Conseil scolaire public du Grand-Nord de l'Ontario

Catégorie 64 - Syndiqué(e)s (FEESO)

AVIS IMPORTANT

SOMMAIRE DES GARANTIES
(Avec liens aux différentes garanties)

FRAIS NON REMBOURSABLES
(Garantie de soins médicaux et garantie de soins dentaires)

DEMANDES DE RÈGLEMENTS
(Garantie de soins médicaux et garantie de soins dentaires)

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX
(Conditions d'admission, date d'effet et de cessation de la couverture)

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES
(Définitions)

AVIS IMPORTANT

La présente brochure explicative contient des renseignements importants sur votre assurance collective.

Vous y trouverez les réponses aux questions que vous pourriez vous poser concernant votre assurance collective. Toutefois, elle ne confère aucun droit et ne constitue pas les clauses des polices collectives; elle ne représente qu'une explication, la plus exacte possible, des stipulations du régime. Tous les droits des assurés sont définis exclusivement par les polices collectives établies par les assureurs et souscrites par votre employeur.

Note: Dans ce livret, la forme masculine est utilisée sans aucune discrimination et seulement dans le but d'alléger le texte.

©GROUPE CONSEIL COWAN, tous droits réservés. Ce document a été préparé à l'intention exclusive de nos clients et ne peut être reproduit à d'autres fins sans notre autorisation préalable explicite.

SOMMAIRE DES GARANTIES

Conseil scolaire du district du Grand Nord de l'Ontario

Catégorie 64 - Syndiqué(e)s (FEESO)

AVIS IMPORTANT: OBJECTIF DE LA PRÉSENTE BROCHURE:

Cette brochure est conçue uniquement dans le but de décrire les principales caractéristiques du régime d'assurance collective. Tous les droits en ce qui concerne vos avantages en tant que participant au régime seront régis par la police d'assurance collective établie par l'assureur qui prévaut sur la présente brochure. Pour de plus amples renseignements concernant les frais couverts et les exclusions qui s'appliquent aux différentes garanties, veuillez communiquer avec le service à la clientèle de Groupe Conseil Cowan au 1-888-509-7797.

Assurance vie de base
(information supplémentaire)

- Montant de 2 fois le salaire annuel brut arrondi au prochain 10 000 $, jusqu'à concurrence de 600 000 $.
- La garantie se termine le 30 juin suivant votre 65e anniversaire de naissance ou à la date de la retraite (si vous n'adhérez pas à la catégorie de retraités), selon la première éventualité.
- Réduction de 50 % à la retraite, si vous adhérez à la catégorie de retraités.
- Exonération de prime: coïncide avec le versement des prestations d'AILD
- Contribution de l'employeur: 100 %
- Assureur: La Great-West
  Police: 339114
  Adhésion: obligatoire

Assurance mort et mutilation accidentelles de base
(information supplémentaire)

- Montant de 2 fois le salaire annuel brut arrondi au prochain 10 000 $ jusqu'à concurrence de 600 000 $.
- La garantie se termine le 30 juin suivant votre 65e anniversaire de naissance ou à la date de la retraite (si vous n'adhérez pas à la catégorie de retraités), selon la première éventualité.
- Exonération de prime: coïncide avec l'exonération accordée pour l'assurance vie de base.
- Contribution de l'employeur: 100 %
- Assureur: SSQ, Société d'assurance inc.
  Police: 9221553
  Adhésion: obligatoire

Assurance vie de base des personnes à charge
(information supplémentaire)

- Montant:
  - Conjoint(e): 5 000 $
  - Chaque enfant: 5 000 $

- La garantie se termine lorsque la personne à charge cesse d'être admissible ou votre assurance vie de base se termine, selon la première éventualité.
- Exonération de prime: coïncide avec l'exonération accordée pour l'assurance vie de base.
- Contribution de l'employeur: 100 %
- Assureur: La Great-West
  Police: 339114
  Adhésion: obligatoire

Assurance vie facultative
(Employé(e)) (information supplémentaire)

- Disponible par tranches de 25 000 $ jusqu'à concurrence de 200 000 $ (des preuves d'assurabilité sont requises)
- La garantie se termine le 30 juin suivant votre 65e anniversaire de naissance ou à la date de la retraite (si vous n'adhérez pas à la catégorie de retraités), selon la première éventualité.
- Exonération de prime: coïncide avec l'exonération accordée pour l'assurance vie de base.
- Contribution de l'assuré(e): 100 %
- Assureur: La Great-West
  Police: 339115
  Adhésion: facultative

Assurance invalidité de longue durée
(information supplémentaire)

Niveau de prestations

- 60 % du salaire mensuel brut, arrondi au prochain dollar, jusqu'à concurrence de 10 000 $ par mois.

Délai de carence

- 119 jours civils

Indexation

- Néant

Statut fiscal

- La rente est non imposable.

- La garantie prend fin à votre 65e anniversaire de naissance.
- Contribution de l'assuré(e): 100 %
- Assureur: La Great-West
  Police: 339114
  Adhésion: obligatoire

Garantie de soins médicaux
(information supplémentaire)

Franchise

- Aucune, à l'exception des médicaments qui s'établit à 3,00 $ par prescription.

Niveau de remboursement

- 100 %, à l'exception des prothèses myoélectriques pour lesquels le remboursement est de 80 % et des chaussures orthopédiques pour lesquelles le remboursement est de 50 %.

Frais admissibles

- **Médicaments** qui requièrent une ordonnance par la loi. Si un médicament générique peut remplacer le médicament d'origine, nous ne remboursons que le coût du substitut générique le moins cher. Si l'ordonnance spécifie qu'il ne peut y avoir de substitution, nous remboursons le coût du médicament d'origine.

  Les honoraires professionnels du pharmacien sont limités à 8,00 $ par prescription.

- **Services paramédicaux:**

  Le remboursement des honoraires des auxiliaires médicaux énumérés ci-après, si les soins donnés relèvent de leur compétence respective:

  a) jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 300 $ par année civile pour les services rendus par chacun des practiciens suivants: un massothérapeute, orthophoniste, psychologue clinicien, chiropraticien, podiatre, ostéopathe et naturopathe;

  b) les services d'un physiothérapeute sont illimités.

- **Soins infirmiers** jusqu'à concurrence de 90 quarts de travail de 8 heures par personne assurée, par année, sujet à l'approbation préalable de l'assureur.

- **Chambre d'hôpital** à deux lits.

- **Prothèses auditives**, 300 $ par période de 5 années civiles, par personne assurée.

- **Chaussures orthopédiques**, 2 paires par année civile, par personne assurée.

- **Orthèses plantaires**, maximum de 150 $ par année civile, par personne assurée.

- **Soins de la vue**, jusqu'à concurrence de 380 $ pour chaque période de 12 mois consécutifs pour les enfants à charge et 24 mois consécutifs pour les adultes.

  (Les verres de contact sont couverts jusqu'a concurrence de 200 $ par période de 2 années civiles consécutives si l'acuité visuelle est amélioré au moins jusqu'a 20/40, que ce degré d'acuité ne puisse être atteint avec des lunettes et que cette ordonnance soit accompagnée d'une lettre de confirmation. Dans tous les autres cas, les verres de contact sont assujettis au maximum accordé pour les lunettes.)

  Les examens de la vue sont admissibles une fois pour chaque période de 12 mois consécutifs pour les enfants à charge et 24 mois consécutifs pour les adultes.

- Assurance-voyage, jusqu'à concurrence de 5 000 000 $ par sinistre pour les 180 premiers jours d'un voyage. (Global Excel, numéro de contrat 39086346-64) Veuillez vous référer au livret séparé d'assurance voyage pour les dispositions.

- La garantie se termine le 30 juin suivant votre 65e anniversaire de naissance ou à la date de la retraite (si vous n'adhérez pas à la catégorie de retraités), selon la première éventualité.

- Contribution de l'employeur: 100 %

- No. GCC: 339114
  Adhésion: obligatoire, à moins que vous soyez assuré par votre conjoint(e) pour une garantie comparable. Toute demande de modification de protection présentée plus de 31 jours après la date de votre admissibilité sera considérée comme une demande tardive et sera assujettie à des preuves d'assurabilité.

Garantie de soins dentaires
(information supplémentaires)

Franchise

- Aucune

Niveau de remboursement

- 100 % pour les services de base

Frais admissibles

- Services préventifs, endodontiques, périodontiques et chirurgicaux, ainsi que les prothèses dentaires

Prestations maximales

- Sans plafond pour les services de base.
- Un examen de rappel à tous les 6 mois pour les enfants de 18 ans et moins, et à tous les 9 mois pour les adultes.

Tarifs

- Selon l'Édition courante du guide des tarifs de l'Association dentaire de la province où le traitement a été reçu

- La garantie se termine le 30 juin suivant votre 65e anniversaire de naissance ou à la date de la retraite (si vous n'adhérez pas à la catégorie de retraités), selon la première éventualité
- Contribution de l'employeur: 100 %
- No.GCC: 339114
  Adhésion: obligatoire, à moins que vous soyez assuré par votre conjoint(e) pour une garantie comparable. Toute demande de modification de protection présentée plus de 31 jours après la date de votre admissibilité sera considérée comme une demande tardive et le plafond fixé pour le remboursement des frais engagés au cours des 12 premiers mois de la garantie sera de 250 $.

Prestations aux membres survivants de la famille de l'employé

Si l’employé décède, les personnes à sa charge admissibles peuvent continuer d’être assurées au titre de la garantie de soins médicaux jusqu’à la première des dates suivantes, sans paiement de prime :

- la date de remariage du conjoint;
- 36 mois après le décès de l'employé pour tous les employés;
- la date de résiliation du présent contrat;
- la date de cessation de l’assurance aux termes de la garantie de soins médicaux.

Note: Veuillez prendre note que les standards qui s'appliquent en ce qui concerne votre régime d'assurance collective sont régis par les assureurs et les polices énumérés ci-dessus.

Haut de la page

FRAIS NON REMBOURSABLES

(Garantie de soins médicaux et garantie de soins dentaires)

Aucun remboursement n'est effectué dans les cas suivants :

1. Blessure ou maladie que la personne couverte se serait infligée elle-même, qu'elle soit saine d'esprit ou non.

2. Blessure directement ou indirectement attribuable à une insurrection ou une guerre, au service dans les forces armées de tout pays ou à la participation à une émeute.

3. Blessure ou maladie ouvrant droit à des prestations en vertu des lois sur les accidents du travail.

4. Examens demandés par un tiers.

5. Voyages pour raison de santé.

6. Honoraires demandés par le médecin ou le dentiste pour le temps perdu en déplacements, les rendez-vous non respectés, le transport, la location d'une chambre ou pour les conseils donnés par téléphone ou par tout autre moyen de télécommunication.

7. Soins dentaires en cas d'accident considéré par l'assureur comme ayant des fins purement esthétiques, sauf s'il est donné par suite d'un accident et commence dans les 90 jours qui suivent l'accident.

8. Frais engagés pour des services, traitements ou articles

   a) que la personne n'aurait pas à payer si elle n'avait pas de couverture qui seraient normalement gratuits,

   b) qui sont rendus ou fournis par un proche parent ou une personne qui habite avec le patient,

   c) qui sont reçus pendant le séjour à l'hôpital,

   d) et qui ne sont pas indiqués dans la description des frais couverts au titre du présent régime.

10. Médicaments, vaccins, sérums, injections ou articles non approuvés par Santé et Bien-Être social Canada (Aliments et drogues), ou utilisés à des fins expérimentales ou à usage restreint, qu'ils soient approuvés ou non.

11. Méthodes de traitement, ou actes médicaux encore au stade expérimental, non approuvés par l'Association médicale provinciale ou par l'association de médecins spécialistes ayant compétence en la matière.

12. Frais payables par le régime d'assurance-maladie de la province, même si la personne n'est pas couverte par le régime de la province. Seul est remboursable l'excédent sur les prestations qu'elle aurait normalement reçues du régime d'État si elle avait été couverte.

13. Traitements dentaires donnés par le service médical d'un employeur, d'une association ou d'un syndicat.

14. Remplacement d'un appareil dentaire perdu, égaré ou volé.

15. Frais dentaires engagés pour la restauration de la bouche au complet et pour la correction de la dimension verticale ou de toute dysfonction temporo-mandibulaire.

16. Traitement qui n'est généralement pas reconnu par les dentistes comme efficace, approprié et essentiel pour le traitement d'une affection dentaire.

17. Implants et soins relatifs aux implants.

18. Traitements esthétiques.

19. Procédés <in vivo> et <in vitro>, ou tout autre procédé visant à stimuler la fertilité, sauf s'ils sont spécifiquement payés au titre du présent contrat.

AVIS IMPORTANT: OBJECTIF DE LA PRÉSENTE BROCHURE

Cette brochure est conçue uniquement dans le but de décrire les caractéristiques principales du régime d'assurance collective. Tous les droits en ce qui concerne vos avantages en tant que participant au régime seront régis par la police d'assurance collective établie par l'assureur.

Haut de la page

DEMANDE DE RÈGLEMENT

Protection en cas de maladie

Vous pouvez commencer à présenter vos demandes de remboursement en tout temps. Toutefois, il est fortement recommandé d'accumuler un certain nombre de reçus avant de présenter les demandes, afin de ne pas faire augmenter les frais de gestion.

Lorsque vous engagez des frais médicaux qui ne sont pas des frais d'hospitalisation, vous devez demander à votre employeur une formule de demande de règlement, la remplir et la faire parvenir avec l'original de tous vos reçus à Groupe Conseil Cowan.

Si vous disposez de l'assurance-voyage, tel qu'indiqué au Sommaire des garanties, votre passeport médical en cas d'urgence fournit une liste des numéros sans frais à composer en cas d'urgence pendant un voyage à l'extérieur de votre province. Ces numéros vous permettront d'entrer en communication avec un organisme d'assistance-voyage internationale.

Si vous n'avez pas de passeport médical en cas d'urgence, veuillez communiquer avec Groupe Conseil Cowan.

La Great West vous fournit une carte médicaments à tiers payant. Cette carte est acceptée par les pharmacies participantes affichant l'autocollant Médicaments à tiers payant approprié. Groupe Conseil Cowan paie les prestations au titre de la garantie médicaments tiers payant selon l'une des méthodes suivantes :

1. Lorsque les médicaments, vaccins, sérums et injections sont achetés dans une pharmacie participante, vous ne versez à la pharmacie que la somme correspondant à la différence entre les frais remboursés par le régime et à ceux chargés par la pharmacie, moyennant présentation des pièces d'identité requises. Le solde des frais est remboursable à la pharmacie à partir de votre régime sans que vous ayez à présenter de demande de règlement.

2. Dans le cas contraire, vous déboursez la totalité des frais. Vous devez, par la suite, demander à votre employeur une formule de demande de règlement, la remplir et la retourner avec l'original de tous vos reçus à Groupe Conseil Cowan.

Lorsque vous engagez des frais dentaires, vous devez demander à votre employeur une formule de demande de règlement; une fois que vous et votre dentiste avez chacun rempli la partie qui vous est réservée, faites

parvenir la formule à Groupe Conseil Cowan. Les formules dûment remplies doivent être envoyées à Groupe Conseil Cowan au plus tard 365 jours suivant la date où celles-ci ont été encourues.

Alternativement, votre dentiste peut effectuer une demande de remboursement électroniquement.

Les chèques de remboursement de frais dentaires sont libellés à votre nom.

Pour avoir droit à un remboursement, vous devez présenter vos demandes de règlement Maladie au plus tard 365 jours suivant la date où celles-ci ont été encourues.

En cas de cessation des garanties Maladie et Soins dentaires, quelle qu'en soit la cause, toute demande de règlement doit être présentée à Groupe Conseil Cowan dans les 31 jours qui suivent la cessation.

Coordination des prestations

La coordination des prestations avec celles prévues par le régime du conjoint de l'employé est l'un des avantages qu'offre le présent contrat collectif. Cette disposition peut permettre à la personne assurée d'obtenir le remboursement intégral des frais médicaux et/ou dentaires qu'elle engage. Deux conditions doivent toutefois être remplies. Premièrement, l'employé doit avoir souscrit l'assurance avec personnes à charge qui englobe la garantie de soins médicaux et/ou dentaires et avoir un conjoint ou des enfants admissibles. Deuxièmement, le conjoint doit avoir le même genre de protection chez son employeur.

Voici comment procéder :

Remboursement des frais engagés pour l'employé

L'employé doit d'abord nous demander le remboursement des frais qui le concernent. Nous paierons la partie des frais qui est assurée et lui enverrons un relevé explicatif des prestations versées. Le conjoint de l'employé pourra alors envoyer à son assureur un formulaire de demande de règlement, accompagné d'une copie du relevé explicatif et des reçus pour demander le remboursement de la partie non assurée des frais.

Remboursement des frais engagés pour le conjoint de l'employé

Si les frais concernent le conjoint, celui-ci doit d'abord présenter une demande de règlement à son assureur. Celui-ci paiera la partie des frais qui est assurée et enverra au conjoint un relevé explicatif des prestations versées. L'employé pourra alors nous envoyer un formulaire de demande de règlement, accompagné d'une copie du relevé explicatif et des reçus pour demander le remboursement de la partie non assurée des frais.

Remboursement des frais engagés pour un enfant

Le remboursement des frais engagés pour un enfant doit d'abord être demandé aux termes du régime du parent dont l'anniversaire de naissance (mois et jour) tombe en premier au cours de l'année civile. Par exemple, si l'anniversaire de naissance de l'employé survient le 19 mai et que celui de son conjoint survient le 11 juin, le remboursement des frais d'un enfant doit d'abord nous être demandé. Par la suite, le conjoint pourra présenter à son assureur un formulaire de demande de règlement pour la partie non payée des frais, accompagné d'une copie du relevé explicatif et des reçus.

Si l'employé est séparé ou divorcé, les demandes de règlement relatives aux frais engagés pour un enfant doivent être coordonnées selon les lignes directrices en vigueur dans l'industrie.

Pour de plus amples renseignements, veuillez vous adresser à l'Infocentre de Groupe Conseil Cowan au 1-888-509-7797.

AVIS IMPORTANT: OBJECTIF DE LA PRÉSENTE BROCHURE

Cette brochure est conçue uniquement dans le but de décrire les caractéristiques principales du régime d'assurance collective. Tous les droits en ce qui concerne vos avantages en tant que participant au régime seront régis par la police d'assurance collective établie par l'assureur.

Haut de la page

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Date d'effet du contrat

Cette brochure décrit le régime en vigueur à compter de la date indiquée au **Sommaire des garanties**.

Conditions d'admission

Tous les salariés qui sont domiciliés au Canada et qui répondent aux conditions stipulées aux polices d'assurance collectives détenues par le Conseil peuvent adhérer au régime.

Les personnes à votre charge (conjoint et enfants) domiciliées au Canada peuvent également être assurées si elles répondent aux critères énoncés à la section "Définition" de "RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES".

Date d'effet de la couverture

Pour vous-même:

La date d'entrée en vigueur de votre protection dépend de la date à laquelle votre demande d'adhésion est remplie et de votre date d'admissibilité, à savoir.

Demande remplie	Date d'entrée en vigueur de la protection
À votre date d'admissibilité ou au cours des 31 jours qui suivent votre date d'admissibilité	Votre date d'admissibilité
Plus de 31 jours après votre date d'admissibilité	La date à laquelle nous approuvons la preuve d'assurabilité, à condition que l'employé soit alors effectivement au travail.

À l'exception de l'assurance-maladie complémentaire et des soins dentaires, si vous n'êtes pas effectivement au travail à la date à laquelle votre protection entrerait normalement en vigueur, vous deviendrez assuré lorsque vous serez effectivement au travail. À moins d'avis contraire indiqué au Sommaire des garanties, votre date d'admissibilité correspond à la date de votre entrée en service, selon les conditions stipulées aux polices d'assurance collectives détenues par le Conseil.

Pour vos personnes à charge:

La protection de vos personnes à charge entre en vigueur à la même date que votre protection, si vous en avez fait la demande sur votre demande

d'adhésion. Si vous remplissez votre fiche d'adhésion à l'assurance collective plus de 31 jours après votre date d'admissibilité, l'assureur peut exiger que vous soumettiez une preuve de bonne santé pour vos personnes à charge.

Si vous n'avez aucune personne à charge lorsque vous devenez assuré et qu'à une date ultérieure une personne devienne à votre charge, vous devrez remplir un formulaire d'adhésion. La date d'entrée en vigueur de cette protection dépend alors de la date à laquelle votre demande est remplie, à savoir:

Demande remplie	Date d'entrée en vigueur de la protection
Au cours des 31 jours après qu'une personne devienne à votre charge	La date de l'événement justificatif
Plus de 31 jours après qu'une personne devienne à votre charge	La date à laquelle nous approuvons la preuve d'assurabilité de bonne santé de votre personne à charge, à condition que l'employé soit effectivement au travail.

Une fois la protection de vos personnes à charge en vigueur, un autre enfant devient assuré automatiquement à la date à laquelle il devient à votre charge en ce qui a trait à l'assurance-vie des personnes à charge. Aucune demande d'assurance n'est requise. Cependant, en ce qui a trait à l'assurance-maladie complémentaire ou à l'assurance des soins dentaires, un formulaire de vérification de l'adhésion doit être complété pour l'ajout de chaque nouvelle personne à charge.

Si une personne à votre charge, autre qu'un nouveau-né, est hospitalisée à la date à laquelle la protection entrerait normalement en vigueur, cette personne ne deviendra assurée qu'après avoir reçu son congé de l'hôpital.

Vous devez compléter une formulaire de vérification d'adhésion en s'assurant qu'il y a eu cohabitation pour 12 mois.

Exemption de la protection pour l'assurance-maladie complémentaire ou des soins dentaires

Vous pouvez renoncer à la protection d'assurance-maladie complémentaire ou des soins dentaires si vous bénéficiez déjà de cette protection au titre du régime de votre conjoint. En cas de cessation de la couverture au titre du régime du conjoint, vous devez adhérer au présent régime dans les 31 jours qui suivent la cessation.

Toutefois, si vous faites votre demande d'adhésion après le délai de 31 jours, ou si vous avez renoncé à la couverture et que plus tard vous désirez présenter une demande d'adhésion même si le régime d'assurance-maladie de votre conjoint est toujours en vigueur, vous êtes assujetti aux conditions suivantes :

1. Assurance des soins dentaires: La couverture entre en vigueur le 1er du mois suivant la réception de formulaire de demande tardive, à nos bureaux. Mais, le remboursement est limité à 250 $ pour les 12 premiers mois d'assurance.

2. Assurance-maladie complémentaire: Vous devez présenter une preuve d'assurabilité. La protection entre en vigueur à la date à laquelle l'assureur approuve celle-ci.

Cessation de la couverture

Votre couverture et celle des personnes à votre charge prennent fin dès que se réalise l'une des éventualités suivantes :

1. La cessation de votre emploi.

2. Votre décès.

3. Le jour précédent votre entrée dans toute force navale, militaire ou aérienne.

4. La résiliation de la police ou de l'assurance du groupe, division ou catégorie, auxquelles vous appartenez.

5. À la date indiquée au Sommaire des garanties.

PROLONGATION DE LA COUVERTURE

Pour l'assurance-maladie complémentaire ou des soins dentaires

Nous maintiendrons en vigueur l'assurance d'un employé ou d'une personne à charge qui est totalement invalide à la date à laquelle l'assurance prendrait normalement fin par suite de la cessation d'emploi de l'employé, sans paiement de prime. Nous continuerons de payer les frais admissibles durant un maximum de 90 jours, pourvu que ces frais découlent de l'invalidité totale et que le contrat soit toujours en vigueur.

À l’égard de la garantie de soins médicaux, l’employé est reconnu comme totalement invalide s’il est incapable d’accomplir auprès de tout employeur les

tâches essentielles de tout emploi pour lequel il est raisonnablement qualifié compte tenu de sa scolarité, de sa formation ou de son expérience.

À l'égard de la garantie de soins médicaux, une personne à charge est reconnue comme totalement invalide lorsqu'elle

- est incapable d'exercer les activités normales d'une personne du même âge et du même sexe;
- est soignée par un médecin en raison d'une blessure ou d'une maladie.

Droit de recouvrer d'une tierce partie

Si une autre personne ou une organisation est responsable d'une invalidité ou de problèmes médicaux ou dentaires, nous interromprons le versement des prestations et recouvrerons, comme la loi nous permet de le faire, une partie des dommages-intérêts que l'employé obtiendra, par suite d'une ordonnance d'un tribunal ou d'un règlement à l'amiable, pour les pertes de revenus passées ou futures ou les problèmes médicaux ou dentaires. Nous nous réservons également le droit de recouvrer des prestations directement auprès de la personne ou de l'organisation responsable de l'invalidité ou des problèmes. L'employé devra nous appuyer du mieux qu'il pourra dans nos tentatives de recouvrement, y compris en collaborant et en participant à une action en justice. Il devra également nous aviser de toute poursuite juridique intentée ou de tout paiement reçu

Examen médical et autopsie

L'assureur a le droit de faire subir un examen, par un médecin de son choix, à toute personne à l'égard de laquelle une demande de règlement est présentée. Si l'assureur exige un tel examen, il versera les prestations uniquement après l'examen. Les frais pour un tel examen seront assumés par l'assureur. Dans le cas d'un décès, l'assureur a le droit d'ordonner une autopsie.

Poursuites judiciaires

Aucune poursuite ni procédure légale relative à une demande de règlement ne peut être intentée contre l'assureur moins de 60 jours après la date à laquelle la preuve initiale du sinistre est remise à l'assureur ou plus d'un an (ou toute période plus longue que pourrait exiger la loi) après la fin de la période au cours de laquelle la preuve initiale du sinistre doit être soumise.

AVIS IMPORTANT: OBJECTIF DE LA PRÉSENTE BROCHURE

Cette brochure est conçue uniquement dans le but de décrire les caractéristiques principales du régime d'assurance collective. Tous les droits en ce qui concerne vos avantages en tant que participant au régime seront régis par la police d'assurance collective établie par l'assureur.

Haut de la page

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

DÉFINITIONS

Par "**conjoint**", on entend la personne à laquelle l'employé est légalement uni par les liens du mariage ou le conjoint de fait. Le conjoint de fait est la personne de même sexe, ou de sexe opposé qui habite avec l'employé depuis au moins 12 mois. Le régime n'assure qu'un seul conjoint à la fois.

Par "**enfant**", on entend vos enfants non mariés de moins de 21 ans (y compris les enfants adoptifs et les enfants nés d'un autre lit). Les enfants non mariés qui sont à votre charge et qui étudient à temps plein dans un collège ou une université reconnus sont admissibles jusqu'à 25 ans. Les enfants sont assurés dès la naissance.

Tout enfant atteint d'infirmité physique ou mentale peut rester couvert au-delà de l'âge maximal en ce qui concerne la protection en cas de maladie s'il n'est pas à même d'occuper un emploi lui permettant de subvenir à ses besoins et si vous assurez entièrement son entretien et sa subsistance.

De plus, toute personne qui sert à temps plein dans toute force navale, militaire ou aérienne ne sera pas admissible en tant que personne à charge. De plus, une personne à charge n'est pas admissible si elle demeure à l'extérieur du Canada ou des État-Unis.

Par "**franchise**", on entend la part des frais remboursables qui reste à votre charge.

Par "**médicament**", on entend un produit dont l'usage est approuvé par le gouvernement fédéral du Canada et auquel est attribué un code d'identification DIN.

Par "**nécessaire du point de vue médical**", on entend ce qui est généralement accepté et reconnu par le corps médical canadien comme efficace, approprié et essentiel pour le traitement d'une maladie ou d'une blessure, d'après les normes médicales canadiennes.

Par "**pharmacie participante**", on entend une pharmacie ayant conclu une entente de règlement direct, individuellement ou par l'intermédiaire d'une association de pharmaciens.

Par "**proche parent**", on entend

1. vous-même;

2. votre conjoint ou votre enfant;

3. votre père ou votre mère, ou le père ou la mère de votre conjoint;

4. votre frère ou votre soeur, ou le frère ou la soeur de votre conjoint.

Par "**remariage**", on entend l'union du conjoint survivant avec une autre personne après votre décès, conformément à A ou B ci-dessous :

A) Mariage religieux ou civil.

B) Union de fait où le conjoint survivant habite continuellement avec une autre personne, sans être marié avec cette dernière, et est publiquement reconnu comme son conjoint.

En ce qui a trait à l'assurance mort et mutilation accidentelles de base, les définitions suivantes s'appliquent:

Par "**blessure**" au sens de l'assurance mort et mutilation accidentelles, on entend le dommage corporel résultant d'un accident qui se produit en cours d'assurance de la police et entraînant directement et indépendamment de toute autre cause, une perte couverte en vertu de la police.

Par "**capital assuré**", au sens de l'assurance mort et mutilation accidentelles, on entend un montant égal au volume indiqué au Sommaire des garanties.

Par "**famille immédiate**", au sens de l'assurance mort et mutilation accidentelles, on entend votre fils, votre fille, votre père, votre mère, votre frère, votre soeur, votre beau-fils, votre belle-fille, votre beau-père, votre belle-mère, votre beau-frère, votre belle-soeur, peu importe que leur lien de parenté soit naturel ou résulte d'une adoption ou d'un remariage, votre conjoint, votre petit-fils, votre petite-fille, votre grand-père ou votre grand-mère; est exclue toute personne qui n'a pas au moins dix-huit (18) ans.

En ce qui a trait à l'assurance invalidité de longue durée, les définitions suivantes s'appliquent:

Au cours des 24 premiers mois d'indemnisation, l'employé est considéré comme "**invalide**" s'il est incapable d'accomplir les tâches essentielles de son emploi auprès de vous en raison d'une maladie ou d'une blessure. Il n'est pas tenu compte de la disponibilité des emplois lors de l'évaluation de l'invalidité.

Après 24 mois d'indemnisation, l'employé est considéré comme "**invalide**" s'il est incapable, en raison d'une maladie ou d'une blessure, d'accomplir, auprès de vous ou de tout autre employeur, les tâches essentielles de tout emploi pour lequel il est raisonnablement qualifié, ou pourrait le devenir, en raison de sa scolarité, de sa formation ou de son expérience. Il n'est pas tenu compte de la disponibilité des emplois lors de l'évaluation de l'invalidité.

Un employé est "**effectivement au travail**" lorsqu'il effectue les tâches normales de son poste :

- à votre lieu d'affaires;
- à tout autre endroit où il est tenu de se rendre pour le compte de votre entreprise;
- ou si un employé reçoit des prestations en cas de congé de maladie.

Il est aussi reconnu comme effectivement au travail lorsqu'il est en mesure d'effectuer les tâches normales de son poste durant une journée normale de congé ou une journée de vacances. L'exigence d'être effectivement au travail ne s'applique pas aux employés retraités.

Le terme "**gains**" désigne le salaire brut de l'employé (incluant les primes de responsabilité s'il y a lieu) avant toute déduction, excluant les gratifications, les commissions, la rémunération pour les heures supplémentaires, les gains découlant d'un régime de participation aux bénéfices et les allocations d'automobile.

L'expression gains mensuels désigne les gains annuels divisés par 12 pour le personnel qui travaille 12 mois par année et les gains annuels basés sur 10 mois divisés par 12 pour le personnel qui travaille 10 mois par année au fin du calcul des primes mensuelles. Par contre, dans ce dernier cas, en ce qui concerne le calcul des prestations, durant les 24 premiers mois, les gains annuels sont divisés par 10.

Si votre revenu se compose en partie de commissions, les gains sont calculés de la façon suivante :

a) La moyenne de vos gains bruts pendant les deux années civiles précédentes, figurant sur vos feuillets d'impôt T-4, si vous travaillez pour l'employeur depuis au moins deux années civiles.

b) Le montant que votre employeur détermine approximativement, si vous travaillez pour l'employeur depuis moins de deux années civiles. L'estimation doit refléter des prévisions raisonnables quant au revenu qui sera gagné. Lorsqu'une demande de règlement est présentée, l'assureur communiquera avec votre employeur pour vérifier l'estimation.

Le montant des garanties dont vous bénéficierez sera basé sur le moins élevé des montant suivants, à savoir : (1) vos gains et (2) le montant approximatif des gains dont on s'est servi pour verser les cotisations. Un remboursement de primes sera effectué si cela est nécessaire.

c) Toute modification apportée à vos gains sera établie de la façon suivante:

Réduction de l'assurance

Toute réduction de l'assurance prend effet à la date du changement de catégorie ou de salaire.

Augmentation de l'assurance

Si l'employé n'est pas effectivement au travail à la date de l'augmentation de l'assurance, tel qu'il est indiqué ci-dessous, celle-ci entrera en vigueur lorsque l'employé sera effectivement au travail.

Tout changement de protection qui requiert une preuve d'assurabilité prendra effet à la date à laquelle nous approuverons cette preuve, à condition que l'employé soit alors effectivement au travail.

Si un changement de catégorie ou de salaire entraîne une augmentation de l'assurance et que Groupe Conseil Cowan est avisé du changement dans un délai de 31 jours, l'augmentation entrera en vigueur à la date du changement.

Si l'avis parvient à Groupe Conseil Cowan plus de 31 jours après la date du changement, l'augmentation de l'assurance entrera en vigueur à la date à laquelle nous approuvons la preuve d'assurabilité. Si la preuve d'assurabilité n'est pas approuvée, le montant d'assurance ne pourra pas être augmenté.

AVIS IMPORTANT: OBJECTIF DE LA PRÉSENTE BROCHURE

Cette brochure est conçue uniquement dans le but de décrire les caractéristiques principales du régime d'assurance collective. Tous les droits en ce qui concerne vos avantages en tant que participant au régime seront régis par la police d'assurance collective établie par l'assureur.

Haut de la page

ASSURANCE VIE DE BASE

Advenant votre décès, votre bénéficiaire désigné recevra le montant forfaitaire identifié au Sommaire des garanties. Vous pouvez désigner un ou plusieurs bénéficiaires ou les changer en tout temps en remplissant le formulaire de Changement de bénéficiaire, obtenu auprès de Groupe Conseil Cowan. Tout montant de protection pour lequel aucun bénéficiaire n'a été désigné sera versé à votre succession.

Exonération de primes

L'assurance-vie sera maintenue en vigueur, si vous devenez totalement invalide pour la période minimale indiquée au Sommaire des garanties à la rubrique "exonération de primes". Vous devez devenir invalide pendant que vous êtes assuré avant votre 65e anniversaire de naissance.

La présente protection prendra fin sans droit de conversion à votre 65e anniversaire de naissance.

Totalement invalide signifie votre incapacité complète d'occuper tout emploi rémunérateur pour lequel vous êtes suffisamment préparé en raison de vos études, votre formation, votre expérience ou l'acceptation d'une demande de règlement en vertu d'une garantie collective de Rente d'invalidité prolongée établie à votre nom. L'assureur doit recevoir la preuve initiale de votre invalidité totale au plus tard 12 mois après la date du début de l'invalidité.

Prolongation des garanties

La résiliation de la police n'affectera pas la prolongation de votre protection en vertu de la stipulation d'Exonération de primes.

Droit de conversion

À la cessation de votre emploi ou à la résiliation de la police, vous pouvez convertir votre protection collective en cas de décès en une assurance vie individuelle, sans examen médical. Vous devez cependant être âgé de moins de 65 ans pour être admissible. L'assurance individuelle peut être une assurance temporaire d'un an ou une assurance temporaire à capital constant venant à échéance à l'âge de 65 ans alors émise par l'assureur. Pour connaître les limitations en ce qui regarde les montants de protection, consultez Groupe Conseil Cowan.

Une demande d'assurance et la prime initiale exigible pour la police d'assurance individuelle doivent être reçues par l'assureur au plus tard 31 jours après la date de cessation de votre protection collective. Si vous décédez pendant ladite période de 31 jours, le montant de protection, assujetti à toute limite, sera versé à votre bénéficiaire désigné.

Modifications

Les modifications apportées à la protection, attribuables à un changement de catégorie, de salaire ou à la situation particulière des personnes à charge, entreront en vigueur à la date du changement. Cependant, pour pouvoir augmenter votre montant d'assurance, vous devez être effectivement au travail. Pour qu'une modification apportée à une garantie entre en vigueur, l'assureur doit en être avisé par l'employeur.

AVIS IMPORTANT: OBJECTIF DE LA PRÉSENTE BROCHURE

Cette brochure est conçue uniquement dans le but de décrire les caractéristiques principales du régime d'assurance collective. Tous les droits en ce qui concerne vos avantages en tant que participant au régime seront régis par la police d'assurance collective établie par l'assureur.

Haut de la page

ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES

Sous la présente garantie, vous êtes protégé n'importe où dans le monde, 24 heures sur 24, que vous soyez au travail ou non, contre les risques énoncés ci-dessous à la section "Prestation en cas de perte accidentelle".

Si une blessure entraîne une des pertes ci-après dans les trois cent soixante-cinq (365) jours qui suivent l'accident, l'assureur s'engage à verser des prestations comme suit:

Pertes accidentelles

Le capital assuré - La vie (décès), la vue complète des deux yeux, la parole et l'oie des deux oreilles, une main et la vue complète d'un oeil, un pied et la vue complète d'un oeil.

Les deux tiers du capital assuré - la vue complète d'un oeil, la parole, l'ouie des deux oreilles

Le tiers du capital assuré - l'ouie d'une oreille

Le quart du capital assuré - tous les orteils d'un pied

Perte ou perte de l'usage

Le capital assuré - Les deux mains, les deux pieds, une main et un pied

Les trois quarts de capital assuré - Un bras ou une jambe

Les deux tiers du capital assuré - Une main ou un pied

Le tiers du capital assuré - Le pouce et l'index ou au moins quatre doigts d'une main

Paralysie totale

Deux fois le capital assuré - Membres supérieurs et inférieurs (quadriplégie), membres inférieurs (paraplégie), membres supérieur et inférieur d'un côté du corps (hémiplégie).

Par <perte>, on entend, dans le cas:

- d'une main ou d'un pied, 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;
- d'un bras ou d'une jambe, le sectionnement total à l'articulation du coude ou du genou ou au dessus;

- d'un pouce, le sectionnement total d'une phalange;

- d'un doigt, le sectionnement total de deux phalanges;
- d'un orteil, le sectionnement total d'une phalange du gros orteil et de toutes les phalanges des autres orteils;
- d'un oeil, la perte totale et irrémédiable de la vue;
- de la parole, la perte totale et irrémédiable de la capacité d'émettre des sons intelligibles;
- de l'ouïe, la perte totale et irrémédiable de l'ouïe;
- de la quadriplégie, de la paraplégie et de l'hémiplégie, la paralysie totale et irrémédiable des membres atteints;
- de la perte de l'usage, la perte totale et irrémédiable de l'usage; la perte doit toutefois se poursuivre pendant 12 mois consécutifs, au terme desquels elle est déclarée permanente.

Si, par suite d'un seul accident, l'assuré reçoit des blessures multiples à un membre, les prestations prévues par la présente disposition ne sont versées que pour une seule perte, la plus importante.

La prestation accordée en vertu de la présente garantie pour toutes les pertes subies par le même assuré, suite à un seul et même accident, est limitée comme suit:

a. Le capital assuré, sauf en cas de quadriplégie, de paraplégie ou d'hémiplégie;

b. Le double du capital assuré en cas de quadriplégie, de paraplégie ou d'hémiplégie et de survie de l'assuré pendant au moins quatre-vingt-dix (90) jours après l'accident, sinon le capital assuré.

Suite à un même accident, le montant global d'indemnisation ne peut dépasser le double du capital assuré.

Exonération de primes

Si, à la suite d'une invalidité totale, vous êtes accepté pour l'exonération de primes et que vous demeurez admissible pour telle en vertu des termes du contrat d'assurance-vie collective de base de votre employeur, vous serez alors exonéré du paiement des primes sous le présent programme.

Les primes continueront d'être exonérées jusqu'à la première de ces éventualités:

- la date où le présent programme se terminera;
- la date où vous atteindrez 65 ans; ou
- la date où vous cesserez d'être totalement invalide.

Toutes les modalités prévues par le présent programme sont maintenues en vigueur pendant la durée de l'exonération de primes, y compris toute disposition relative à la réduction des montants d'assurance.

Maintien en vigueur de l'assurance

Si, en vertu du régime de base d'assurance-vie collective de votre employeur, l'assurance-vie est maintenue en vigueur lors d'une absence autorisée, d'une mise à pied temporaire, d'un congé de maternité ou d'une invalidité, votre assurance en vertu de ce programme sera maintenue en vigueur à condition que les primes soient acquittées.

Rapatriement*

Si vous décédez accidentellement à plus de 50 kilomètres de votre résidence et que des prestations sont payables aux termes du présent programme, une indemnité maximale de 10 000 $ sera versée en compensation des frais engagés pour le retour de la dépouille mortelle (y compris les frais de préparation du corps en vue du transport).

Prestations d'études**

Si vous décédez accidentellement et que des prestations sont payables en vertu du présent programme, chacun de vos enfants à charge inscrits dans un établissement d'enseignement postsecondaire ou qui le seraient dans les 365 jours suivant la date de votre décès a droit à une indemnité égale à 5 % de votre capital assuré ou à 5 000 $, selon le montant le moins élevé.

Le maximum de 5 000 $ pour cette garantie est payable en combinaison avec ce régime et la même garantie prévue en vertu de toute autre police émise au contractant par l'assureur.

Cette indemnité est payable annuellement (jusqu'à concurrence de 4 années consécutives), à condition que l'enfant fréquente à plein temps un établissement d'enseignement postsecondaire.

La chambre, pension ou tous les autres frais de subsistance, déplacement ou habillement ne sont pas couverts.

S'il remplit les conditions stipulées ci-dessus, on présume que l'enfant est le bénéficiaire des prestations payables en vertu de la présente disposition.

Si aucun de vos enfants à charge ne rencontre les exigences décrites ci-haut ou celles de la garantie <Garantie des frais de garde des enfants>, une somme correspondant à cinq pour cent (5 %) de votre capital assuré jusqu'à concurrence de 2 500 $ sera versée à votre bénéficiaire.

Par *établissement d'enseignement postsecondaire+, on entend, entre autres, une université, un collège, un cégep ou une école de formation professionnelle et technique.

Frais de garde des enfants**

Si vous décédez accidentellement et que des prestations sont payables aux termes du programme, la présente garantie couvre les frais de garde de vos enfants à charge de moins de 13 ans qui sont inscrits à une garderie de jour dûment autorisée à la date de l'accident ou qui le seraient dans les 365 jours suivant la date de votre décès, jusqu'à concurrence de 5 % de votre capital assuré ou un maximum de 5 000 $ par enfant, selon le moindre des deux.

Le maximum de 5 000 $ pour cette garantie est payable en combinaison avec ce régime et la même garantie prévue en vertu de toute autre police émise au contractant par l'assureur.

Cette indemnité est payable annuellement (jusqu'à concurrence de 4 années consécutives).

La pension ou tous les autres frais de subsistance, déplacement ou habillement ne sont pas couverts.

Si l'enfant remplit les conditions stipulées ci-dessus, les prestations de garde des enfants sont payables au conjoint survivant si celui-ci a la garde de l'enfant. S'il n'y a pas de conjoint survivant ou si l'enfant n'habite pas avec le conjoint, les prestations sont alors payables au tuteur de l'enfant.

Si aucun de vos enfants à charge ne rencontre les exigences décrites ci-dessus ou celles de la garantie <Prestations d'études> une somme correspondant à cinq pour cent (5 %) de votre capital assuré jusqu'à concurrence de 2 500 $ sera versée à votre bénéficiaire.

Réadaptation professionnelle*

En cas de perte accidentelle entraînant le versement de prestations, la présente garantie couvre, pendant 3 ans et jusqu'à concurrence de 10 000 $, les frais que vous devez engager pour obtenir une formation particulière afin d'exercer un emploi différent.

La chambre, pension ou tous les autres frais de subsistance, déplacement ou habillement ne sont pas couverts.

Formation professionnelle*

Si vous décédez accidentellement et que des prestations sont payables aux termes du programme, la présente garantie couvre, pendant 3 ans après la date de votre décès et jusqu'à concurrence de 10 000 $, les frais engagés par votre conjoint pour s'inscrire à un programme de formation ou de perfectionnement professionnels dans le but d'améliorer ses qualifications.

La chambre, pension ou tous les autres frais de subsistance, déplacement ou habillement ne sont pas couverts.

Invalidité permanente totale

Si vous êtes atteint d'invalidité totale, nous nous engageons à vous remettre en un versement unique, le capital assuré, déduction faite de tout autre montant payé ou payable par suite du même accident selon le "Tableau des pertes accidentelles". Toutefois, l'invalidité doit remplir les conditions suivantes:

- Elle résulte d'une blessure qui survient avant votre 65e anniversaire;
- Elle commence au plus tard 365 jours après l'accident;
- Elle vous empêche d'occuper tout emploi rémunérateur pour lequel vous êtes raisonnablement qualifié, ou pouvez le devenir, à cause de votre instruction, de votre formation ou de votre expérience;
- Elle se poursuit pendant 12 mois consécutifs au terme desquels elle est déclarée permanente.

Déplacement pour raisons familiales*

Si par suite d'une perte couverte en vertu du présent programme vous êtes hospitalisé ou si par suite de toute autre blessure vous êtes hospitalisé pour 4 jours et que tel hôpital est à plus de 150 kilomètres de votre résidence, la présente garantie prévoit le remboursement des frais d'hébergement et de transport (selon le trajet le plus court) engagés par les membres de votre famille immédiate, sous réserve d'un maximum de 1 000 $. Les frais de déplacement dans un véhicule particulier sont couverts, sous réserve d'un maximum de 0,20 $ du kilomètre.

Sont exclus les frais de pension ou tous les autres frais habituels de subsistance, de voyage ou d'habillement, à l'exception des frais stipulés ci-dessus.

Identification de la dépouille mortelle*

Si vous décédez par suite d'un accident qui donne droit à des prestations en vertu du régime et que les forces de l'ordre exigent l'identification de votre dépouille, la présente garantie prévoit le remboursement, jusqu'à concurrence de 5 000 $, des frais de pension (maximum de 3 nuits consécutives) et de transport jusqu'à la ville où se trouve la dépouille (selon le trajet le plus court) ces frais doivent toutefois être effectivement engagés par un membre de votre famille immédiate, sous réserve que votre dépouille se trouve à au moins 150 km de la résidence de ce dernier. Les frais de déplacement dans un véhicule particulier sont limités à 0,20 $ le kilomètre.

Garantie pour le port de la ceinture de sécurité**

Si un assuré se trouve à bord d'un véhicule comme conducteur ou passager et porte adéquatement une ceinture de sécurité au moment d'un accident et que tel accident entraîne une perte couverte par le présent programme, le montant du capital assuré sera alors augmenté de 10 %, sous réserve d'un maximum de vingt-cinq mille dollars (25 000 $)

s'appliquant à toutes les polices de même nature établies au nom du contractant par l'assureur.

Le conducteur du véhicule doit détenir un permis de conduire valide et ne doit pas être sous l'influence de l'alcool ni de stupéfiants au moment de l'accident, sauf s'il s'agit de substances prescrites par un médecin.

Par <être sous l'influence de l'alcool ou de stupéfiants>, on entend le sens donné par les autorités de la région où se produit l'accident.

Par <véhicule>, on entend une voiture de tourisme, une familiale, une camionnette, un tout terrain, un camion, une ambulance ou tout genre de véhicule automobile utilisé par les corps de police municipaux, provinciaux ou fédéraux.

Aménagement de la résidence et/ou d'un véhicule*

Si vous perdez l'usage des deux pieds, des deux jambes ou devenez quadriplégique, paraplégique ou hémiplégique et que des prestations sont payables aux termes du programme, la présente garantie couvre, pendant les 3 années suivant la date de l'accident et jusqu'à concurrence de 10 000 $, les frais de travaux d'aménagement raisonnables et nécessaires pour permettre l'accès de votre fauteuil roulant à votre domicile principal ou à un (1) véhicule automobile d'usage personnel.

Indemnité hospitalière**

Si par suite d'une perte couverte en vertu de la section <Prestations en cas de perte accidentelle>, vous êtes hospitalisé et sous les soins d'un médecin, vous recevrez une prestation journalière égale à 1/30 de 1 % de votre capital assuré, du premier jour d'hospitalisation jusqu'à un maximum de 2 500 $ par mois. L'indemnité vous est versée dès la 1re journée d'hospitalisation pendant un maximum de 365 jours par accident.

Une hospitalisation pour des traitements rendus à la suite de tout autre accident pour une perte non définie à la section <Prestations en cas de perte accidentelle> donnera également droit à la prestation prévue ci-dessus. L'indemnité sera versée dès la 1re journée si l'hospitalisation dure au moins 4 jours consécutifs.

Assurance de voyages aériens

L'assurance couvre vos voyages à titre de passager à bord d'un aéronef pour lequel on a émis un certificat de navigabilité valable (à l'exception de tout appareil que votre employeur possède, loue ou exploite), à condition que le pilote détienne un brevet en bonne et due forme. La couverture s'applique également lorsque l'assuré voyage à titre de passager dans un avion militaire et pendant l'embarquement ou la descente de tout aéronef ou le heurt par tout aéronef.

Exposition aux éléments et disparition

Si par suite d'un accident couvert en vertu de la police vous ne pouvez éviter d'être exposé aux éléments, toute perte résultant de cette exposition est couverte.

Si l'on ne retrouve pas votre corps dans l'année qui suit la date de la disparition, du naufrage ou de la destruction du véhicule à bord duquel vous vous trouviez au moment de l'accident, il est présumé que vous avez perdu la vie au cours de cet accident.

Exclusions

Le présent programme ne couvre aucune perte, mortelle ou non, causée principalement ou accessoirement par ce qui suit:

- L'automutilation si l'assuré est dément, l'automutilation avec préméditation s'il est sain d'esprit.
- La guerre, déclarée ou non, ou tout fait de guerre.
- Le service à plein temps dans les forces armées d'un pays.
- Tout voyage, à titre de passager ou autre, à bord d'un véhicule ou d'un appareil de navigation aérienne, sauf ce qui est prévu à la disposition "Assurance de voyages aériens".

Qui reçoit la prestation au moment d'une réclamation?

La prestation de décès accidentel sera payée à votre bénéficiaire désigné sur votre fiche d'adhésion au régime d'assurance-vie collective de base. Toutes les autres prestations payables vous seront versées.

Procédure pour une réclamation

Vous ou votre bénéficiaire devez informer votre employeur immédiatement.

Dans le cas d'une réclamation, un avis écrit de l'accident doit être transmis à Groupe Conseil Cowan dans les 30 jours de la date de l'accident et une preuve écrite de la perte doit être fournie à Groupe Conseil Cowan dans les 90 jours de la date de la perte.

Le défaut de fournir l'avis ou la preuve dans les délais prescrits n'entraînera pas la réduction de la protection s'il est établi qu'il n'était pas raisonnablement possible de fournir l'avis ou la preuve et que l'avis ou la preuve furent fournis aussitôt qu'il fut raisonnablement possible de le faire. En aucun cas toutefois, il ne doit s'écouler plus d'un an de la date de l'accident.

Remarque

Les garanties suivies d'un astérisque (*) ne donnent droit à des prestations qu'en vertu d'un seul contrat émis à votre employeur par l'assureur.

Les garanties suivies de deux astérisques (**) sont assujetties à un maximum combiné pour des garanties similaires prévues dans tout autre contrat émis à votre employeur par AXA Canada.

AVIS IMPORTANT: OBJECTIF DE LA PRÉSENTE BROCHURE

Cette brochure est conçue uniquement dans le but de décrire les caractéristiques principales du régime d'assurance collective. Tous les droits en ce qui concerne vos avantages en tant que participant au régime seront régis par la police d'assurance collective établie par l'assureur.

Haut de la page

ASSURANCE VIE DE BASE DES PERSONNES À CHARGE

Advenant le décès d'une de vos personnes à charge assurées, un montant forfaitaire vous sera versé, selon les dispositions indiquées au Sommaire des garanties, si vous êtes vivant; sinon, il sera versé à votre succession.

Si vous n'avez aucune assurance-vie de base en vigueur en vertu du régime, ou que vous êtes retraité, vos personnes à charge ne sont pas admissibles à cette garantie.

Exonération de primes

L'assurance-vie de vos personnes à charge sera maintenue en vigueur bien que vous soyez exonéré du paiement de vos primes d'assurance vie de base. Au cours de cette période, aucun versement de primes d'assurance vie de vos personnes à charge ne sera requis. Toutefois, aucune personne à charge supplémentaire ne peut devenir assurée et aucune augmentation du montant ne peut prendre effet.

Prolongation des garanties

La résiliation de la police n'affectera pas la prolongation de votre protection en vertu de la stipulation d'Exonération de primes.

Conversion de l'assurance-vie de votre conjoint

Votre conjoint (si vous êtes décédé) ou vous-même pouvez demander à l'assureur d'émettre une assurance-vie individuelle à la cessation de votre emploi, à votre décès ou à la résiliation de la police. Il ne sera pas requis de fournir une preuve de bonne santé. L'assurance pour votre conjoint pourra être une assurance temporaire d'un an ou une assurance temporaire à capital constant venant à échéance à 65 ans alors émise par l'assureur. Pour connaître les limitations en ce qui regarde les montants de protection, consultez votre employeur.

Il n'existe pas de stipulation pour la conversion de l'assurance-vie collective à l'égard d'un enfant assuré.

Une demande d'assurance et la prime initiale exigible pour la police d'assurance individuelle doivent être reçues par l'assureur au plus tard 31 jours après la date de cessation de votre protection collective. Si votre conjoint meurt au cours de ladite période de 31 jours, le montant d'assurance, assujetti à toute limite, vous sera versé.

AVIS IMPORTANT: OBJECTIF DE LA PRÉSENTE BROCHURE

Cette brochure est conçue uniquement dans le but de décrire les caractéristiques principales du régime d'assurance collective. Tous les droits en ce qui concerne vos avantages en tant que participant au régime seront régis par la police d'assurance collective établie par l'assureur.

VOTRE ASSURANCE VIE FACULTATIVE

Advenant votre décès, votre bénéficiaire désigné recevra un montant forfaitaire sujet aux dispositions indiquées au Sommaire des garanties. Aucun paiement ne sera effectué si vous vous suicidez au cours des deux premières années d'assurance ou pour la partie de l'augmentation de cette dernière dans les deux années suivant la date à laquelle une telle augmentation entre en vigueur. Tout montant d'assurance pour lequel aucun bénéficiaire n'a été désigné sera versé à votre succession.

Multiples d'assurance vie facultative

Vous pouvez choisir la protection d'assurance-vie facultative en fonction des multiples et du maximum indiqués au Sommaire des garanties.

Preuve de bonne santé

L'assurance vie facultative est assujettie à la soumission d'une preuve satisfaisante d'assurabilité avant d'entrer en vigueur. Elle ne prendra effet qu'à la date stipulée par l'assureur.

Exonération de primes

L'assurance vie sera maintenue en vigueur, si vous devenez totalement invalide pour la période minimale indiquée au sommaire des garanties à la rubrique "exonération de primes". Vous devez devenir invalide pendant que vous êtes assuré avant votre 65e anniversaire de naissance.

Totalement invalide signifie votre incapacité complète d'occuper tout emploi rémunérateur pour lequel vous êtes suffisamment préparé en raison de vos études, votre formation, votre expérience ou l'acceptation d'une demande de règlement en vertu d'une garantie collective de Rente d'invalidité prolongée établie à son nom. L'assureur doit recevoir la preuve initiale de votre invalidité totale au plus tard 12 mois après la date du début de l'invalidité.

Prolongation des garanties

La résiliation de la police n'affectera pas la prolongation de votre protection en vertu de la stipulation d'Exonération de primes.

Droit de conversion

À la cessation de votre emploi ou à la résiliation de la police, vous pouvez convertir votre protection collective en cas de décès en une assurance vie individuelle, sans examen médical. Vous devez cependant être âgé de moins de 65 ans pour être admissible. L'assurance individuelle peut être une assurance temporaire d'un an ou une assurance temporaire à capital constant venant à échéance à l'âge de 65 ans alors émise par

l'assureur. Pour connaître les limitations en ce qui regarde les montants de protection, consultez Groupe Conseil Cowan.

Une demande d'assurance et la prime initiale exigible pour la police d'assurance individuelle doivent être reçues par l'assureur au plus tard 31 jours après la date de cessation de votre protection collective. Si vous décédez pendant ladite période de 31 jours, le montant de protection, assujetti à toute limite, sera versé à votre bénéficiaire désigné.

Modifications

Pour pouvoir augmenter votre montant d'assurance vie facultative, vous devez être effectivement au travail. Pour qu'une modification apportée à une garantie entre en vigueur, l'assureur doit en être avisé par l'employeur.

AVIS IMPORTANT: OBJECTIF DE LA PRÉSENTE BROCHURE

Cette brochure est conçue uniquement dans le but de décrire les caractéristiques principales du régime d'assurance collective. Tous les droits en ce qui concerne vos avantages en tant que participant au régime seront régis par la police d'assurance collective établie par l'assureur.

Haut de la page

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

En quoi consiste l'assurance invalidité de longue durée

Si l'employé devient invalide pendant qu'il est assuré aux termes du présent contrat, il sera admissible à des prestations d'invalidité de longue durée, sous réserve des autres modalités du contrat.

Les primes d'assurance invalidité de longue durée n'ont pas à être payées pendant une période où l'employé reçoit des prestations d'invalidité.

Définition de l'invalidité

Au cours des 24 premiers mois d'indemnisation, l'employé est considéré comme invalide s'il est incapable d'accomplir les tâches essentielles de son emploi auprès de vous en raison d'une maladie ou d'une blessure. Il n'est pas tenu compte de la disponibilité des emplois lors de l'évaluation de l'invalidité.

Après 24 mois d'indemnisation, l'employé est considéré comme invalide s'il est incapable, en raison d'une maladie ou d'une blessure, d'accomplir, auprès de vous ou de tout autre employeur, les tâches essentielles de tout emploi pour lequel il est raisonnablement qualifié, ou pourrait le devenir, en raison de sa scolarité, de sa formation ou de son expérience. Il n'est pas tenu compte de la disponibilité des emplois lors de l'évaluation de l'invalidité.

L'employé doit également être incapable de gagner au moins 60% de ses gains mensuels antérieurs à l'invalidité utilisés pour calculer le montant des prestations dans la section *Montant des Prestations*

Récidive de l'invalidité

Si l'employé reprend le travail durant 30 jours ouvrables ou moins au cours du délai de carence et doit de nouveau cesser de travailler en raison du même problème ou d'un problème connexe, le délai de carence continuera de s'écouler comme si l'employé n'avait pas repris le travail.

Si l'employé retourne au travail pendant qu'il reçoit des prestations d'invalidité de longue durée et redevient invalide dans les six mois suivants en raison du même problème médical ou d'un problème connexe, la nouvelle période d'invalidité sera considérée comme la continuation de la période précédente. Dans ce cas :

- le versement des prestations reprendra sans délai de carence;
- le montant sera le même que celui que l'employé recevait lorsque l'invalidité précédente a pris fin;
- aucune prestation ne sera versée après la période maximale indiquée dans la section Cessation des prestations d'invalidité de longue durée.

L'employé devra toutefois présenter une nouvelle demande de prestations en remplissant un formulaire de demande de prestations.

Date de début de l'invalidité

La date de début de l'invalidité est le premier jour complet où l'employé est incapable de travailler.

Si l'employé devient invalide alors qu'il est en congé, la date prévue de son retour au travail deviendra la date de début de l'invalidité. Son délai de carence commencera à s'écouler à compter de cette date.

Si l'employé devient invalide alors qu'il est à l'extérieur du Canada ou des États-Unis, nous considérerons que son invalidité débute à la date de son retour au Canada ou aux États-Unis. Son délai de carence commencera à s'écouler à compter de cette date.

Cessation des prestations d'invalidité de longue durée

Les prestations d'invalidité de longue durée prennent fin à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle l'employé ne répond plus à la définition du terme invalide;
- la date à laquelle il cesse de nous fournir les documents médicaux appropriés confirmant qu'il répond toujours à la définition du terme invalide;
- la date à laquelle l'employé s'engage dans un travail contre rémunération ou profits (sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation reconnu);
- la date à laquelle l'employé refuse ou arrête de participer à un programme de réadaptation que nous avons recommandé;
- la date à laquelle l'employé atteint l'âge de 65 ans ou selon la cessation de l'assurance invalidité de longue durée décrite ci-dessous;
- la date du décès de l'employé.

Cessation de l'assurance invalidité de longue durée en cas de refus

Si la demande de prestations a été refusée par Great West, cette garantie se termine au plus tard 30 jours après la date de l'avis de refus si l'employé ne revient pas activement au travail. Si l'employé essuie un refus de Great West après avoir reçu des prestations, cette garantie se terminera au plus tard 60 jours suivant la date de l'avis de refus.

Réduction des prestations

Nous déduisons du montant des prestations tout montant auquel l'employé est admissible aux termes :

- de la Loi sur les accidents du travail ou de toute loi similaire;
- du Régime de pensions du Canada, ou du Régime de rentes du Québec ou de tout autre régime similaire de tout autre pays, sauf les prestations pour enfant;
- tout régime provincial d'assurance automobile dont le calcul du montant de ses prestations ne tient pas compte des prestations d'assurance-emploi;
- de toute assurance salaire ou assurance invalidité de courte durée parrainée par l'employeur;
- la somme des prestations de toute source comprend les montants que l'employé peut demander ou les sommes qu'il est en droit de recevoir;

- au titre du présent contrat;

- en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou de toute loi similaire;
- au titre du Régime de pensions du Canada, du Régime de rentes du Québec (incluant les prestations d'enfant) ou d'un régime de retraite d'un autre pays;
- au titre de tout régime provincial d'assurance automobile dont le calcul du montant de ses prestations ne tient pas compte des prestations d'assurance-emploi;
- au titre de toute assurance salaire ou assurance invalidité de courte durée parrainée par l'employeur;
- au titre de tout régime collectif, y compris tout montant exigible au titre d'une assurance offerte par une association;
- au titre d'un régime de retraite de l'employeur;
- de tout autre régime ou organisme gouvernemental, ou de toute autre loi, pour la même invalidité ou une invalidité subséquente, à l'exception des prestations versées au titre du régime d'assurance-emploi ou de tout autre régime qui pourrait le remplacer;
- au titre d'un travail de quelque nature que ce soit.

Si l'employé omet de présenter une demande à l'égard de prestations auxquelles il aurait peut-être droit ou si sa demande tarde à être traitée, nous estimerons le montant des prestations probables et réduirons d'autant nos propres prestations. Cependant, si nous sommes avisés par écrit que la demande de l'employé auprès du Régime de pensions du Canada, du Régime de rentes du Québec ou d'un régime provincial d'assurance automobile ou toute demande d'appel a été refusée, nous cesserons de réduire nos prestations et rembourserons les réductions appliquées.

Si l'employé reçoit l'un des montants ci-dessus sous forme de versement forfaitaire, nous diviserons le montant des prestations par le nombre de mois pendant lesquels l'employé aurait été admissible aux prestations et réduirons les prestations mensuelles du montant ainsi obtenu.

Gains antérieurs à l'invalidité

L'expression *gains mensuels antérieurs à l'invalidité* désigne le revenu mensuel de l'employé la journée qui précède le début de l'invalidité. L'expression gains mensuels nets antérieurs à l'invalidité désigne le revenu mensuel une fois l'impôt sur le revenu et les contributions au RRQ/RPC soustraits. Le calcul des impôts provincial et fédéral tient compte de l'exemption de base.

Qu'est-ce qu'un programme de réadaptation?

Les programmes de réadaptation sont conçus pour aider l'employé à se rétablir plus rapidement et à retourner au travail.

Les programmes de réadaptation peuvent comprendre un retour au travail à temps partiel ou un retour au travail avec des tâches modifiées. De plus, ils offrent habituellement à l'employé l'occasion de parfaire ses compétences dans son domaine et de recevoir de précieux conseils sur les méthodes de recherche d'emploi et la rédaction d'un curriculum vitæ.

Il se peut que nous acceptions de payer les frais des services et équipements particuliers pouvant faciliter la réadaptation de l'employé. Nous décidons si un programme de réadaptation est approprié et devons approuver toute dépense par écrit avant qu'elle puisse être engagée.

L'employé continue de recevoir les prestations d'invalidité pendant qu'il participe à un programme de réadaptation. La section *Indemnité de retour au travail* décrit les prestations que recevra l'employé pendant qu'il participe à un programme de réadaptation.

Si l'employé est en mesure de participer à un programme de réadaptation, mais refuse de le faire, nous cesserons de lui verser des prestations d'invalidité de longue durée.

Indemnité de retour au travail

Si l'employé tire des gains d'un emploi exercé dans le cadre d'un programme de réadaptation approuvé, nous ne réduirons pas le montant de ses prestations, sauf si le revenu de toute source de l'employé excède 100 % des gains nets antérieurs à l'invalidité. Si le revenu de toute source de l'employé est supérieur aux 100 % indiqués ci-dessus, nous réduirons ses prestations d'invalidité d'un montant égal à l'excédent.

Après une période de 12 mois, les prestations d'invalidité de longue durée de l'assuré seront encore réduites d'un montant correspondant à l'écart en pourcentage entre les gains nets de l'employé tirés du programme de réadaptation et de ses gains nets antérieurs à l'invalidité. Par exemple, si les gains nets de réadaptation de l'employé correspondent à 30 % de ses gains net antérieurs à l'invalidité, ses prestations d'invalidité de longue durée seront réduites de 30 %.

Exclusions

Nous ne verserons aucune prestation d'invalidité de longue durée si les deux conditions suivantes s'appliquent :

i) la date de début de l'invalidité de l'employé se situe dans les 12 mois suivant l'entrée en vigueur de l'assurance, si l'invalidité se poursuit au-delà de l'année (période de 12 mois) suivant l'entrée en vigueur de l'admissibilité d'un employé en vertu de l'assurance invalidité de longue durée, les prestations seront payables à compter de cette date.

ET

ii) l'invalidité est directement ou indirectement liée à un état de santé pour lequel l'employé avait consulté un médecin ou un praticien paramédical, avait subi des tests ou reçu des traitements au cours des 90 jours précédant la date de début de son assurance, qu'un diagnostic ait été ou non posé.

Nous ne verserons aucune prestation à l'égard d'une invalidité causée directement ou indirectement par ce qui suit :

- blessure que l'employé s'inflige intentionnellement;
- consommation abusive d'alcool et autres drogues sauf si l'employé prend part à un programme de traitement que nous avons approuvé;

- guerre, rébellion ou hostilités de quelque nature que ce soit, peu importe que l'employé y participe ou non;
- émeute ou troubles civils auxquels l'employé participe;
- perpétration d'un acte criminel ou provocation de voies de fait;
- accident survenant pendant que l'employé conduit un véhicule terrestre, un véhicule marin ou un aéronef, lorsque;

    a) ses facultés sont affaiblies par l'alcool ou la drogue;

    b) que le taux d'alcoolémie dépasse 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang.

Nous ne verserons aucune prestation d'invalidité de longue durée dans les cas suivants :

- l'employé est en congé autorisé, y compris un congé de maternité ou parental;
- l'employé est à l'extérieur du Canada ou des États-Unis (en plus de ce qui précède, toute période pendant laquelle un employé s'est trouvé à l'extérieur du Canada pour six mois durant les 12 derniers mois consécutifs, à moins de notre approbation préalable);
- il refuse ou arrête de participer à un programme de réadaptation ou de retour au travail pour lequel il est raisonnablement qualifié;
- il n'est pas suivi par un médecin ou un chirurgien dûment autorisés;
- il ne reçoit pas des traitements que nous jugeons appropriés;
- il refuse de se soumettre à un examen effectué par un médecin de notre choix;
- l'invalidité de l'employé est causée par l'abus d'une substance licite et parce qu'il refuse de prendre part à un programme de désintoxication que nous recommandons;
- l'employé est détenu dans une institution psychiatrique, une prison ou tout établissement de détention ou correctionnel en raison d'un acte criminel;
- il reçoit une indemnité de départ, des dommages ou toute autre forme de paiement par suite de sa cessation d'emploi. Si l'employé reçoit l'une ou l'autre des prestations mentionnées ci-dessus en une somme forfaitaire, nous cesserons de verser des prestations pendant le nombre de mois que couvre la somme forfaitaire par rapport aux gains antérieurs à l'invalidité.

Demande de règlement

Toute preuve de sinistre doit nous parvenir dans les 90 jours suivant la fin du délai de carence applicable à la garantie d'assurance en cas d'invalidité de longue durée, ou dans les 90 jours suivant la résiliation du contrat, selon la première éventualité.

AVIS IMPORTANT: OBJECTIF DE LA PRÉSENTE BROCHURE

Cette brochure est conçue uniquement dans le but de décrire les caractéristiques principales du régime d'assurance collective. Tous les droits en ce qui concerne vos avantages en tant que participant au régime seront régis par la police d'assurance collective établie par l'assureur.

Haut de la page

GARANTIE DE SOINS MÉDICAUX

Frais d'hospitalisation

Nous payons la différence entre le coût d'une salle commune et de celui précisé dans le Sommaire des garanties dans un hôpital. Nous ne payons toutefois pas les frais de location de chambre pour un patient traité en clinique externe. L'hospitalisation doit être nécessaire en raison d'une maladie, d'une blessure ou d'une grossesse.

Un hôpital est un établissement légalement autorisé à prodiguer des traitements actifs, des soins de convalescence ou des soins chroniques à des personnes blessées ou malades. Ce terme n'englobe pas les maisons de santé, les résidences pour personnes âgées, les maisons de repos ou tout autre établissement prodiguant des soins similaires.

Frais médicaux:

Remboursement

La garantie prévoit le paiement des frais remboursables que vous et les personnes à votre charge avez engagés, à raison des pourcentages de remboursement précisés dans le Sommaire des garanties, après déduction de la franchise applicable aux médicaments, le cas échéant.

Franchise

La franchise indiquée dans le Sommaire des garanties est appliquée aux frais remboursables engagés pour les médicaments.

Frais remboursables

Par «frais remboursables», on entend les frais qui sont raisonnables et d'ordre courant dans la région où ils sont engagés, à condition que les soins (sauf dans le cas de l'alinéa 17 de la liste ci-après) soient nécessaires du point de vue médical et prescrits par le médecin.

Avant d'engager les frais, il est recommandé de vérifier s'ils sont remboursables auprès du gestionnaire du régime.

Médicaments

1. Médicaments, sérums et injections selon les paramètres indiqués au Sommaire des garanties, et qui sont délivrés par le pharmacien, le dentiste ou le médecin, sous réserve du maximum pour les frais d'ordonnance indiqué au Sommaire des garanties.

Dans le cas où la substitution générique est précisée au Sommaire des garanties comme obligatoire, le remboursement des frais de médicaments est assujetti à la restriction suivante. Lorsqu'un médicament générique pourrait être délivré mais ne l'est pas, le remboursement est limité au coût du médicament générique approprié le moins cher par lequel le médicament délivré aurait pu être remplacé. Cette condition ne s'applique pas aux ordonnances prescrivant un médicament de marque originale et précisant qu'il ne peut être remplacé par aucun autre médicament.

2. Médicaments et articles qui, sans être des produits de prescription, sont nécessaires par suite d'une colostomie ou d'une iléostomie, ou pour le traitement de la fibrose kystique, du diabète, de la maladie de Parkinson ou d'une maladie cardiaque.

Vous pouvez acheter des médicaments à une pharmacie participante ou non participante (consulter la section "demandes de règlement" pour de plus amples renseignements).

3. Frais engagés pour contraceptifs oraux, stérilets et diaphragmes.

4. Médicaments pour le traitement des dysfonctions sexuelles, sous réserve d'un maximum de 1 000 $ par année, par personne assurée.

5. Les produits favorisant la désaccoutumance du tabac:

- Dans le cas où les médicaments sont prescrits par écrit par un médecin, sous réserve d'un maximum viager de 400 $ par personne assurée.
- Dans le cas où les médicaments requièrent une ordonnance par la loi, sous réserve d'un maximum viager de 300 $ par personne assurée.

Transport pour des raisons médicales

6. Transport par ambulance autorisée à destination et en provenance du plus proche établissement médical où le patient peut recevoir les soins immédiatement.

Si c'est nécessaire du point de vue médical, transport par ambulance autorisée (y compris par avion sanitaire) ou tout moyen de transport public, dans les cas suivants :

a) Transfert du patient au plus proche hôpital ou établissement médical en mesure de donner les soins.

b) Rapatriement médical du patient pour qu'il soit admis dans un hôpital de la province de son domicile.

Est également pris en charge le transport par ambulance entre l'hôpital et l'aéroport, afin d'assurer la liaison entre les points de départ et d'arrivée.

Actes et articles médicaux

7. Traitements médicaux ou chirurgicaux nécessaires reçus à l'hôpital en consultation externe, à l'exclusion des honoraires du médecin et des soins infirmiers spéciaux.

8. Actes à but diagnostique, examens et traitements radiologiques et radiumthérapie; oxygène, y compris le matériel nécessaire à son administration.

9. Achat de bandages herniaires, d'attelles (sauf les attelles podologiques), de béquilles et de membres d'yeux artificiels.

10. Bas élastiques.

11. Achat d'orthèses moulées et fabriquées sur mesure, prescrites par le médecin ou le podiatre, sous réserve du maximum indiqué du Sommaire des garanties par année civile.

12. Chaussures orthopédiques sur mesure prescrites par un médecin ou un podiatre, sous réserve du maximum indiqué au Sommaire des garanties.

13. Location, ou achat si approuvé par l'assureur, d'un fauteuil roulant, d'un lit d'hôpital ou d'un respirateur.

Frais dentaires

14. Réparation des dents naturelles endommagées par suite d'un accident, à condition que les dommages résultent directement de l'accident. Les soins doivent être donnés dans les 12 mois suivant l'accident, et votre couverture ainsi que la police collective doivent toujours être en vigueur. Les frais remboursables correspondent aux honoraires les moins élevés pour un traitement jugé satisfaisant du point de vue professionnel.

Honoraires de professionnels de la santé

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

a) une infirmière ou un infirmier autorisés, ou

b) une infirmière ou un infirmier auxiliaires autorisés (ou toute désignation équivalente).

Les frais sont remboursables sous réserve du maximum indiqué au Sommaire des garanties.

Les frais engagés pour les soins suivants ne sont pas remboursables :

a) Soins de garde et travaux ménagers.

b) Soins donnés par une infirmière ou un infirmier qui est un proche parent du patient ou qui habite sous le même toit que lui.

c) Soins donnés pendant que le patient séjourne dans un hôpital, une maison de repos ou un autre établissement semblable.

L'assureur suggère qu'un plan de traitement détaillant les coûts prévus soit présenté avant d'avoir recours à des soins infirmiers. Vous serez avisé alors de toute prestation payable.

16. Honoraires des auxiliaires médicaux énumérés au Sommaire des garanties, si les soins donnés relèvent de leur compétence respective, sous réserve du maximum indiqué au Sommaire des garanties.

Dans certains cas, aucun remboursement n'est effectué tant que le plafond annuel des frais payables par le régime de la province n'a pas été atteint. Pour de plus amples renseignements, veuillez vérifier le Sommaire des garanties.

Frais d'audioprothèse

17. Prothèses auditives, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Sommaire des garanties.

Frais d'optique

18. Lentilles et monture, ajustement compris, de verres correcteurs prescrits, y compris les verres de contact, sous réserve du maximum indiqué au Sommaire des garanties.

19. Verres de contact prescrits, à condition que seuls les verres de contact permettent une acuité visuelle d'au moins 20/40, sous réserve du maximum accordés pour les lunettes.

20. La première monture et les premiers verres correcteurs, les premières lentilles cornéennes ou les premiers implants cristallins prescrits après une chirurgie de la cataracte et seulement pour l'oeil opéré, une seule fois par oeil, la vie durant.

21. Examens de la vue (y compris les tests de réfraction), le cas échéant, selon le maximum indiqué au Sommaire des garanties.

Les frais d'optique ne sont remboursables que s'ils sont engagés sur recommandation du médecin (y compris l'ophtalmologiste) ou de l'optométriste.

Frais engagés à l'étranger

Sont remboursables les frais ci-dessous engagés pour des traitements d'urgence pendant un voyage, des vacances ou un séjour à l'étranger.

22. Frais d'hospitalisation précisés ci-dessous :

a) Frais de séjour dans un hôpital, au taux d'une salle commune.

b) Services et fournitures nécessaires au point de vue médical, reçus pendant le séjour à l'hôpital.

23. Frais engagés pour des soins médicaux ou chirurgicaux reçus dans un hôpital légalement autorisé à prodiguer des soins d'urgence.

24. Honoraires d'un médecin.

Autres

Les frais ci-dessous figurant à la section Frais remboursables de la présente garantie, et engagés à l'étranger (en cas d'urgence) sont remboursables dans les mêmes conditions que les frais engagés au Canada.

- Médicaments
- Transport pour des raisons médicales
- Actes et articles médicaux
- Frais dentaires en cas d'accident
- Honoraires de professionnels de la santé (sauf ceux du médecin)
- Frais d'audioprothèse
- Frais d'optique

AVIS IMPORTANT: OBJECTIF DE LA PRÉSENTE BROCHURE

Cette brochure est conçue uniquement dans le but de décrire les caractéristiques principales du régime d'assurance collective. Tous les droits en ce qui concerne vos avantages en tant que participant au régime seront régis par la police d'assurance collective établie par l'assureur.

Haut de la page

PROGRAMME D'ASSISTANCE AUX VOYAGEURS

Le programme d'assistance aux voyageurs comprend des services qui sont offerts en cas d'urgence survenant alors que la personne assurée est temporairement à l'extérieur de sa province de résidence (ou du Canada) pour affaires ou en vacances. Nous ne payons pas ces soins si le voyage est effectué pour des raisons de santé.

Voyage à l'extérieur du Canada alors que la personne assurée est enceinte : Nous ne payons pas les soins liés à la grossesse qui sont prodigués à l'extérieur du Canada dans les neuf semaines précédant la date prévue de l'accouchement. Les frais liés à la naissance d'un enfant à l'extérieur du Canada ne sont pas payés si la naissance survient au cours des neuf semaines précédant la date prévue de l'accouchement, ou après cette date.

L'assistance aux voyageurs comprend les services suivants :

- Un service d'assistance multilingue par téléphone, 24 heures sur 24, 365 jours sur 365, que la personne assurée ou les fournisseurs de soins de santé peuvent utiliser pour obtenir de l'aide et échanger des renseignements sur les services assurés.
- Un service pour diriger, au besoin, la personne assurée vers des médecins ou des établissements médicaux.
- Un service de paiement direct, dans la mesure du possible, des honoraires de médecin, des frais d'hospitalisation et des autres services assurés.
- La communication avec le médecin qui traite la personne assurée afin de comprendre la situation et de surveiller l'évolution de son état de santé.
- Un service d'interprétation par téléphone dans la plupart des langues principales.
- L'envoi et la réception de messages urgents.
- Le rapatriement au pays pour des raisons médicales ou le transfert dans un autre établissement médical. Pour le rapatriement, l'assurance rembourse le prix d'un billet de retour en classe économique.
- Les frais relatifs au rapatriement de la dépouille de la personne assurée. Le fournisseur d'assistance aux voyageurs prendra les mesures nécessaires au rapatriement de la dépouille et à l'obtention des documents requis. Un maximum de 3 500 $ sera versé pour ce service.
- Un service d'aide pour trouver une ambassade ou un consulat.
- Un service d'aide pour retrouver des documents ou des bagages perdus.

L'assistance aux voyageurs comprend également les services suivants, dont nous devons préalablement approuver les frais :

- Les frais de séjour additionnels occasionnés par un report de la date de retour prévue d'un compagnon de voyage de la personne assurée. Ces frais comprennent l'hébergement, les repas, les appels téléphoniques et les taxis ou voitures de location. Les dépenses sont payées jusqu'à concurrence de 150 $ par jour, sous réserve d'un maximum global de 1 500 $.

- Le prix du billet de retour, en classe économique, d'un compagnon qui voyage avec la personne assurée et dont le billet de retour est périmé en raison du délai causé par la maladie, la blessure ou le décès de la personne assurée.
- Le prix du billet de retour, en classe économique, des enfants à charge laissés seuls en raison de la maladie, de la blessure ou du décès de la personne assurée. Le fournisseur d'assistance aux voyageurs prendra les mesures nécessaires pour que les enfants soient accompagnés, au besoin, par une personne qualifiée.
- Le prix d'un billet aller-retour, en classe économique, pour permettre à un membre de la famille de la personne assurée de la visiter si elle voyage seule et doit être hospitalisée pendant plus de 10 jours.
- Le retour d'un véhicule au domicile de la personne assurée ou à l'agence de location la plus près. Un maximum de 1 000 $ sera accordé pour ce service.

Nous ne sommes pas légalement responsables des actes ou conseils de tout médecin ou avocat auquel nous adressons la personne assurée.

L'assistance aux voyageurs ne s'applique pas aux urgences médicales survenant dans la province de résidence de la personne assurée.

EN CAS D'URGENCE, veuillez communiquer avec le Centre d'assistance aux voyageurs immédiatement. Du Canada ou des États-Unis, composez le numéro sans frais : **1-800-723-1686** ou appelez à frais virés en composant le : **1-905-816-2563**. Pour de plus amples informations, veuillez vous référer à votre passeport médical.

AVIS IMPORTANT: OBJECTIF DE LA PRÉSENTE BROCHURE

Cette brochure est conçue uniquement dans le but de décrire les caractéristiques principales du régime d'assurance collective. Tous les droits en ce qui concerne vos avantages en tant que participant au régime seront régis par la police d'assurance collective établie par l'assureur.

Haut de la page

GARANTIE DE SOINS DENTAIRES

Étendue des garanties

La garantie de soins dentaires comprend diverses protections. Vous trouverez ci-après une description détaillée de chacune d'elles.

Soins préventifs

Il s'agit des traitements visant à prévenir les maladies dentaires et à traiter les problèmes mineurs. Ces traitements sont notamment les examens buccaux, les radiographies, les traitements au fluorure et les obturations.

1. Examens

Nota : Nous payons au plus quatre examens buccaux par année civile.

A. Examen initial ou complet

Un examen complet comprend l'examen des dents et de leur positionnement, l'examen des gencives et des os de la mâchoire, les tests de vitalité, le relevé de l'état dentaire actuel et l'établissement d'un plan de traitement.

Nous payons au plus un examen complet la vie durant par dentiste.

B. Examens de rappel

Un examen de rappel comprend l'examen complet des dents, des gencives et des os de la mâchoire, les tests de vitalité, la vérification de l'occlusion et la consultation.

Voir la section *sommaire des garanties* pour plus de détails.

C. Examens spécifiques

Un examen spécifique peut comprendre l'examen de toutes les dents ou d'une dent en particulier, des gencives et des os de la mâchoire, des tests de vitalité et la vérification de l'occlusion.

D. Examens d'urgence

Un examen d'urgence comprend une recherche de la source de la douleur ou de l'infection et des tests de vitalité.

2. Radiographies

A. Radiographie complète

La radiographie complète de la bouche requiert au moins 16 radiographies des dents, incluant des radiographies interproximales. Nous payons au plus une série complète de radiographies par période de 36 mois. La personne assurée doit être âgée d'au moins 12 ans pour avoir droit à ce service.

B. Radiographie panoramique

La radiographie panoramique est un cliché de toute la bouche. Nous payons une série de radiographie panoramique par période de 36 mois.

C. Radiographie périapicale

La radiographie périapicale est un cliché d'une seule dent. Nous payons jusqu'à 16 radiographies périapicales par période de 36 mois.

D. Radiographie interproximale

La radiographie interproximale est utilisée pour dépister la carie dans une molaire. Nous payons jusqu'à quatre radiographies interproximales par année civile.

E. Radiographie occlusale

La radiographie occlusale est un cliché des points de contact des dents supérieures et inférieures. Elle est utilisée pour obtenir un portrait des surfaces de mastication. Nous payons jusqu'à quatre radiographies occlusales par année civile.

3. Examens

A. Biopsie buccale

Une biopsie buccale consiste à prélever un petit morceau de tissu dans la bouche et à le soumettre à des analyses en laboratoire. Aucune limite n'est imposée sur le nombre de biopsies.

B. Test de vitalité

Le test de vitalité consiste à vérifier la santé de la pulpe dentaire, tissu conjonctif situé à l'intérieur de la dent. Nous paierons qu'un seul test de vitalité par dent si le test est effectué plus de 30 jours avant un traitement de canal.

4. Prévention de la carie

A. Nettoyage et polissage des dents

Nous payons au plus une unité (15 minutes) par consultation et jusqu'à concurrence de une consultation par période de neuf mois par adulte et par période de six mois pour les enfants à charge de 18 ans et moins dans le cadre d'un forfait de rappel de l'assuré.

B. Détartrage de rappel

Nous payons au plus une unité (15 minutes) par consultation et jusqu'à concurrence de une consultation par période de neuf mois par adulte et par période de six mois pour les enfants à charge de 18 ans et moins dans le cadre d'un forfait de rappel de l'assuré (pour le détartrage périodontique, voir la section «Soins des gencives»).

C. Traitement au fluorure

Un seul traitement par période de six mois.

D. Forfait de rappel

Un forfait de rappel comprend le nettoyage et le polissage des dents, les examens de rappel et les traitements au fluorure pour les enfants de moins de 18 ans. Toutefois, ces traitements peuvent être prodigués une seule fois par période de six mois pour les enfants âgés de moins de 18 ans et une seule fois par période de neuf mois pour les adultes.

E. Conseils en hygiène buccodentaire

Ces conseils visent à montrer comment utiliser la brosse à dents et la soie dentaire. Nous payons une seule séance de conseils la vie durant de la personne assurée.

F. Scellants de puits et de fissures

Le scellement consiste à appliquer un scellant sur une fissure ou un puits qui s'est formé à la surface d'une dent afin d'empêcher la formation de la carie. Seuls les enfants âgés de 18 ans ou moins sont assurés pour ce traitement. Nous payons un seul scellement par molaire par période de 36 mois.

5. Mainteneurs d'espace

A. Mainteneurs d'espace

Un mainteneur d'espace est un appareil mis en bouche par un dentiste pour maintenir l'espace créé par l'extraction d'une dent. Seuls les enfants de 14 ans ou moins sont admissibles pour un appareil par année civile.

B. Entretien d'un mainteneur d'espace

L'entretien d'un mainteneur d'espace comprend l'ajustement, la recimentation et la réparation de l'appareil. Seuls les enfants de 14 ans ou moins sont admissibles.

6. Obturations

Nota : Les actes comprennent l'anesthésie locale, la résection des tissus cariés, l'assurance de la pulpe (par un pansement sédatif appliqué pour protéger le nerf) et l'ajustement de l'occlusion (limage de l'obturation pour ajuster les points de contact entre les dents supérieures et inférieures). Les frais de finition et de polissage ne sont pas admissibles.

Aux fins des présentes, les restaurations effectuées sur une même dent sont traitées comme si elles étaient effectuées au cours de la même consultation chez le dentiste.

A. Obturation à l'amalgame

La personne assurée est admissible à ce traitement seulement s'il s'est écoulé au moins 24 mois depuis la dernière obturation sur cette même dent. Si la dent comporte une obturation à l'amalgame collé, nous ne payons que les frais d'une obturation à l'amalgame non collé.

B. Obturation à l'aide d'un ciment de résine composite

La personne assurée est admissible à ce traitement seulement s'il s'est écoulé au moins 24 mois depuis la dernière obturation sur cette même dent.

C. Tenons de rétention

Les tenons de rétention servent à maintenir en place une restauration ou une obturation. Nous remboursons le coût de un ensemble de tenons de rétention par dent, par période de 24 mois.

D. Pansement sédatif dans le cas de caries, de traumatismes et de contrôle de la douleur

La carie est une lésion qui détruit l'émail et l'ivoire de la dent. Le traumatisme est une blessure aux dents causée par un coup sur la bouche ou les dents. Une détérioration importante peut être considérée comme une blessure causée par un traumatisme. Le contrôle de la douleur comprend les obturations temporaires et l'anesthésie locale visant à réduire la douleur en attendant l'obturation permanente de la dent.

L'application de pansements sédatifs visant à réduire la douleur est assurée. Ce traitement comprend l'anesthésie locale, la résection de la carie, l'enlèvement des obturations existantes, l'ajustement de l'occlusion (limage de l'obturation pour ajuster les points de contact entre les dents

supérieures et inférieures), le pansement pulpaire (pansement sédatif appliqué sur un nerf exposé afin de réduire la douleur et de prévenir l'infection) et l'obturation sédative (pansement sédatif appliqué sous le matériau d'obturation final et visant à réduire la douleur).

E. Restauration complète en acier inoxydable, en plastique ou en polycarbonate

Ce traitement consiste à placer une couronne temporaire recouvrant entièrement une ou plusieurs dents. Seuls les enfants âgés de 14 ans ou moins sont assurés pour ce traitement. Nous payons au plus un traitement par dent par période de 36 mois.

7. Chirurgies mineures

Nota : Les actes comprennent l'anesthésie locale, les radiographies, l'intervention chirurgicale et les soins postopératoires.

A. Extraction

L'extraction signifie la résection d'une dent, y compris d'une dent incluse. Nous payons toutes les extractions que la personne assurée doit subir au cours d'une consultation.

B. Ablation d'une racine résiduelle

L'ablation d'une racine résiduelle consiste à retirer une racine qui serait restée dans la gencive lors de l'extraction d'une dent. Nous payons au plus une ablation de racine résiduelle par dent, la vie durant de la personne assurée.

8. Chirurgies majeures

Nota : Les actes comprennent l'anesthésie locale, les radiographies, l'intervention chirurgicale et les soins postopératoires.

Nous payons tous les traitements de chirurgie majeure que la personne assurée doit subir, pourvu qu'ils ne soient pas nécessaires pour des raisons esthétiques et ne soient pas liés à la pose d'implants (piliers fixés par chirurgie dans le maxillaire comme fondement d'attache à des dents artificielles), à une chirurgie orthognathique, au remodelage ou à la reconstruction du maxillaire inférieur.

A. Alvéoloplastie, gingivoplastie, stomatoplastie et vestibuloplastie

L'alvéoloplastie est la réfection, la résection ou la réduction de la cavité osseuse. La gingivoplastie est la réfection des gencives. Quant à la stomatoplastie, elle consiste à effectuer la réfection du plancher de la bouche. Enfin, la vestibuloplastie est la réfection du vestibule buccal.

B. Ablation chirurgicale

Elle comprend l'ablation d'un kyste ou d'un corps étranger.

C. Incision chirurgicale

Elle consiste habituellement à pratiquer une incision sur une région infectée pour permettre le drainage des sécrétions.

D. Traitement des fractures

Nous payons le traitement des fractures des os alvéolaires inférieurs et supérieurs, lesquels retiennent les dents dans les alvéoles.

E. Frénectomie

La frénectomie est une chirurgie pratiquée sur les freins parodontaux et linguaux (minces replis reliant les lèvres aux gencives et la langue au plancher de la bouche).

F. Sialolithotomie

Ce traitement consiste en l'ablation partielle du conduit salivaire.

G. Chirurgie sinusienne

Ce traitement consiste en l'extraction d'une dent qui a été forcée de se loger dans une cavité sinusienne.

H. Traitement d'une hémorragie

Ce traitement consiste à stopper une hémorragie survenant après une extraction ou un traumatisme.

I. Soins postopératoires

Il s'agit des traitements prodigués par le dentiste entre la chirurgie et la guérison complète du patient.

J. Anesthésie

Nous payons toute anesthésie nécessitée par un acte dentaire, dont :

- l'anesthésie générale (perte totale de conscience);
- la sédation profonde (état dans lequel le patient perd conscience et revient à lui fréquemment durant un traitement);
- la sédation intraveineuse (injection d'un sédatif dans le flux sanguin);
- l'anesthésie par inhalation (sédation administrée à l'aide d'un masque respiratoire).

Soins d'entretien

Certains des actes couverts comprennent les soins des gencives, les traitements radiculaires, le détartrage périodontique, l'équilibration et l'ajustement de l'occlusion, les appareils, leurs ajustements ainsi que l'entretien des prothèses dentaires.

1. Traitements radiculaires

A. Pulpotomie

La pulpotomie consiste en la résection partielle de la pulpe dentaire, limitée uniquement à la pulpe de la couronne dentaire. Le traitement peut comprendre l'établissement d'un plan de traitement, l'anesthésie, le traitement lui-même, les radiographies et les soins postopératoires. La personne assurée n'est admissible à ce traitement que s'il est prodigué plus de 30 jours avant un traitement de canal.

B. Traitement de canal

Ce traitement comprend :

- l'établissement d'un plan de traitement;
- un test de vitalité de la dent;
- une pulpectomie (extirpation totale de la pulpe dentaire mortifiée, pour réduire la douleur);
- l'ouverture de la dent et le drainage;
- l'isolement de la dent;
- les traitements cliniques, incluant les radiographies appropriées.

Nous payons au plus un traitement de canal par dent, la vie durant de la personne assurée. Un second traitement est couvert seulement si le premier ne donne pas les résultats escomptés dans les 18 mois.

Si la présente assurance prend fin alors qu'un traitement de canal est en cours, un délai de 30 jours est accordé pour permettre à la personne assurée de terminer le traitement. Si le présent contrat est remplacé avant la fin du traitement, le nouvel assureur sera responsable du coût du traitement.

C. Apexification

L'apexification consiste à fermer la racine d'une dent avec un ciment. Ce traitement peut comprendre l'établissement d'un plan de traitement, l'anesthésie, l'isolement de la dent, le traitement lui-même avec les radiographies appropriées, l'insertion d'une substance dentinoïde (substance qui entraîne la formation de l'apex de la racine dans des dents jeunes de façon qu'un traitement de canal puisse être effectué) et

les soins postopératoires. Nous payons au plus une apexification par dent, la vie durant de la personne assurée.

D. Obturation rétrograde

Ce traitement consiste à remplir la chambre pulpaire en passant par la pointe de la racine (apex). Nous payons une seule obturation rétrograde par dent, la vie durant de la personne assurée.

E. Apicectomie

Ce traitement consiste à réséquer l'apex d'une dent après un traitement de canal. Nous payons une seule apicectomie par dent, la vie durant de la personne assurée.

F. Amputation de racine

En raison d'une infection, une amputation radiculaire, soit la résection d'une ou de plusieurs racines d'une dent, peut être nécessaire. Cependant, comme il reste la couronne et au moins une racine, il n'est pas nécessaire d'extraire la dent. Nous payons au plus une amputation radiculaire par dent, la vie durant de la personne assurée.

G. Hémisection

L'hémisection consiste à retirer la couronne d'une dent et une ou plusieurs racines, mais tout en laissant certaines racines en place. Nous payons au plus une hémisection par dent, la vie durant de la personne assurée.

H. Extraction intentionnelle, remplissage apical et réimplantation

Ce traitement consiste à extraire une dent saine et à l'implanter ailleurs. À titre d'exemple, on pourrait extraire une troisième molaire et l'implanter à la place d'une première molaire manquante. Nous payons au plus un traitement de ce genre par dent, la vie durant de la personne assurée.

2. Soins des gencives

Nota : Les actes comprennent l'anesthésie locale, les pansements chirurgicaux, les sutures et les soins postopératoires pour une durée de un mois. Les évaluations postopératoires ne sont pas assurées.

A. Pansement de déplacement

L'application d'un pansement de déplacement consiste à placer un pansement médicamenteux sur les gencives enflammées afin de les éloigner des calculs dentaires (dépôts sur les dents qui irritent les gencives).

B. Désensibilisation

La désensibilisation consiste à appliquer une solution de fluorure pour réduire la sensibilité.

C. Curetage gingival

Le curetage gingival consiste à enlever en grattant les tissus pathologiques logés dans les gencives.

D. Gingivectomie

La gingivectomie consiste à enlever les tissus endommagés des gencives.

E. Incision

L'incision est l'ouverture pratiquée dans la gencive pour effectuer la résection d'un os.

F. Greffe de tissus

La greffe de tissus consiste à prélever des tissus sains de la gencive et à les greffer à un endroit où les dents sont déchaussées.

G. Détartrage périodontique et aplanissement radiculaire

Le détartrage consiste à enlever les dépôts calcifiés sur les dents. Quant à l'aplanissement radiculaire, il consiste à polir les surfaces rudes d'une dent et à y enlever tout dépôt calcifié. Nous payons jusqu'à seize unités de détartrage ou d'aplanissement radiculaire par année civile.

3. Équilibrations et ajustements de l'occlusion

Ce traitement consiste à insérer un appareil pour corriger les points de contact entre les dents supérieures et inférieures lorsque les mâchoires sont fermées. Nous payons jusqu'à quatre unités d'ajustement par année civile.

4. Appareils et ajustements

A. Appareil parodontal

Nous payons la prise des empreintes et la mise en bouche de l'appareil. La personne assurée a droit à un appareil par arcade par période de 24 mois.

B. Ajustement d'un appareil parodontal

Nous payons jusqu'à quatre ajustements par année civile.

5. Prothèses

Nota : Ces actes comprennent l'établissement d'un plan de traitement, la prise des empreintes initiales et finales, l'empreinte du rapport intermaxillaire, les essayages en bouche, l'équilibration de l'occlusion (ajustement des points de contact entre les dents inférieures et supérieures) et les soins de suivi durant trois mois.

Si l'assurance prend fin alors que les traitements de la personne assurée entrepris en vue de la confection d'une prothèse ne sont pas terminés, un délai de 90 jours est accordé pour lui permettre de terminer le traitement, même si elle devient assurée auprès d'un autre assureur.

Si la personne est assurée au titre du présent contrat le jour de la mise en bouche de sa prothèse, nous paierons les coûts subséquents relatifs à ce traitement même si elle devient assurée auprès d'un autre assureur.

A. Prothèse complète

Une prothèse complète est une prothèse dentaire qui remplace toutes les dents de la mâchoire supérieure ou toutes celles de la mâchoire inférieure.

Nous payons une prothèse complète seulement :

- s'il s'est écoulé plus de 3 ans depuis la mise en bouche de la prothèse complète précédente;
- s'il s'est écoulé moins de 3 ans depuis la mise en bouche de la prothèse complète précédente et que la prothèse actuelle ne peut plus être portée. Nous devons approuver le remplacement.

B. Prothèse de transition

La prothèse de transition est une prothèse temporaire mise en bouche immédiatement après l'extraction de dents pour faciliter la guérison. La prothèse permanente doit être mise en bouche dans les 12 mois qui suivent la mise en bouche de la prothèse temporaire.

C. Prothèse en acrylique

La prothèse en acrylique est une prothèse comportant une plaque-base en résine acrylique. Nous payons une prothèse en acrylique seulement s'il s'est écoulé plus de 3 ans depuis la mise en bouche de la prothèse en acrylique précédente.

D. Prothèse partielle

La prothèse partielle vise à remplacer une ou plusieurs dents de la mâchoire inférieure ou supérieure. Elle peut avoir une base en acrylique (plastique), en métal ou en chrome et comporter des crochets en acrylique, en métal ou en chrome (s'accrochant aux dents). Nous payons

une prothèse partielle seulement s'il s'est écoulé plus de 3 ans depuis la mise en bouche de la prothèse partielle précédente ou si d'autres dents ont été extraites.

6. Entretien des prothèses dentaires

A. Ajustement des prothèses

Nous payons tous les ajustements effectués aux prothèses d'une personne assurée, mais seulement si ces ajustements sont faits plus de trois mois après la mise en bouche de ces prothèses.

B. Réparation des prothèses

La réparation des prothèses consiste à réparer les prothèses brisées ou endommagées. Nous payons toutes les réparations des prothèses.

C. Rebasage et regarnissage des prothèses

Le rebasage des prothèses consiste à refaire la plaque-base de la prothèse. Quant au regarnissage, il consiste à ajouter de la résine à la plaque-base afin de parfaire son ajustement.

Nous payons le rebasage ou le regarnissage des prothèses d'une personne assurée une fois par période de 36 mois, mais seulement s'il est effectué plus de trois mois après la mise en bouche des prothèses.

D. Mise en condition tissulaire

La mise en condition tissulaire consiste à appliquer un conditionneur à l'os alvéolaire pour assurer un ajustement parfait des prothèses. Nous payons au plus un traitement par période de 36 mois.

Exclusions

Sont exclus :

- les services et les fournitures dentaires pour lesquels la personne assurée pourrait présenter une demande de règlement en vertu de la loi sur les accidents du travail de sa province de résidence;
- les frais dentaires ne figurant pas dans le tarif des actes buccodentaires à l'intention des chirurgiens dentistes;
- les traitements à des fins esthétiques;
- les frais imposés à la suite de l'annulation d'un rendez-vous;
- les frais exigés pour remplir un formulaire de règlement;
- les traitements relatifs à une dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire (le point d'attache de la mâchoire est appelé articulation temporo-mandibulaire);
- tout traitement endodontique qui a commencé avant que la personne ne devienne assurée;
- le remplacement d'appareils dentaires qui ont été perdus, égarés ou volés;
- les traitements relatifs à une chirurgie orthognathique (remodelage ou reconstruction de la mâchoire);
- les prothèses pour lesquels les traitements ont commencé avant que la personne ne devienne assurée;
- les traitements et les fournitures visant à corriger la dimension verticale (hauteur d'une dent) ou les problèmes d'attrition (usure des dents);
- l'insertion d'implants dentaires ou toute chirurgie majeure résultant de l'insertion d'implants.

AVIS IMPORTANT: OBJECTIF DE LA PRÉSENTE BROCHURE

Cette brochure est conçue uniquement dans le but de décrire les caractéristiques principales du régime d'assurance collective. Tous les droits en ce qui concerne vos avantages en tant que participant au régime seront régis par la police d'assurance collective établie par l'assureur.

Haut de la page