soigner convenablement l'affection, le régime remboursera le coût de l'implant et des services connexes en se fondant sur le coût du traitement équivalent le moins cher (prothèse ou pont);

- méthode de traitement qui n'est pas reconnue de façon générale par les dentistes comme efficace, appropriée et essentielle au traitement d'une affection dentaire;
- services ou fournitures qui ne sont pas indiqués dans la description des frais couverts au titre de la présente garantie.

### **Prolongation de la couverture des survivants**

Si vous décédez pendant que les personnes à votre charge sont couvertes au titre du présent régime d'assurance collective, le titulaire de contrat maintiendra en vigueur les garanties d'assurance maladie complémentaire et d'assurance dentaire, sans que vous ayez à verser de cotisation, jusqu'à la première des dates suivantes :

- date à laquelle la personne à charge ne répond plus à la définition de personne à charge (voir la section Définition de termes fréquemment utilisés);
- date à laquelle la personne à charge devient admissible à des garanties semblables auprès d'un autre assureur;
- date à laquelle 24 mois se sont écoulés depuis votre décès; ou
- date à laquelle l'exposé de régime cesse d'être en vigueur.

**Garantie offerte par Teachers Life Insurance Society (Fraternal)**



Morte et mutilation par accidentelles

**Fiducie de soins de santé au bénéfice d'employés d'OSSTF/FEESO**

NUMÉRO DE POLICE D'ASSURANCE : 305001

Personnes assurées admissibles :

Personnel de soutien

**LE PRÉSENT LIVRET CONTIENT DES RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS SUR L'ASSURANCE. VEUILLEZ LE CONSERVER DANS UN LIEU SÛR CONNU DE VOUS ET DE VOTRE FAMILLE.**

Le présent livret est un résumé des principales caractéristiques du régime. Le document constitutif est la police d'assurance collective présentée au titulaire de police par la Teachers Life Insurance Society (Fraternal). En cas d'écart entre les renseignements du présent résumé et les dispositions de la police d'assurance, cette dernière prévaut. Vous pouvez communiquer avec l'administrateur de votre régime pour obtenir tout renseignement complémentaire.

Le présent régime est souscrit auprès de  
Teachers Life Insurance Society (Fraternal)

Novembre/2017

# Garantie offerte par Teachers Life Insurance Society (Fraternal)

## ASSURANCE MORTE ET MUTILATION PAR ACCIDENTELLES DE BASE DU PARTICIPANT, FACULTATIVE DU PARTICIPANT OU FACULTATIVE DU CONJOINT

### GARANTIES PRINCIPALES

Le **capital assuré** est la somme payable garantie par les régimes d'assurance-vie collective de base du participant, facultative du participant ou facultative du conjoint.

Le régime morte et mutilation par accidentelles de base couvre, en tout temps et partout dans le monde, certaines pertes accidentelles subies ou non au travail.

Si vous subissez l'une des pertes répertoriées dans le tableau des pertes ci-dessous, que cette perte découle directement d'une blessure accidentelle et non d'une autre cause, et que cette perte survient dans les 365 jours qui suivent la date de l'accident, les prestations ci-dessous sont alors payables. Seule la prestation la plus élevée sera payée si l'assuré subit plusieurs pertes par suite d'un accident.

### Tableau des pertes

Décès .....	Le capital assuré
Perte des deux mains ou des deux pieds .....	Le capital assuré
Perte de la vue complète des deux yeux .....	Le capital assuré
Perte d'une main et d'un pied .....	Le capital assuré
Perte d'une main et de la vue complète d'un œil.....	Le capital assuré
Perte d'un pied et de la vue complète d'un œil.....	Le capital assuré
Perte d'un bras ou d'une jambe .....	Quatre cinquièmes du capital assuré
Perte d'une main ou d'un pied .....	Trois quarts du capital assuré
Perte de la vue complète d'un œil .....	Trois quarts du capital assuré
Perte du pouce et de l'index d'une même main.....	Un tiers du capital assuré
Perte de la parole et de l'ouïe .....	Le capital assuré
Perte de la parole ou de l'ouïe .....	Trois quarts du capital assuré
Perte de l'ouïe d'une oreille.....	Deux tiers du capital assuré
Perte des quatre doigts d'une main .....	Un tiers du capital assuré
Perte de tous les orteils d'un pied .....	Un quart du capital assuré

### **Perte de l'usage**

Perte de l'usage des deux bras ou des deux mains .....	Le capital assuré
Perte de l'usage d'une main ou d'un pied.....	Trois quarts du capital assuré
Perte de l'usage d'un bras ou d'une jambe.....	Quatre cinquièmes du capital assuré

### **Paralysie**

Quadriplégie (paralysie totale des deux membres supérieurs et des deux membres inférieurs) .....	Deux fois le capital assuré jusqu'à concurrence d'un million de dollars
Paraplégie (paralysie totale des deux membres inférieurs).....	Deux fois le capital assuré jusqu'à concurrence d'un million de dollars
Hémiplégie (paralysie totale d'un membre supérieur et d'un membre inférieur du même côté du corps) .....	Deux fois le capital assuré jusqu'à concurrence d'un million de dollars

## **Garantie offerte par Teachers Life Insurance Society (Fraternal)**

### **Disparition**

Si le corps d'une personne assurée n'est pas retrouvé dans une période d'un an suivant l'atterrissage forcé, l'échouement, le naufrage ou la destruction d'un moyen de transport à bord duquel il se trouvait, il sera présumé, aux fins du présent contrat, que la personne assurée a perdu la vie.

### **GARANTIES SUPPLÉMENTAIRES**

#### **Prestations d'invalidité totale et permanente**

Si vous subissez une blessure qui entraîne une invalidité totale et permanente, le régime paiera un montant correspondant à 100 % du capital assuré, moins tout montant payé en vertu du tableau des pertes.

#### **Prestations pour réadaptation**

Si vous subissez une blessure qui entraîne une perte (autre que le décès) pour laquelle la Société a versé des prestations conformément au tableau des pertes, le régime paiera jusqu'à 15 000 \$ pour la réadaptation, à condition que vous deviez suivre cette réadaptation à cause de la blessure couverte et pour obtenir un emploi que vous n'auriez pas exercé n'eut été de cette blessure. Les dépenses de réadaptation doivent être engagées dans les deux ans suivant la date de l'accident et se limitent aux coûts de la réadaptation et du matériel nécessaire à cette dernière. Aucun paiement ne sera fait pour régler les frais de subsistance ordinaires, les frais de déplacement ou les frais d'habillement.

#### **Prestations pour aménagement de la résidence ou d'un véhicule**

Si vous subissez une blessure qui entraîne une perte (autre que le décès) pour laquelle la Société a versé des prestations conformément au tableau des pertes et que, par suite de cette perte, vous devez utiliser un fauteuil roulant pour vous déplacer, la Société doit payer les frais raisonnables et nécessaires réellement engagés, selon les dispositions suivantes :

- (a) le coût ponctuel d'aménagement de votre résidence afin de rendre la résidence accessible et habitable en fauteuil roulant; et
- (b) le moins élevé de ce qui suit :
  - (i) le coût ponctuel nécessaire pour adapter un véhicule motorisé vous appartenant, afin que vous puissiez y avoir accès et le conduire;
  - (ii) le coût ponctuel pour l'achat d'un véhicule spécialement modifié pour le rendre accessible en fauteuil roulant, avec l'approbation préalable de la Société.

Les prestations en vertu de cette garantie sont payables seulement si :

- (a) les travaux d'aménagement de la résidence sont effectués pour votre compte par une personne expérimentée dans ce type d'aménagement et qui est recommandée par un organisme reconnu d'aide aux utilisateurs de fauteuil roulant; et
- (b) l'adaptation du véhicule est effectuée pour votre compte par une personne expérimentée dans ce type d'adaptation et que les modifications apportées sont approuvées par l'organisme provincial responsable de l'immatriculation des véhicules dans votre province de résidence.

Le montant maximal payable en vertu de cette garantie pour toutes les blessures découlant d'un seul accident est de 15 000 \$ par personne assurée.

## **Garantie offerte par Teachers Life Insurance Society (Fraternal)**

### **Prestation d'hospitalisation**

Si vous subissez une blessure qui entraîne une perte (autre que le décès) pour laquelle la Société a versé des prestations conformément au tableau des pertes et que, en raison de cette perte et suivant la prescription d'un médecin, vous êtes hospitalisé pendant plus de cinq nuits consécutives, la Société paiera ce qui suit :

- (a) pour une période d'hospitalisation de plus de 30 nuits consécutives, 1 % de votre capital assuré; ou
- (b) pour une période d'hospitalisation d'au plus 30 nuits consécutives, 1/30 du montant déterminé conformément à la section précédente par période d'hospitalisation incluant une nuit.

La Société versera ces prestations rétroactivement à compter de la première nuit d'hospitalisation.

Le montant maximal payable en vertu de cette garantie pour toutes les blessures découlant d'un seul accident est de 2 500 \$ par mois par personne assurée.

Les prestations sont payables jusqu'à concurrence d'une hospitalisation de 12 mois au total pour chaque accident à l'origine de blessures.

Les périodes successives d'hospitalisation découlant des mêmes blessures et entre lesquelles il s'écoule moins de trois mois sont considérées comme une seule période d'hospitalisation aux fins du calcul de ces prestations.

### **Prestations pour transport de la famille**

Si vous subissez une blessure qui entraîne une perte (autre que le décès) figurant dans le tableau des pertes et que, par suite de cette perte, vous devez être hospitalisé dans un hôpital situé à plus de 100 kilomètres de votre lieu de résidence permanente, la Société paiera les frais raisonnables et nécessaires engagés pour le transport d'un membre de la famille immédiate qui se rend à l'hôpital en question. Une telle indemnité de transport est versée seulement si :

- (a) l'hospitalisation se produit dans les 365 jours suivant la date de l'accident; et
- (b) le remboursement des frais du membre de la famille immédiate est limité au coût d'un seul billet d'avion aller-retour en classe économique par la route la plus directe, ou à un montant équivalent si le membre de la famille immédiate utilise un autre type de véhicule public.

Le montant maximal payable en vertu de cette garantie pour toutes les blessures découlant d'un seul accident est de 15 000 \$ par personne assurée.

### **Prestations pour rapatriement**

Si, par suite d'une blessure, une personne assurée perd la vie :

- (a) à plus de 50 kilomètres de sa ville de résidence permanente, et
- (b) si le décès survient dans les 365 jours suivant la date de l'accident à l'origine des blessures,

la Société paiera les frais réels engagés pour la préparation de la dépouille aux fins d'enterrement ou de crémation et pour le retour de la dépouille à la ville de résidence de la personne décédée assurée.

## **Garantie offerte par Teachers Life Insurance Society (Fraternal)**

Le montant maximal payable en vertu de cette garantie pour toutes les blessures découlant d'un seul accident est de 15 000 \$ par personne assurée.

### **Prestations pour identification du corps**

Si une personne assurée subit une blessure qui cause son décès, que des prestations sont versées ou doivent l'être aux termes de cette assurance, et que son corps doit être identifié, la Société paiera les frais raisonnables et nécessaires engagés réellement par un membre de la famille immédiate de la personne assurée aux fins suivantes :

- (a) logement commercial et pension pendant le voyage ou durant le séjour dans la ville ou le village où se trouve le corps (jusqu'à concurrence de trois nuits consécutives); et
- (b) transport par la route la plus directe pour se rendre à l'endroit où se trouve le corps.

Ces prestations sont payables par la Société seulement si le corps de la personne assurée se trouve au moins à 150 kilomètres de la résidence habituelle du membre de la famille immédiate et que l'identification du corps est demandée par la police ou toute autre autorité de la force publique habilitée à prendre une décision en la matière.

Aucun paiement ne sera versé pour les dépenses ordinaires, le voyage ou les vêtements, autrement que ce qui est précisé ci-dessus. Si le transport doit être effectué dans un véhicule ou un appareil autre qu'un véhicule ou un appareil autorisé à transporter des passagers moyennant paiement, le remboursement des frais de transport sera limité à un montant maximal de 0,20 \$ le kilomètre.

Ces prestations sont payables une seule fois pour toutes les blessures et pertes subies par la personne assurée, quel que soit le nombre de polices d'assurance, offertes par la Société, qui fournissent ce type de prestations à la personne assurée.

Le montant maximal payable en vertu de cette garantie est de 5 000 \$ par personne assurée.

### **Prestations pour port de la ceinture de sécurité**

Si une personne assurée perd la vie par suite d'une blessure pour laquelle la Société a versé des prestations conformément au tableau des pertes, la Société versera un montant additionnel équivalant à 10 % du capital assuré si la blessure à l'origine de la perte de la vie résulte d'un accident qui s'est produit lorsque la personne assurée se trouvait à bord d'un véhicule de tourisme en tant que passager ou conducteur et que sa ceinture de sécurité était correctement bouclée. L'usage de la ceinture de sécurité doit être confirmé par le constat officiel de l'accident ou par une attestation de l'enquêteur.

Le montant maximal payable en vertu de cette garantie est de 50 000 \$ par personne assurée.

### **Prestations pour frais de garderie**

Si une personne assurée perd la vie par suite d'une blessure pour laquelle la Société a versé des prestations conformément au tableau des pertes, la Société paiera au tuteur légal de tout enfant à charge en vie de la personne assurée le moins élevé des montants ci-dessous :

- (a) le coût annuel réel demandé par une garderie commerciale agréée;
- (b) 5 % du capital assuré de la personne assurée;
- (c) 5 000 \$ par année.

## **Garantie offerte par Teachers Life Insurance Society (Fraternal)**

Ces prestations sont payables tous les ans jusqu'à concurrence de quatre paiements consécutifs par enfant à charge seulement si :

- (a) l'enfant à charge était âgé de moins de 13 ans à la date à laquelle la personne assurée a perdu la vie;
- (b) l'enfant à charge est inscrit à une garderie commerciale agréée durant la période de 90 jours suivant la perte de la vie de la personne assurée; et
- (c) l'enfant à charge continue à fréquenter une garderie commerciale agréée.

### **Prestations pour études d'un enfant à charge**

Si une personne assurée perd la vie par suite d'une blessure pour laquelle la Société a versé des prestations conformément au tableau des pertes, la Société remboursera les frais de scolarité annuels, à l'exclusion des frais de chambre et pension, exigés par un établissement d'enseignement supérieur par année scolaire pour chaque enfant à charge de la personne assurée jusqu'à concurrence du moins élevé des montants ci-dessous :

- (a) 5 000 \$ par année scolaire; ou
- (b) 5 % du capital assuré de la personne assurée.

Ces prestations sont payables tous les ans jusqu'à concurrence de quatre paiements consécutifs par enfant à charge seulement si :

- (a) à la date du décès de la personne assurée, l'enfant à charge était inscrit à temps plein dans un établissement d'enseignement supérieur à un niveau supérieur à la douzième année d'études; et
- (b) l'enfant à charge continue à fréquenter, sans interruption, un établissement d'enseignement supérieur.

La Société remboursera la personne qui a engagé les frais de scolarité.

### **Prestations pour études du conjoint**

Si une personne assurée perd la vie par suite d'une blessure pour laquelle la Société a versé des prestations conformément au tableau des pertes, la Société paiera au conjoint de la personne assurée le coût réellement engagé pour suivre un programme de formation professionnelle ou de formation dans un métier spécialisé auquel le conjoint s'inscrit en vue d'obtenir une source de soutien et de subsistance indépendante, à la condition que ce type de coût soit engagé dans une période de 30 mois suivant la date à laquelle la personne assurée a perdu la vie. Le montant maximal payable en vertu de cette garantie est de 15 000 \$ par personne assurée.

### **Prestations pour frais funéraires**

Si une personne assurée perd la vie par suite d'une blessure pour laquelle la Société a versé des prestations conformément au tableau des pertes, la Société remboursera la personne ayant engagé les frais réels relatifs aux services de crémation, d'enterrement ou de funérailles de la personne assurée. Le montant maximal payable en vertu de cette garantie est de 5 000 \$ par personne assurée.

## **Garantie offerte par Teachers Life Insurance Society (Fraternal)**

### **Prestations pour les personnes en deuil**

Si une personne assurée perd la vie par suite d'une blessure pour laquelle la Société a versé des prestations conformément au tableau des pertes, la Société paiera les frais raisonnables et nécessaires réellement engagés pour les services de consultation aux endeuillés, à la condition que :

- (a) les services de consultation soient destinés au conjoint ou aux enfants à charge de la personne assurée;
- (b) de tels frais soient engagés dans les 365 jours suivant la date de l'accident à l'origine du décès; et
- (c) les services de consultation aux endeuillés soient fournis par un thérapeute ou un conseiller qui est titulaire d'un permis, autorisé ou agréé afin de fournir de tels services, et qui n'est pas un membre de la famille immédiate de la personne assurée.

La Société versera les prestations à la personne qui a engagé les dépenses réelles.

Le montant maximal payable en vertu de cette garantie est de 1 000 \$ par personne assurée.

### **Prestations versées à la suite de voies de fait criminelles**

Si vous subissez une blessure qui entraîne une perte pour laquelle la Société a versé des prestations conformément au tableau des pertes, la Société versera des prestations additionnelles équivalent à 10 % de votre capital assuré si la blessure et la perte sont causées par l'acte délibéré d'une autre personne, lorsqu'un tel acte :

- (a) constitue un acte délictueux grave ou toute tentative d'un tel acte, un acte délictueux grave passible de poursuites ou toute tentative d'un tel acte, un délit mineur ou toute tentative d'un tel délit, une infraction punissable sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire ou toute tentative d'une telle infraction, ou une émeute ou toute tentative d'émeute;
- (b) n'est pas une infraction aux règlements de la circulation, aux termes des lois applicables de la province concernant les véhicules motorisés;
- (c) est dirigé contre un groupe de personnes assurées qui exercent leurs fonctions habituelles ou contre la propriété ou les biens de l'employeur d'une personne assurée, ou contre la personne assurée en tant que représentant du groupe; et
- (d) n'est pas un acte commis par un collègue ou un membre de la famille ou du foyer de la personne assurée.

Les termes « acte », « acte délictueux grave », « acte délictueux grave passible de poursuites », « délit mineur », « infraction punissable sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire » et « émeute » incluent, sans toutefois s'y limiter, le vol qualifié, le vol, l'attentat à la bombe, l'enlèvement, le détournement, le larcin, le tir de coups de feu isolés, le meurtre, l'émeute et l'incitation à l'émeute. Dans la présente section, les lois du territoire de compétence dans lequel se produit la blessure déterminent s'il s'agit d'un acte qui constitue un acte délictueux grave, une tentative d'acte délictueux grave, un acte délictueux grave passible de poursuites, une tentative d'acte délictueux grave passible de poursuites, un délit mineur, une tentative de délit mineur, une infraction punissable sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire, une tentative d'infraction punissable sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire, une émeute ou une tentative d'émeute.

## **Garantie offerte par Teachers Life Insurance Society (Fraternal)**

### **DISPOSITIONS SUPPLÉMENTAIRES**

#### **Exonération des primes**

Si, en vertu de la police d'assurance-vie collective du promoteur du régime, vous êtes accepté et autorisé aux fins d'exonération des primes en raison d'une invalidité totale, vous êtes alors, à compter de la date d'effet de l'exonération des primes prévue par l'assurance-vie collective, exonéré des primes payables en vertu de la présente police jusqu'à ce que l'une des éventualités suivantes se produise :

- (a) la fin du mois au cours duquel vous atteignez l'âge de 65 ans;
- (b) la personne assurée décède ou n'est plus atteinte d'invalidité;
- (c) vous n'êtes plus admissible à l'exonération des primes pour invalidité totale en vertu de la police d'assurance-vie collective du promoteur du régime;
- (d) vous prenez votre retraite;
- (e) la date à laquelle la présente police prend fin.

#### **Maintien de la couverture**

Si vous cessez d'être un employé actif :

- en raison d'une maladie ou d'une blessure, la couverture se poursuit jusqu'à ce que l'une des éventualités suivantes se produise :
  - vous vous rétablissez de votre maladie ou de votre blessure, ou
  - vous cessez de travailler pour l'employeur;
- en raison d'un congé de maternité ou d'un congé parental autorisé, la couverture se poursuivra pour la durée prévue par toute loi fédérale ou provinciale sur les normes du travail, que des prestations soient payables ou non aux termes de la *Loi sur l'assurance-emploi du Canada*;
- en raison d'une absence autorisée ou d'un licenciement temporaire, la couverture peut être prolongée jusqu'à ce que le promoteur du régime la résilie;
- en raison d'une grève, d'un lock-out ou d'un licenciement d'une durée indéterminée, le promoteur du régime peut décider de prolonger la couverture pendant une période maximale de six mois à compter de la fin du mois où l'emploi a été interrompu, sans faire de distinction entre les personnes dans des circonstances semblables.

Si votre employeur met fin à votre emploi, la couverture sera prolongée pendant la période minimale prévue par toute loi fédérale ou provinciale sur les normes du travail, à la condition que le promoteur du régime demande par écrit que la couverture soit prolongée et que la police demeure en vigueur. Le maintien d'une couverture est conditionnel au paiement des primes à la Société pour cette couverture, de la manière habituelle.

## **Garantie offerte par Teachers Life Insurance Society (Fraternal)**

### **Fin de l'assurance individuelle**

La couverture prend fin lorsque l'une des éventualités suivantes se produit :

- votre prestation prend fin en vertu de votre police d'assurance-vie collective;
- vous cessez d'être un participant admissible;
- vous cessez d'appartenir à une catégorie de personnes admissibles;
- vous cessez de payer les primes;
- la présente police prend fin.

### **Désignation de bénéficiaire**

La personne assurée peut désigner par écrit un bénéficiaire qui recevra le montant payable en vertu de la présente police d'assurance-vie collective du promoteur du régime en cas de décès accidentel. En l'absence d'une telle désignation, les prestations en cas de décès accidentel sont payables aux ayants droit de la personne assurée.

Toutes les autres prestations vous sont payables.

### **Droit de transformation**

À la date de fin de votre couverture en vertu de la présente police ou durant la période de 90 jours suivant la fin de la couverture aux termes des présentes, vous pouvez transformer votre assurance en cas de décès accidentel dans le cadre de la présente police en une police d'assurance individuelle de la Société offrant une couverture comparable. Une telle police d'assurance individuelle, si l'option de transformation est choisie, entrera en vigueur à la date de réception de votre demande par la Société durant la période de 90 jours suivant la fin de la couverture en vertu de la présente police, ou à la date à laquelle la couverture en vertu de la présente police prend fin, selon la dernière de ces éventualités. La prime correspond à celle qui est ordinairement établie par les polices d'assurance individuelle de la Société à cette date. Les demandes de police d'assurance individuelle peuvent être présentées au bureau de la Société. Le montant de garantie de la nouvelle police ne doit pas dépasser votre capital assuré à la date de fin de votre couverture en vertu de la présente police.

### **Limitations**

Le capital assuré est le montant maximal payable par personne assurée en vertu de la présente police pour toute perte subie par une personne assurée par suite d'un accident, à l'exception de la quadriplégie, de la paraplégie et de l'hémiplégie, auquel cas le montant maximal payable par personne assurée équivaut au montant approprié indiqué dans le tableau des pertes. Cette limitation ne s'applique pas aux garanties supplémentaires, lesquelles ont leurs propres plafonds de garantie.

## **Garantie offerte par Teachers Life Insurance Society (Fraternal)**

### **Exclusions**

Aucune couverture ne doit être offerte en vertu de la présente police et aucun paiement ne doit être fait pour toute perte ou toute demande de règlement qui découle, en tout ou en partie, d'une conséquence naturelle et probable de l'un des risques suivants faisant l'objet d'une exclusion, ou qui y soit liée, même si la cause directe ou immédiate de la perte subie ou de la demande de règlement est une blessure accidentelle :

- (a) le suicide ou toute tentative de suicide par la personne assurée alors qu'elle est saine d'esprit;
- (b) des blessures que la personne assurée s'inflige intentionnellement ou toute tentative en ce sens, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
- (c) la guerre, déclarée ou non, ou tout acte de guerre;
- (d) la maladie, une affection ou une infirmité corporelle directement ou indirectement à l'origine de la perte ou de la demande de règlement;
- (e) une incapacité mentale directement ou indirectement à l'origine de la perte ou de la demande de règlement;
- (f) une blessure subie pendant que vous recevez un traitement médical ou chirurgical pour soigner une maladie, une affection ou une infirmité corporelle ou mentale;
- (g) un accident ou un événement cérébrovasculaire, un accident ou un événement cardiovasculaire, un infarctus du myocarde ou une crise cardiaque, une thrombose coronaire ou un anévrisme;
- (h) un voyage ou un vol à bord d'un appareil (y compris à l'embarquement ou au débarquement et en y montant ou en descendant) utilisé pour la navigation aérienne, si vous :
  - (i) êtes un passager d'un aéronef non destiné au transport de passagers ou n'ayant pas de permis à cet effet,
  - (ii) exécutez, apprenez à exécuter ou enseignez à exécuter des manœuvres en tant que pilote ou membre de l'équipage de tout aéronef, ou
  - (iii) êtes un passager dans un aéronef qui appartient au promoteur du régime ou à l'employeur ou qui est loué et exploité par ce dernier;
- (i) une infection, quelle qu'elle soit, peu importe la façon dont elle a été contractée, à l'exception des infections bactériennes causées directement par le botulisme, une intoxication par les ptomaïnes ou une coupure ou une blessure accidentelles indépendantes, et en l'absence de toute autre maladie, affection ou condition sous-jacentes, y compris, sans toutefois s'y limiter, le diabète;
- (j) une blessure ou une perte subie par vous pendant que vous êtes en service actif à temps plein dans les forces armées ou les forces de réserve organisées d'un pays ou d'une autorité internationale quel qu'il soit; (sur demande du promoteur du régime, la Société remboursera toute prime non acquise se rapportant à une période pendant laquelle vous êtes en service actif à temps plein);
- (k) une blessure ou une perte subie par la personne assurée pendant qu'elle est sous l'effet de l'alcool et qu'elle conduit un véhicule ou tout autre moyen de transport ou de déplacement alors que son taux d'alcoolémie est de plus de 80 milligrammes par 100 millilitres de sang;

## **Garantie offerte par Teachers Life Insurance Society (Fraternal)**

- (l) une blessure ou une perte subie par la personne assurée pendant qu'elle est sous l'effet de drogues ou de substances désignées, selon la définition figurant dans la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (Canada), à moins que leur consommation soit strictement conforme aux conseils et à l'ordonnance d'un médecin autorisé;
- (m) la perpétration ou toute tentative de perpétration d'un acte par la personne assurée, ou une blessure subie par celle-ci durant la perpétration ou toute tentative de perpétration d'un tel acte qui, s'il fait l'objet d'un jugement du tribunal, est un acte délictueux grave passible de poursuites aux termes des lois du territoire de compétence où il a été commis;
- (n) un acte, toute tentative de perpétrer un acte, ou une omission de la part d'une personne assurée, ou un acte, toute tentative de perpétrer un acte, ou une omission qui a lieu avec le consentement de la personne assurée, en vue d'interrompre le flux sanguin vers le cerveau de la personne assurée ou de causer l'asphyxie de la personne assurée, qu'il y ait ou non intention de nuire;
- (o) les causes naturelles.

### **Exigences pour la présentation de demandes de règlement**

Vous, le titulaire de police ou son mandataire, le promoteur du régime ou un bénéficiaire ayant le droit de présenter une demande de règlement ou son mandataire, devez donner un avis écrit de demande de règlement à la Société en livrant un tel avis au bureau de la Société :

- (a) au plus tard 30 jours à partir de la date de l'accident;
- (b) dans un délai de 90 jours à partir de la date de l'accident ou de la blessure, il doit fournir à la Société une preuve de demande de règlement comme il est raisonnablement possible de le faire dans les circonstances dans lesquelles a eu lieu l'accident ou la blessure qui en a découlé;
- (c) à la demande de la Société, il doit fournir une attestation signée par un médecin légalement autorisé à exercer la médecine concernant la cause et la nature de l'accident ou de la blessure qui en a découlé, accident ou blessure qui est à l'origine de la demande de règlement, et précisant la durée de la blessure ou de la perte.

Les formulaires de demande de règlement sont disponibles auprès de l'administrateur de votre régime.

Le défaut de fournir un avis ou une preuve de demande de règlement dans les délais prescrits ci-dessus n'annulera pas la validité de la demande si l'avis ou la preuve sont fournis aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire et en aucun cas après une période d'un an à compter de la date de l'accident ou de la blessure, et s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de fournir l'avis ou la preuve dans les délais prescrits.

La Société a le droit, et si toute personne assurée présentant une demande de règlement doit lui en accorder la possibilité, de faire subir à la personne assurée un examen aussi souvent qu'elle juge raisonnable de le faire durant l'étude d'une demande de règlement faite aux termes de la présente et, en cas de décès d'une personne assurée, de demander une autopsie sous réserve des lois sur les autopsies dans la province de résidence de la personne assurée.

## **Garantie offerte par Teachers Life Insurance Society (Fraternal)**

Toute action ou poursuite judiciaire intentée contre la Société pour recouvrer des prestations aux termes de la présente police ne doit pas commencer plus d'un an (ou toute autre période plus longue prescrite par une loi applicable) après le dernier en date des événements suivants :

- (a) la date à laquelle l'accident à l'origine de la blessure s'est produit;
- (b) la date à laquelle la blessure s'est produite;
- (c) la date à laquelle la perte s'est produite.

### **Définitions**

Par « **activités de la vie quotidienne** », on entend les six activités suivantes :

1. maintenir la continence, c'est-à-dire la capacité à contrôler les fonctions urinaires et intestinales, y compris la capacité à utiliser des fournitures pour stomisés ou d'autres dispositifs comme des cathéters;
2. se mouvoir, c'est-à-dire se déplacer entre un lit et une chaise, ou entre un lit et un fauteuil roulant;
3. se vêtir, c'est-à-dire mettre et retirer tous les vêtements nécessaires;
4. faire sa toilette, c'est-à-dire être en mesure d'aller aux toilettes et d'en revenir, de s'asseoir sur la toilette et de se relever, et d'accomplir les gestes d'hygiène personnelle connexes;
5. se nourrir, c'est-à-dire effectuer toutes les tâches principales nécessaires pour se nourrir;
6. se laver, c'est-à-dire être en mesure de prendre un bain ou une douche, y compris d'entrer dans la baignoire ou dans la douche.

Par « **enfant à charge** », on entend une personne qui est l'enfant de sang, l'enfant adoptif, l'enfant du conjoint ou l'enfant placé en famille d'accueil de la personne assurée et qui est célibataire, âgée de moins de 25 ans et dépend à au moins 50 % de la personne assurée pour son soutien et sa subsistance.

Par « **hôpital** », on entend un établissement qui :

- (a) possède un permis d'exploitation à titre d'hôpital (si un permis est exigé dans le territoire de compétence);
- (b) est exploité essentiellement dans le but d'accueillir, de soigner et de traiter les personnes malades, souffrantes ou blessées à titre de patients hospitalisés;
- (c) fournit des services de soins infirmiers 24 heures sur 24, donnés par des infirmiers autorisés ou diplômés;
- (d) compte au sein de son personnel au moins un médecin autorisé disponible en tout temps;
- (e) possède des installations permettant de poser un diagnostic et d'effectuer des interventions chirurgicales majeures;

## Garantie offerte par Teachers Life Insurance Society (Fraternal)

(f) n'est pas principalement une clinique, une maison de soins infirmiers, une maison de repos ou de convalescence, ou un établissement similaire;

(g) n'est pas, sauf accessoirement, un lieu de traitement pour les alcooliques ou les toxicomanes.

Par « **famille immédiate** », on entend une personne qui a des liens de parenté avec la personne assurée de l'une des manières suivantes : conjoint ou conjointe, beau-frère ou belle-sœur, gendre ou belle-fille, beau-père ou belle-mère, parent (y compris conjoint du père ou de la mère), frère ou sœur (y compris frère ou sœur par alliance) ou enfant (y compris enfant adopté légalement, enfant du conjoint ou enfant placé en famille d'accueil).

Par « **blessure** », on entend une blessure corporelle subie par la personne assurée et résultant directement d'un accident non intentionnel et imprévu, à la condition que cet accident soit causé par une source externe au corps et qu'il se produise pendant que l'assurance de la personne assurée est en vigueur, en vertu de la présente police.

Par « **établissement d'enseignement supérieur** », on entend aux présentes, sans s'y limiter, une université, un collège d'enseignement postsecondaire ou une école de métiers privés et tout collège d'enseignement général et professionnel (CÉGEP).

Par « **personne assurée** », on entend une personne appartenant à l'une des catégories de personnes admissibles, à la condition que son nom figure dans les dossiers du Régime d'assurance des enseignantes et des enseignants de l'Ontario ou du promoteur du régime en tant que personne assurée aux termes de la présente police.

Par « **perte** », on entend les définitions suivantes :

- (a) par « **quadruplégie** », « **paraplégie** » et « **hémip légie** », on entend la paralysie complète et irréversible des membres visés du corps;
- (b) par « **main** » ou «  **pied** », on entend le sectionnement total à l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus, mais en dessous de l'articulation du coude ou du genou;
- (c) par « **bras** » ou « **jambe** », on entend le sectionnement total à l'articulation du coude ou du genou ou au-dessus;
- (d) par « **pouce ou index** », on entend le sectionnement total à la première phalange ou au-dessus;
- (e) par « **doigts** », on entend le sectionnement total des quatre doigts d'une main à la première phalange ou au-dessus;
- (f) par « **orteils** », on entend le sectionnement total des deux phalanges de tous les orteils d'un pied;
- (g) par la « **vue complète d'un œil** », on entend la perte totale et irrémédiable de la vue, de sorte que l'acuité visuelle corrigée de cet œil est égale ou inférieure à 20/200;
- (h) par la « **vue complète des deux yeux** », on entend la perte totale et irrémédiable de la vue des deux yeux, de sorte que l'acuité visuelle corrigée des deux yeux est inférieure ou égale à 20/200 et que le champ visuel est inférieur à 20 degrés dans les deux yeux. Un ophtalmologue qualifié doit confirmer cliniquement le diagnostic par écrit;
- (i) par l'« **ouïe d'une oreille** », on entend le diagnostic de perte permanente de l'ouïe d'une oreille, le seuil d'audition excédant 90 décibels. Un oto-rhino-laryngologiste qualifié doit confirmer le diagnostic par écrit;

## **Garantie offerte par Teachers Life Insurance Society (Fraternal)**

- (j) par l'« **ouïe** », on entend le diagnostic de perte permanente de l'ouïe des deux oreilles, le seuil d'audition excédant 90 décibels dans chaque oreille. Un oto-rhino-laryngologiste qualifié doit confirmer le diagnostic par écrit;
- (k) par « **perte de la parole** », on entend la perte totale et irrémédiable de la capacité d'émettre des sons intelligibles;
- (l) par « **perte de l'usage** », on entend la perte totale et irrémédiable de l'usage; cette perte doit être continue pendant douze mois consécutifs à la fin desquels elle doit être déclarée permanente.

Par « **perte** », on entend aussi la « perte de la vie ».

Par « **invalidité totale permanente** », on entend une blessure qui empêche la personne assurée d'accomplir au moins deux des six activités de la vie quotidienne sans l'aide d'une autre personne. De plus, il doit être déterminé, selon une preuve que la Société juge satisfaisante, que la personne assurée est et demeure, douze mois après la date de la blessure, incapable d'accomplir au moins deux des six activités de la vie quotidienne sans l'aide d'une autre personne, et qu'il en sera ainsi jusqu'à la fin de sa vie. Un médecin approuvé par la Société doit attester que l'invalidité est totale, permanente et irréversible. L'incapacité de la personne assurée à obtenir un emploi n'est pas un critère d'admissibilité aux prestations d'invalidité totale et permanente.

Par « **médecin** », on entend un médecin en titre, autre que la personne assurée ou un membre de sa famille immédiate, qui est autorisé à administrer des traitements médicaux et à prescrire des médicaments dans le lieu où il offre des services médicaux. Les personnes suivantes ne sont pas considérées comme un médecin : naturopathe, herboriste, homéopathe.

Par « **promoteur du régime** », on entend la fiducie de soins de santé au bénéfice d'employés de la Fédération des enseignantes-enseignants des écoles secondaires de l'Ontario, le proposant pour la présente police.

Par « **titulaire de la police** », on entend la fiducie de soins de santé au bénéfice d'employés de la Fédération des enseignantes-enseignants des écoles secondaires de l'Ontario, qui organise le présent régime et qui en assume la responsabilité financière.

Par « **véhicule de tourisme** », on entend tout moyen de transport non utilisé à des fins commerciales qui est tiré, propulsé ou mû par quelque moyen que ce soit, y compris les automobiles, les camions, les motocyclettes, les mobylettes, les motoneiges et les bateaux.

Par « **conjoint** », on entend une personne âgée de moins de 65 ans :

- (a) qui est légalement mariée à la personne assurée; ou
- (b) une personne qui, bien qu'elle ne soit pas légalement mariée à la personne assurée, cohabite avec elle depuis au moins un an et est présentée en public comme le partenaire conjugal de la personne assurée dans la communauté où ils vivent.

Par « **Société** », on entend Teachers Life Insurance Society (Fraternal).

