



Association **des**
Pompiers de
Montréal **Inc.**

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

À L'INTENTION DES MEMBRES RETRAITÉS ET VEUVES DE

L'ASSOCIATION DES POMPIERS DE MONTRÉAL INC.

Le titulaire du contrat : **ASSOCIATION DES POMPIERS DE MONTRÉAL INC.**

N° de police : **21047**

Prise d'effet de la police : **Le 1^{er} mai 2001**

Date de révision : **Le 1^{er} septembre 2011**

L'assureur : **INDUSTRIELLE ALLIANCE**

Ce livret est fourni dans le but d'expliquer les garanties offertes en vertu de la police collective. La possession de ce livret ne confère ni ne crée aucun droit contractuel. Tous les droits et obligations relatifs aux garanties offertes en vertu de la police collective seront régis uniquement par les clauses et les conditions de ladite police. Pour toute question relative au contenu de ce livret ou si de plus amples renseignements sont requis concernant les garanties, le participant doit communiquer avec **l'Association des Pompiers de Montréal Inc.**

Mot du président

La présente brochure est conforme au contrat d'assurance collective détenu par l'Association des Pompiers de Montréal Inc. Ainsi, vous serez en mesure de consulter à votre guise un document complet, décrivant les bénéfices de ce contrat.

Depuis plusieurs années, l'Association est détentrice et gestionnaire d'un régime d'assurance collective vie, santé et dentaire. Ce régime est au bénéfice des membres retraités et veuves d'un membre décédé.

Au mois de septembre 2011, suite à un appel d'offres, l'Association a reconduit comme assureur l'Industrielle Alliance.

Comme vous le savez, nous assumons complètement les hausses reliées à une mauvaise utilisation du régime, c'est pourquoi nous comptons sur votre responsabilité individuelle pour en faire un meilleur usage.

Nous souhaitons continuer d'offrir un régime de qualité répondant adéquatement aux besoins des membres. Si des renseignements supplémentaires sont nécessaires, n'hésitez pas à contacter notre administrateur, Burrowes courtiers d'assurances.

Sincèrement vôtre,



Ronald Martin
Président

Mot du trésorier

C'est avec plaisir que nous vous présentons la brochure explicative de notre régime d'assurance collective.

En effet, cette brochure se veut un outil indispensable de référence pour mieux comprendre nos protections, tant au niveau des soins médicaux et hospitaliers, que de l'assistance et l'assurance voyage sans oublier l'assurance dentaire.

Un des rôles du trésorier de l'Association des Pompiers de Montréal inc. est de s'assurer de la saine gestion financière du régime et d'en superviser son administration. Pour ces raisons, il est important de se rappeler que l'assurance collective constitue une importante source de protection pour vous et votre famille, C'est pourquoi nous devons l'utiliser de façon judicieuse et éclairée afin que tous ensemble nous profitions d'une prime raisonnable.

Aussi, il est nécessaire de se rappeler qu'un mandat d'administration a été confié à la firme Burrowes courtiers d'assurances dont le personnel possède l'expertise et les compétences nécessaires pour répondre à nos demandes de renseignements et de procéder au paiement des réclamations.

Pour de plus amples informations concernant vos protections, n'hésitez pas à communiquer avec notre administrateur Burrowes.

Sincèrement vôtre,



Le trésorier

François Rosa

TABLE DES MATIÈRES

	<u>Page</u>
TABLEAU SOMMAIRE	TS-1
CONDITIONS GÉNÉRALES	1-1
DÉFINITIONS	1-1
ASSURANCE	1-3
PRESTATIONS	1-5
REMPLACEMENT DE CONTRAT OU D'UNE GARANTIE	1-6
ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT	2-1
ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU PARTICIPANT	2-3
ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE	2-5
ASSURANCE VIE FACULTATIVE DES PERSONNES À CHARGE	2-6
ASSURANCE-MÉDICAMENTS	3-1
ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE	4-1
ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA	5-1
ASSURANCE SOINS DENTAIRES	6-1
RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES	7-1

TABLEAU SOMMAIRE

N° de police : 21047

Prise d'effet : 2001-05-01

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

Dans le présent contrat, le masculin inclut le féminin, sauf si le contexte s'y oppose.

Les participants sont identifiés au moyen des comptes et des catégories ci-dessous :

Comptes

- 002 – Membres retraités
- 003 – Veuves et personnes à charge de participants décédés
- 004 – Les Pompiers retraités de Verdun et de LaSalle

Catégories

- 200 – Membres retraités le 1989-09-01 ou après, âgés de moins de 65 ans ayant accepté l'augmentation du montant de la garantie vie du 1982-01-01 ou veuves âgées de moins de 65 ans et personnes à charge si le participant est décédé avant le 1^{er} janvier 2000
- 201 – Membres retraités le 1989-09-01 ou après, âgés de 65 ans ou plus, couverts par la RAMQ pour médicaments, ayant accepté l'augmentation de la garantie vie du 1982-01-01 ou veuves âgées de 65 ans ou plus et personnes à charge si le participant est décédé avant le 1^{er} janvier 2000
- 202 – Membres retraités le 1989-09-01 ou après, âgés de 65 ans ou plus, non couverts par la RAMQ pour les médicaments, ayant accepté l'augmentation de la garantie vie du 1982-01-01 ou veuves âgées de 65 ans ou plus et personnes à charge si le participant est décédé avant le 1^{er} janvier 2000
- 210 – Membres retraités avant le 1989-09-01, âgés de moins de 65 ans, ayant accepté l'augmentation du montant de la garantie vie du 1982-01-01 ou veuves âgées de moins de 65 ans et personnes à charge si le participant est décédé avant le 1^{er} janvier 2000
- 211 – Membres retraités avant le 1989-09-01, âgés de 65 ans ou plus, couverts par la RAMQ pour les médicaments, ayant accepté l'augmentation du montant de la garantie vie du 1982-01-01 ou veuves âgées de 65 ans ou plus et personnes à charge si le participant est décédé avant le 1^{er} janvier 2000
- 212 – Membres retraités avant le 1989-09-01, âgés de 65 ans ou plus, non couverts par la RAMQ pour les médicaments, ayant accepté l'augmentation du montant de la garantie vie du 1982-01-01 ou veuves âgées de 65 ans ou plus et personnes à charge si le participant est décédé avant le 1^{er} janvier 2000
- 220 – Membres retraités le 1989-09-01 ou après, âgés de moins de 65 ans, ayant refusé l'augmentation du montant de la garantie vie du 1978-12-01 ou veuves âgées de moins de 65 ans et personnes à charge si le participant est décédé avant le 1^{er} janvier 2000
- 221 – Membres retraités le 1989-09-01 ou après, âgés de 65 ans ou plus, couverts par la RAMQ pour les médicaments, ayant refusé l'augmentation du montant de la garantie vie du 1978-12-01 ou veuves âgées de 65 ans ou plus et personnes à charge si le participant est décédé avant le 1^{er} janvier 2000

TABLEAU SOMMAIRE (Suite)

N° de police : 21047

Prise d'effet : 2001-05-01

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES (suite)

Catégories (suite)

- 222 – Membres retraités le 1989-09-01 ou après, âgés de 65 ans ou plus, non couverts par la RAMQ pour les médicaments, ayant refusé l'augmentation du montant de la garantie vie du 1978-12-01 ou veuves âgées de 65 ans ou plus et personnes à charge si le participant est décédé avant le 1^{er} janvier 2000
- 410 – Membres retraités entre le 1959-10-09 et le 1994-01-01
- 420 – Membres retraités le ou après le 1994-01-01

POUR LA PROTECTION D'ASSURANCE VIE

- 600 – Veuves âgées de moins de 65 ans et personnes à charge des participants décédés des catégories 100 (les actifs)- 200-201-202, décédés le ou après le 2000-01-01. Pour la catégorie 100 (les actifs), ils doivent cependant être décédés avant le 2011-09-01
- 601 – Veuves âgées de 65 ans ou plus et personnes à charge des participants décédés des catégories 100 (les actifs)- 200-201-202, décédés le ou après le 2000-01-01
- 610 – Veuves âgées de moins de 65 ans et personnes à charge des participants décédés des catégories 210-211-212, décédés le ou après le 2000-01-01
- 611 – Veuves âgées de 65 ans ou plus et personnes à charge des participants décédés des catégories 210-211-212, décédés le ou après le 2000-01-01
- 620 – Veuves âgées de moins de 65 ans et personnes à charge des participants décédés des catégories 110-220-221-222, décédés le ou après le 2000-01-01
- 621 – Veuves âgées de 65 ans ou plus et personnes à charge des participants décédés des catégories 110-220-221-222, décédés le ou après le 2000-01-01
- 630 – Veuves âgées de moins de 65 ans et personnes à charge des participants décédés de la catégorie 100 (les actifs) décédés le ou après le 2011-09-01.

POUR LA PROTECTION DE FRAIS MÉDICAUX ET HOSPITALIERS SANS MÉDICAMENTS

- 600 – Veuves âgées de moins de 65 ans et personnes à charge des participants décédés des catégories 100 (les actifs)-200, décédés le ou après le 2000-01-01. Pour la catégorie 100 (les actifs), ils doivent cependant être décédés avant le 2011-09-01
- 601 – Veuves âgées de 65 ans ou plus et personnes à charge des participants décédés des catégories 100 (les actifs)-201, décédés le ou après le 2000-01-01
- 610 – Veuves âgées de moins de 65 ans et personnes à charge des participants décédés des catégories 210, décédés le ou après le 2000-01-01
- 611 – Veuves âgées de 65 ans ou plus et personnes à charge des participants décédés des catégories 211, décédés le ou après le 2000-01-01
- 620 – Veuves âgées de moins de 65 ans et personnes à charge des participants décédés des catégories 110-220, décédés le ou après le 2000-01-01
- 621 – Veuves âgées de 65 ans ou plus et personnes à charge des participants décédés des catégories 110-221, décédés le ou après le 2000-01-01
- 630 – Veuves âgées de moins de 65 ans et personnes à charge des participants décédés de la catégorie 100 (les actifs) décédées le ou après le 2011-09-01.

TABLEAU SOMMAIRE (Suite)

N° de police : 21047

Prise d'effet : 2001-05-01

CONDITIONS GÉNÉRALES

DATE D'ADMISSIBILITÉ

Un membre devient admissible à l'une des dates suivantes, sous réserve de toutes autres dispositions :

Dès le premier jour de service auprès de l'employeur, s'il est membre de l'Association des Pompiers de Montréal inc. ou répond à la définition de l'une des catégories de participants du présent contrat.

PARTICIPATION MINIMALE

En tout temps, le nombre de participants ne doit pas être inférieur à 100 % des membres admissibles.

ÂGE NORMAL DE LA RETRAITE

Dans le présent contrat, l'âge normal de la retraite est le premier jour du mois suivant ou coïncidant avec le 60^e anniversaire de naissance du participant.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

N° de police : 21047

Prise d'effet : 2001-05-01

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT

<u>Catégories</u>	<u>Capital assuré</u>
200, 201, 202	30% du montant d'assurance en vigueur à la date de la retraite du participant, le résultat étant arrondi au 1 000 \$ suivant
210, 211, 212	20% du montant d'assurance en vigueur à la date de la retraite du participant
220, 221, 222	Montant d'assurance en vigueur le 2001-04-30 auprès de l'assureur précédent. Ces montants sont : 10 000 \$ 7 500 \$ 5 000 \$ 4 000 \$ 2 000 \$ 1 000 \$; selon les conditions en vigueur à la date de la retraite du participant.
420	8 000 \$
410	2 000 \$
600, 601, 610, 611, 620, 621, 630	Sans objet

***LA PARTICIPATION À CETTE GARANTIE EST FACULTATIVE
DANS LE CAS DES RETRAITÉS.***

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

N° de police : 21047

Prise d'effet : 2001-05-01

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

Catégories

Capital assuré

200, 201, 202, 210, 211, 212, 220, 221,
222, 410, 420

Tranches de 10 000 \$

Maximum :

- Participant âgé de moins de 65 ans : 500 000 \$
- Participant âgé de 65 ans et plus : 200 000 \$

600, 601, 610, 611, 620, 621, 630

Sans objet

Des preuves d'assurabilité sont requises pour tous les montants d'assurance vie facultative.

Terminaison :

Cette garantie se termine au 70^e anniversaire de naissance du participant.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

N° de police : 21047

Prise d'effet : 2001-05-01

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

<u>Catégories</u>	<u>Capital assuré</u>
220, 221, 222, 620, 621	Conjoint : <ul style="list-style-type: none">• Si le participant détient une protection de 10 000 \$, le conjoint a droit à 5 000 \$• Si le participant détient une protection de 30 000 \$, de 7 500 \$ ou de 4 000 \$, le conjoint a droit à 2 000 \$• Si le participant détient une protection de 5 000 \$, de 2 000 \$ ou de 1 000 \$, le conjoint ne bénéficie d'aucune assurance vie
	Chaque enfant
	- moins de 14 jours : Sans objet
	- 14 jours et plus : 1 000 \$
200, 201, 202, 600, 601,630	Conjoint : 12 500 \$
	Chaque enfant
	- moins de 24 heures : Sans objet
	- de 24 heures à 14 jours : 2 000 \$
	- 14 jours et plus : 4 000 \$
210, 211, 212, 610, 611	Conjoint : 5 000 \$
	Chaque enfant
	- moins de 24 heures : Sans objet
	- de 24 heures à 14 jours : 2 000 \$
	- 14 jours et plus : 4 000 \$
410, 420	Sans objet

CETTE GARANTIE EST FACULTATIVE DANS LE CAS DES VEUVES.
(Le choix de s'assurer ou non est irrévocable.)

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

N° de police : 21047

Prise d'effet : 2001-05-01

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DES PERSONNES À CHARGE

<u>Catégories</u>	<u>Capital assuré</u>
200, 201, 202, 210, 211, 212, 220, 221, 222, 410, 420	Conjoint : Tranches de 10 000 \$ Maximum : - Conjoint âgé de moins de 65 ans : 500 000 \$ - Conjoint âgé de 65 ans et plus : 200 000 \$ Chaque enfant - moins de 14 jours : Sans objet - 14 jours et plus : Tranches de 2 500 \$ Maximum : 50 000 \$
600, 601, 610, 611, 620, 621, 630	Sans objet

Des preuves d'assurabilité sont requises pour tous les montants d'assurance vie facultative.

Les personnes à charge d'un participant peuvent souscrire à un volume d'assurance vie facultative même si celui-ci n'est pas assuré en vertu de l'assurance vie facultative du participant.

Terminaison de l'assurance vie facultative des personnes à charge :

Pour les enfants, cette garantie se termine au 70^e anniversaire de naissance du participant.

Pour le conjoint, cette garantie se termine à la première des dates suivantes :

- a) le 70^e anniversaire de naissance du participant
- b) le 70^e anniversaire de naissance du conjoint

En tout temps, cette garantie se termine automatiquement dès que l'assuré ne répond plus à la définition de personnes à charge.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

N° de police : 21047

Prise d'effet : 2001-05-01

ASSURANCE-MÉDICAMENTS (médicaments admissibles selon la liste de la Régie de l'assurance-maladie du Québec)

Contribution maximale par adulte et par année civile :

Celle prévue en vertu de la Loi sur l'assurance-médicaments :

La contribution maximale du participant comprend également les sommes que celui-ci paie à titre de franchise et de coassurance pour ses enfants à charge, le cas échéant. Ces sommes peuvent cependant être incluses dans la contribution maximale du conjoint, si des preuves du paiement de ces sommes par le conjoint sont fournies à l'assureur.

Franchise :

Celle prévue à la garantie d'Assurance maladie complémentaire (franchise combinée pour les deux garanties), sous réserve de tout maximum prévu par la Loi sur l'assurance-médicaments.

Remboursement de l'assureur :

Celui prévu à la garantie d'Assurance maladie complémentaire. Si toutefois le remboursement est inférieur à celui prévu par la Loi sur l'assurance-médicaments, celui-ci sera établi conformément au remboursement minimal permis.

Au delà de la contribution maximale par adulte et par année civile, le remboursement de l'assureur s'établit à 100%.

Catégories 200-210-220 : Cette garantie se termine au 65^e anniversaire de naissance du participant.

Les personnes assurées des catégories 600, 601, 610, 611, 620, 621 et 630 ne sont pas admissibles à cette garantie.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

N° de police : 21047

Prise d'effet : 2001-05-01

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

FRAIS D'HOSPITALISATION AU CANADA

Catégories 200-201-202-210-211-212-220-221-222-600-601-610-611-620-621-630

Franchise :	Remboursement :	Maximum quotidien :
Aucune	100 %	Chambre semi-privée, sans limites quant au nombre de jours

FRAIS D'URGENCE HORS DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE et SERVICE D'ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA

Catégories 200-201-202-210-211-212-220-221-222-600-601-610-611-620-621-630

Franchise :	Remboursement :	Maximum par personne assurée :
Aucune	100 %	1 000 000 \$ à vie

AUTRES FRAIS MÉDICAUX AU CANADA

Catégories

200, 210, 220, 600, 610, 620, 630 (il n'y a aucun médicament pour les catégories 600, 610, 620, 630)	Franchise : – protection individuelle : 25 \$ – protection familiale : 50 \$ (maximum de 25 \$ par personne assurée) Remboursement : 80 % des premiers 3 450 \$ de frais admissibles par famille, par année civile, et 100% de l'excédent. Maximum : 25 000 \$ à vie, par personne assurée (excluant la maison de réadaptation, la maison de convalescence et la maison de soins pour malades chroniques). Il n'y a aucun maximum pour les médicaments.
201, 211, 221 601, 611, 621 (il n'y a aucun médicament pour ces catégories)	Franchise : – protection individuelle : 75 \$ – protection familiale : 75 \$ Remboursement : 80 % des premiers 3 450 \$ de frais admissibles par famille, par année civile, et 100% de l'excédent. Maximum : 25 000 \$ à vie par personne assurée (excluant la maison de réadaptation, la maison de convalescence et la maison de soins pour malades chroniques)

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

N° de police : 21047

Prise d'effet : 2001-05-01

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

AUTRES FRAIS MÉDICAUX AU CANADA (suite)

Catégories

202, 212, 222	<p><u>Médicaments</u> :</p> Franchise de 100 \$ par personne assurée Maximum de 200 \$ par famille
	Remboursement : 75 % des premiers 2 600 \$ de frais admissibles par famille, par année civile, et 100% de l'excédent.
	Maximum : Illimité
	<u>Autres frais</u> :
	Franchise :
	– protection individuelle : 75 \$
	– protection familiale : 75 \$
	Remboursement : 80 % des premiers 3 450 \$ de frais admissibles par famille, par année civile, et 100% de l'excédent.
	Maximum : 25 000 \$ à vie, par personne assurée (excluant la maison de réadaptation, la maison de convalescence et la maison de soins pour malades chroniques). Il n'y a aucun maximum pour les médicaments.
410, 420	Sans objet

Les personnes à charge, s'il y a lieu, sont assurées en vertu de la présente garantie.

***LA PARTICIPATION À CETTE GARANTIE EST FACULTATIVE
DANS LE CAS DES RETRAITÉS DE PLUS DE 65 ANS ET DES VEUVES.
(Le choix de s'assurer ou non est irrévocable.)***

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

N° de police : 21047

Prise d'effet : 2001-05-01

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Frais médicaux

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums admissibles par personne assurée et remboursés à 80 % des premiers 3 450 \$ de frais admissibles par famille, par année civile, et 100% de l'excédent, sauf si mention contraire</u>
Honoraires d'infirmiers	20 000 \$ par année civile.
Service ambulancier	Illimité.
Oxygène	Illimité.
Médicaments	Illimité.
Membres artificiels et prothèses oculaires	Illimité.
Fauteuil roulant, lit d'hôpital, autres appareils thérapeutiques	illimités.
Prothèses mammaires	Montant excédentaire de la prestation de la RAMQ.
Séjour dans une maison de réadaptation ou une maison de convalescence	Chambre semi-privée. Maximum combiné de 180 jours par année civile. Ces frais ne comportent aucune franchise et sont remboursés à 100%.
Séjour dans une maison de soins pour malades chroniques	Chambre semi-privée. Maximum de 5 000 \$ par année civile. Ces frais ne comportent aucune franchise et sont remboursés à 100%.
Chaussures orthopédiques	Maximum admissible de 125 \$ par année civile.
Orthèses et modifications	Maximum admissible de 250 \$ par année civile.
Stérilets	Illimité.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

N° de police : 21047

Prise d'effet : 2001-05-01

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Frais médicaux

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums admissibles par personne assurée et remboursés à 80 % des premiers 3 450 \$ de frais admissibles par famille, par année civile, et 100% de l'excédent, sauf si mention contraire</u>
Frais de laboratoire et de radiographies à des fins de diagnostic	Illimité.
Appareils orthopédiques	Illimité.
Soutien-gorge chirurgical	3 soutien-gorge par année civile.
Tensiomètre	Un (1) appareil à vie (frais remboursés à 80%)
Béquilles, bandes herniaires, plâtres, attelles, corsets, pansements chirurgicaux	illimités.
Prothèses capillaires	150 \$ à vie. Ces frais ne comportent aucune franchise et sont remboursés à 100%.
Injections sclérosantes	Illimité.
Dextromètre ou glucomètre	Remboursement maximal de 500 \$ par période de 60 mois.
Soins dentaires suite à une blessure accidentelle	Illimité.
Location d'une salle d'opération et produits anesthésiques	Illimité.
Honoraires paramédicaux d'un physiothérapeute, d'un thérapeute en réadaptation physique et d'un physiatre	Remboursement global maximal de 750 \$ par année civile. Un (1) traitement par jour.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

N° de police : 21047

Prise d'effet : 2001-05-01

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Frais médicaux

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums admissibles par personne assurée et remboursés à 80 % des premiers 3 450 \$ de frais admissibles par famille, par année civile, et 100% de l'excédent, sauf si mention contraire</u>
Honoraires paramédicaux d'un orthophoniste, d'un audiologiste, d'un ostéopathe, d'un acupuncteur, d'un kinésithérapeute, d'un électrothérapeute et d'un mécanothérapeute	Remboursement maximal de 750 \$ par année civile pour chacun de ces spécialistes. Un (1) traitement par jour.
Honoraires paramédicaux d'un chiropraticien	15 \$ par visite. Maximum de 26 visites par année civile. Un (1) traitement par jour. Ces frais ne comportent aucune franchise et sont remboursés à 100%.
Honoraires paramédicaux d'un psychiatre	20 \$ par visite. Maximum de 50 visites par année civile. Un (1) traitement par jour. Ces frais sont remboursés à 50%.
Honoraires paramédicaux d'un psychologue	Remboursement maximal de 500 \$ par année civile pour l'ensemble de ces spécialistes Un (1) traitement par jour. Ces frais sont remboursés à 50 %.
Honoraires paramédicaux d'un podiatre	10 \$ par visite. Maximum de 26 visites par année civile. Un (1) traitement par jour. Ces frais ne comportent aucune franchise et sont remboursés à 100%.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

N° de police : 21047

Prise d'effet : 2001-05-01

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Frais médicaux

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums admissibles par personne assurée et remboursés à 80 % des premiers 3 450 \$ de frais admissibles par famille, par année civile, et 100% de l'excédent, sauf si mention contraire</u>
Honoraires paramédicaux d'un orthothérapeute	Maximum admissible de 25 \$ par visite. Remboursement maximal de 225 \$ par année civile. Un (1) traitement par jour.
Radiographies par un chiropraticien	25 \$ par radiographie. Maximum de 4 radiographies par année civile. Ces frais ne comportent aucune franchise et sont remboursés à 100%.
Prothèses auditives	Remboursement maximal de 600 \$ par période de 60 mois.
Frais pour traitements non disponibles au Québec	50 000 \$ à vie.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

N° de police : 21047

Prise d'effet : 2001-05-01

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Frais médicaux

Frais couverts

Examens de la vue

Les examens de la vue ne sont couverts que pour les personnes assurées des catégories 200, 210, 220 (assuré et conjoint seulement).

Frais oculaires

Maximums par personne assurée

Un examen par année civile.

Il est important de noter que le montant de l'examen de la vue est inclus dans le maximum payable pour les frais oculaires.

Les examens de la vue ne comportent aucune franchise et sont remboursés à 100 %.

Catégories 200, 210 et 220:

(effectif à partir du 2011-09-01)

Lunettes (verres correcteurs et monture), lentilles cornéennes ou chirurgie au laser jusqu'à concurrence d'un maximum de 250 \$ par période de 24 mois consécutifs (incluant les frais d'examen de la vue)

Catégories 200-201-202-210-211-212-220-221-222-600-601-610-611-620-621-630 (enfants à charge seulement) :

Une (1) paire de lunettes par période de 12 mois (verres correcteurs et monture), maximum de 40 \$ pour la monture;

ou

lentilles cornéennes jusqu'à concurrence d'un maximum de 175 \$ à vie.

Les frais oculaires ne comportent aucune franchise et sont remboursés à 100%.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

N° de police : 21047

Prise d'effet : 2001-05-01

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

Catégories

200, 201, 202, 210,
211, 212, 220, 221, 222, 600,
601, 610, 611, 620, 621, 630

Franchise :

Aucune

Remboursement

- soins préventifs : 100 %
- soins de base : 100 %
(endodontie et parodontie à 80 %)
- soins majeurs : 50 %
- soins orthodontiques : 50 %

Maximum par personne assurée

- soins préventifs, soins de
base et soins majeurs : 1 500 \$ par année civile
(effectif : 2011-09-01)
- soins orthodontiques : 1 750 \$ à vie
(effectif : 2007-01-01)

410, 420

Sans objet

Les personnes à charge, s'il y a lieu, sont assurées en vertu de la présente garantie.

Les frais sont remboursés selon le guide des tarifs des chirurgiens dentistes de l'année courante.

LA PARTICIPATION À CETTE GARANTIE EST FACULTATIVE.

***Le participant qui refuse de participer ou qui met fin à sa participation
ne peut être admissible de nouveau qu'après une période de 3 ans.***

CONDITIONS GÉNÉRALES

DÉFINITIONS

Acceptation des preuves d'assurabilité : La date d'acceptation de toute preuve d'assurabilité signifie la date de réception du dernier document requis par l'assureur pour l'évaluation du risque.

Âge normal de la retraite : L'âge indiqué au Tableau sommaire.

Blessure accidentelle : Une lésion corporelle qui est subie pendant que l'assurance est en vigueur, qui résulte directement et exclusivement d'une cause externe, soudaine, violente et involontaire et qui nécessite les soins d'un médecin dans les trente (30) jours de sa survenance.

Effectivement au travail : L'état d'un participant qui accomplit ses tâches et fonctions habituelles sur une base permanente et à plein temps selon un horaire d'au moins vingt (20) heures de travail par semaine. Lorsqu'il est fait mention d'un nombre de jours de travail à temps plein, les jours de congé chômés sont considérés comme des jours de travail à temps plein.

Employeur : Le Service des incendies de la Ville de Montréal.

Gestionnaire : Le gestionnaire désigné par le titulaire : BURROWES, COURTIERS D'ASSURANCES.

Invalidité : L'incapacité totale et continue du participant, telle que définie dans les garanties du présent contrat. Pour que l'invalidité soit reconnue, il faut que l'état du participant nécessite des soins réguliers effectivement donnés par un médecin ou un spécialiste. Il est entendu que lorsque des soins médicaux sont nécessaires et que, selon l'assureur, ils relèvent de la compétence d'un spécialiste, ces soins doivent être rendus par un spécialiste du domaine approprié.

Jour : Un jour civil, sauf stipulation contraire dans le présent contrat.

Maladie : Détérioration de la santé qui nécessite des soins médicaux réguliers, continus et curatifs, effectivement donnés par un médecin et considérés comme satisfaisants par l'assureur, et dont le défaut entraînera une détérioration de l'état de santé de la personne.

Membre : Un pompier membre de l'Association des Pompiers de Montréal inc.

Médecin : Une personne légalement licenciée et autorisée à pratiquer la médecine.

Participant : Un membre admissible de l'Association des Pompiers de Montréal inc. ou toute personne faisant partie de l'une des catégories de participants incluses dans le présent contrat.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

Personnes à charge : Le conjoint du participant ou les enfants du participant ou de son conjoint. Lorsque l'assurance couvre les personnes à charge, les termes, «conjoint» et «enfant» sont définis ainsi :

a) Conjoint

La personne légalement mariée à un participant ou la personne désignée par ledit participant, qu'il présente publiquement comme son conjoint et avec qui il cohabite en permanence depuis au moins un (1) an, ou moins, si un enfant est issu de leur union. Dans tous les cas, la séparation de fait depuis plus de trois (3) mois fait perdre ce statut de conjoint.

b) Enfant

Tout enfant célibataire du participant ou de son conjoint, résidant au Canada, ou un enfant faisant l'objet d'un placement familial en vue d'une adoption, qui dépend du participant pour sa subsistance et qui remplit au moins une des conditions suivantes :

- i) Être âgé de moins de vingt-deux (22) ans;
- ii) Être âgé de moins de vingt-six (26) ans et fréquenter à plein temps une institution d'enseignement reconnue;
- iii) Être devenu invalide de façon totale et permanente alors qu'il était considéré comme une personne à charge en vertu de i) ou ii) ci-dessus.

Personne assurée : Le participant et les personnes à sa charge assurées en vertu du contrat.

La personne assurée doit, en tout temps, être couverte en vertu d'un régime gouvernemental d'assurance maladie et résider au Canada de façon permanente (au moins cent quatre-vingt-trois [183] jours par année), pour être admissible en vertu du présent contrat et pour conserver ses droits à l'assurance, à moins qu'il y ait eu entente préalable avec l'assureur, ou à moins de stipulation contraire au contrat.

Retraité : Tout membre de l'Association des Pompiers de Montréal inc. qui n'est plus effectivement au travail à temps plein ou à temps partiel.

Salaire : La rémunération que le titulaire a déclarée à l'assureur.

Spécialiste : Un médecin exerçant une spécialité de la médecine et légalement licencié par l'organisme provincial responsable.

Titulaire : L'Association des Pompiers de Montréal inc.

Veuve : Toute conjointe d'un membre décédé de l'Association des Pompiers de Montréal inc.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

ASSURANCE

ADMISSIBILITÉ

Une personne devient admissible à titre de participant à l'une des dates suivantes :

- a) dès la prise d'effet du contrat, s'il répond aux conditions indiquées au Tableau sommaire, ou
- b) dans tous les autres cas, à la date à laquelle il répond aux conditions indiquées au Tableau sommaire.

Personnes à charge

Une personne à charge devient admissible à l'assurance à la plus éloignée des dates suivantes :

- a) La date à laquelle le membre dont elle est à charge est admissible à l'assurance;
- b) La date à laquelle elle répond pour la première fois à la définition d'une personne à charge du présent contrat;
- c) Le lendemain de sa sortie de l'hôpital, si elle est hospitalisée à la date à laquelle elle serait normalement admissible. Toutefois, cette restriction ne s'applique pas pour la garantie d'assurance vie ou dans le cas d'un nouveau-né.

DEMANDE DE PARTICIPATION

Tout membre admissible à l'assurance doit remplir une demande de participation pour lui-même et pour chacune des personnes à sa charge, à la date respective de leur admissibilité, au moyen des formulaires fournis par le gestionnaire.

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

Que la participation au régime soit obligatoire ou facultative, l'assurance d'un membre et, s'il y a lieu, celle de ses personnes à charge prennent effet à l'une des dates suivantes :

- a) La date d'admissibilité, si la demande de participation est reçue par le gestionnaire avant cette date ou dans les soixante (60) jours qui suivent cette date;
- b) Dans les autres cas, si l'assureur accepte les preuves d'assurabilité exigibles, la date d'acceptation des preuves par l'assureur. Le membre doit fournir ces preuves sans aucuns frais de la part de l'assureur.

Cependant, si le membre n'est pas effectivement au travail à la date à laquelle l'assurance aurait dû prendre effet, l'assurance ne prend effet qu'à la date à laquelle le membre retourne effectivement au travail.

FIN DE L'ASSURANCE

Participant

L'assurance du participant se termine d'office à la première des dates suivantes :

- a) La date de résiliation de la garantie ou du contrat;
- b) La date à laquelle le participant atteint l'âge limite indiqué au Tableau sommaire, le cas échéant;

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

- c) La date du décès du participant;
- d) La plus éloignée des dates suivantes :
 - i) la date indiquée sur un avis écrit reçu du titulaire;
 - ii) la date de réception de cet avis par le gestionnaire.
- e) La date à laquelle le participant est incarcéré suite à la commission d'un acte criminel pour lequel il a été reconnu coupable;
- f) La date à laquelle le participant cesse d'être effectivement au travail selon la définition du présent contrat sauf dans les cas suivants :
 - i) Si le participant n'est pas effectivement au travail par suite d'une maladie ou d'une blessure accidentelle, il est réputé être à l'emploi de l'employeur tant qu'il répond à la définition d'invalidité prévue au présent contrat;
 - ii) Si la cessation temporaire d'emploi est attribuable à une grève ou un lock-out, l'assurance est maintenue intégralement pour une période n'excédant pas trente (30) jours pour tous les participants à condition que les primes continuent d'être versées et qu'il n'y ait aucune sélection individuelle.

L'assurance peut cependant être résiliée ou modifiée dans les sept (7) premiers jours de l'événement, si le titulaire en fait la demande par écrit à l'assureur et s'il y a entente entre les deux parties. La résiliation ou la modification prend effet à la date de réception de la demande par l'assureur;
 - iii) Si le participant n'est plus effectivement au travail en raison d'un congé pris conformément à une loi provinciale ou fédérale, l'assurance est maintenue intégralement pour la période maximale prévue à cette loi, à condition que les primes continuent d'être versées.
 - iv) Si le participant n'est plus effectivement au travail pour toute autre cause que celles qui sont mentionnées ci-dessus, le titulaire peut, dans les trente et un (31) jours de la cessation d'emploi, demander de prolonger l'assurance, pour une période maximale de six (6) mois après la date réelle de cessation d'emploi.

Toutefois, l'assureur se réserve le droit de mettre fin à toute prolongation d'assurance énoncée au présent article moyennant un préavis de trente et un (31) jours au titulaire.

Personnes à charge

À moins d'indication contraire au Tableau sommaire, l'assurance d'une personne à charge se termine à la première des dates suivantes :

- a) La date à laquelle le participant, dont elle est à charge, cesse d'être assuré en vertu du contrat.
- b) La date à laquelle la personne à charge ne répond plus à la définition de personnes à charge du présent contrat. (Dans le cas des veuves, seuls les enfants à charge du membre décédé sont admissibles à l'assurance, si cette dernière était en vigueur au moment du décès du membre.)

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

- c) La plus éloignée des dates suivantes :
- i) la date indiquée sur un avis écrit reçu du titulaire;
 - ii) la date de réception de cet avis par le gestionnaire.

Les dispositions ci-dessus sont également applicables en cas de résiliation partielle de l'assurance par suite de la résiliation d'une ou de plusieurs garanties.

MODIFICATION AU MONTANT D'ASSURANCE

Le titulaire est tenu d'aviser immédiatement par écrit l'assureur, au moyen des formulaires prévus à cette fin, de tout événement susceptible de modifier l'assurance du participant. La modification de l'assurance prend effet à la date réelle de l'événement. Toutefois, en cas d'augmentation de l'assurance, la modification prend effet à la dernière des dates suivantes :

- a) La date réelle de l'événement, si l'assureur reçoit l'avis avant cette date, à condition que le participant soit alors effectivement au travail;
- b) La date à laquelle l'assureur reçoit l'avis écrit, si cet avis lui parvient après la date de l'évènement, à condition que le participant soit alors effectivement au travail;
- c) La date à laquelle l'assureur accepte les preuves d'assurabilité que le participant doit soumettre pour tout montant d'assurance qui excède le maximum sans preuve d'assurabilité indiqué au Tableau sommaire, le cas échéant, à condition que le participant soit alors effectivement au travail.

Cependant, si le participant n'est pas effectivement au travail à la date à laquelle la modification aurait dû prendre effet, la modification ne prend effet qu'à la date de son retour au travail.

PRESTATIONS

DEMANDE DE RÈGLEMENT ET DÉLAI

♦ **Assurance maladie complémentaire et Assurance soins dentaires :**

Toute demande de règlement doit être transmise au gestionnaire dans les quinze (15) mois suivants la fin de l'année civile au cours de laquelle le sinistre donnant droit à des prestations est survenu, au moyen des formulaires fournis par le gestionnaire et, s'il y a lieu, avec les preuves écrites satisfaisantes.

♦ **Autres garanties :**

Toute autre demande de règlement doit être faite sur les formulaires fournis à cet effet par le gestionnaire.

L'assureur se réserve le droit d'exiger des preuves ou renseignements additionnels.

Toute demande soumise après un délai de quatre-vingt-dix (90) jours et pendant que le contrat est en vigueur limite la responsabilité de l'assureur à la période de quatre-vingt-dix (90) jours précédant la date de réception de la demande écrite.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

DROIT DE RECOUVREMENT

Si la personne assurée peut réclamer à un tiers des indemnités suite à une maladie ou une blessure accidentelle donnant droit à des prestations payables en vertu des garanties du présent contrat, l'assureur a le droit de recouvrer auprès de toute personne, incluant la personne assurée, de tout assureur ou de tout autres organismes les indemnités que la personne assurée aurait reçues ou auxquelles elle aurait eu droit, sous réserve toutefois du maximum des indemnités payables en vertu des garanties du présent contrat.

L'assureur peut exiger du participant qu'il signe la *Promesse de remboursement* et qu'il remplisse le *Questionnaire complémentaire*. Si le participant ne fait pas parvenir à l'assureur les documents dûment remplis dans les trente (30) jours de la demande, les prestations payables en vertu du présent contrat ne lui seront versées que lorsqu'il aura satisfait aux exigences prescrites.

EXAMEN MÉDICAL

L'assureur a le droit de faire examiner, à ses frais et aussi souvent qu'il le juge nécessaire, la personne pour qui une demande de règlement est faite et de recevoir le rapport de tout médecin ou de tout dentiste qui l'aura examinée.

Le défaut de se présenter à un tel examen fait perdre à la personne assurée le droit aux prestations.

PAIEMENT DES PRESTATIONS

L'assureur paiera les sommes assurées, suivant les conditions du contrat, dans les trente (30) jours qui suivent la date de réception des preuves jugées satisfaisantes par l'assureur.

REMPLACEMENT DE CONTRAT OU D'UNE GARANTIE

DROITS DU PARTICIPANT À LA RÉSILIATION DU PRÉSENT CONTRAT OU D'UNE DE SES GARANTIES

La résiliation du présent contrat ou d'une de ses garanties n'est opposable à aucune demande de prestations fondée sur un décès résultant d'une invalidité garantie à l'époque de sa survenance en vertu de la clause *Exonération des primes* de la garantie ASSURANCE VIE, le cas échéant.

Toutefois, l'assureur n'est pas garant d'une rechute de l'affection invalidante après la résiliation de la garantie, si :

- a) Le participant n'est plus invalide depuis plus de quatre-vingt-dix (90) jours de la cessation de la première invalidité; ou
- b) le participant a été pris en charge par un autre assureur au titre d'un contrat d'assurance comportant des garanties comparables; ou
- c) le participant compte, après la résiliation de la garantie, trente (30) jours de travail à plein temps à des fonctions d'une catégorie couverte par la nouvelle police.

Dans tous les cas, l'affection invalidante qui a débuté avant la résiliation du contrat n'est pas prise en charge par l'assureur si elle a été déclarée à l'assureur plus de six (6) mois après sa survenance.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

DROITS DES PERSONNES ASSURÉES À LA DATE DE PRISE D'EFFET DU PRÉSENT CONTRAT OU D'UNE DE SES GARANTIES

Lorsqu'une garantie du présent contrat remplace dans les trente et un (31) jours une garantie comparable couvrant le même groupe en entier ou en partie, les personnes assurées au titre de l'ancienne garantie sont assurées de plein droit par la garantie du présent contrat à compter de la plus éloignée des dates suivantes :

- a) La date à laquelle leur assurance prend fin en vertu de l'ancienne garantie;
- b) La date de prise d'effet de la nouvelle garantie, si :
 - i) la fin de leur assurance est exclusivement attribuable à la résiliation de l'ancienne garantie, et
 - ii) elles appartiennent à une catégorie prise en charge par la nouvelle garantie.

Toute personne assurée au titre de l'ancienne garantie ne peut être refusée à la nouvelle ni être privée de prestations uniquement en raison d'une exclusion d'antécédents médicaux qui a été une clause sans effet dans l'ancienne garantie ou parce que la personne n'est pas activement au travail à la date de prise d'effet de la nouvelle garantie.

Dans le cas où le montant de la prestation de l'ancienne garantie serait inférieur à celui de la nouvelle, le montant de la prestation d'un participant qui n'est pas au travail à plein temps à la date de prise d'effet de la nouvelle garantie est limité au montant de la prestation de l'ancienne garantie tant et aussi longtemps que ledit participant ne compte pas trente (30) jours de travail à plein temps à des fonctions d'une catégorie couverte par la nouvelle garantie.

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT

OBJET DE LA GARANTIE

Au décès du participant, l'assureur s'engage à verser au bénéficiaire le capital assuré indiqué au Tableau sommaire, selon la catégorie à laquelle appartient le participant et sous réserve des conditions ci-après énoncées.

DROIT DE TRANSFORMATION

Le participant qui n'a pas atteint l'âge de soixante-cinq (65) ans et dont l'assurance collective est résiliée par suite de la cessation de son emploi ou de son appartenance au groupe, et non pas de la résiliation du présent contrat (sous réserve toutefois des dispositions de la loi à cet effet), peut transformer, dans les trente et un (31) jours qui suivent la date de cette résiliation, la totalité ou une partie de sa protection d'assurance vie en une police d'assurance vie individuelle d'un genre habituellement émis par l'assureur, et sans soumettre de preuve d'assurabilité.

Le participant qui n'a pas atteint l'âge de soixante-cinq (65) ans et dont le capital d'assurance vie est réduit suite au changement de statut de pompier actif à retraité peut transformer, dans les trente et un (31) jours qui suivent la date de la réduction, la différence entre le capital assuré avant la retraite et un capital assuré à la retraite en une police d'assurance vie individuelle d'un genre habituellement émis par l'assureur, et sans soumettre de preuve d'assurabilité.

Le participant peut choisir l'un des types d'assurance suivants :

- a) permanente;
- b) temporaire à soixante-cinq (65) ans;
- c) temporaire un (1) an et transformable en assurance permanente ou temporaire à soixante-cinq (65) ans à la fin de la période d'un (1) an.

Dans tous les cas, le montant d'assurance de la police individuelle est le moindre des montants suivants, que le participant soit assuré en vertu de plus d'une garantie d'assurance vie, d'assurance vie facultative ou par plus d'une police d'assurance collective établies par l'assureur :

- a) Le montant choisi par le participant lors de la transformation;
- b) Le montant pour lequel le participant était assuré immédiatement avant la fin de son assurance;
- c) La différence entre le montant pour lequel le participant était assuré immédiatement avant la fin de son assurance et le montant auquel il est admissible en vertu d'un nouveau contrat d'assurance vie collective;
- d) Quatre cent mille dollars (400 000 \$).

Cette police d'assurance individuelle ne contient aucune clause d'invalidité et la prime est basée sur les taux de l'assureur alors en usage et qui sont applicables au plan et au montant de telle police, selon l'âge atteint du participant et la classe de risque à laquelle il appartient.

Ladite police n'est émise que si une demande écrite à cet effet et si un dépôt couvrant la prime mensuelle d'une police temporaire un (1) an sont reçus par l'assureur dans les trente et un (31) jours suivant la date de la fin de l'assurance du participant et ne prend effet qu'à l'expiration de cette période.

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT (suite)

Advenant le décès d'un participant pendant la période de trente et un (31) jours suivant la date de la fin de son assurance, l'assureur paie un montant égal au montant d'assurance transformable avant la date de la fin de son assurance.

DÉFINITION PARTICULIÈRE

Invalidité : L'incapacité totale et continue du participant, par suite d'une maladie ou d'une blessure accidentelle qui l'empêche de faire quelque travail que ce soit contre rémunération ou profit.

L'invalidité n'est reconnue qu'à la condition que le participant ne reçoive aucune rémunération directe ou indirecte d'un travail, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation approuvé par l'assureur.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Les dispositions de la présente garantie prévalent sur toute disposition contraire des CONDITIONS GÉNÉRALES.

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

OBJET DE LA GARANTIE

Un participant peut obtenir un montant d'assurance vie facultative à la condition d'en faire la demande et de fournir les preuves d'assurabilité jugées nécessaires par l'assureur.

Le capital assuré en vertu de la présente garantie est indiqué au Tableau sommaire, selon la catégorie à laquelle le participant appartient et selon le volume qu'il aura préalablement choisi.

L'assureur s'engage à verser au bénéficiaire le capital assuré au moment du décès, sous réserve des conditions ci-après énoncées.

STATUT DE NON-FUMEUR

Le participant qui désire bénéficier du taux préférentiel accordé aux non-fumeurs doit faire une déclaration de non-fumeur sur sa demande de participation à l'assurance vie facultative.

Définition

Pour être reconnu comme non-fumeur, le participant ne doit pas avoir fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit au cours des douze (12) mois qui précèdent la date de la signature de sa demande de participation à la présente garantie.

Fausse déclaration

Le participant qui déclare être non-fumeur sur sa demande de participation ou sur sa dernière déclaration d'assurabilité, si elle est plus récente, alors qu'il est un fumeur selon la définition ci-dessus, fait une fausse déclaration.

S'il est établi, après le décès du participant, que ce dernier a fait une fausse déclaration, l'assurance vie facultative de ce participant est nulle et sans effet et aucune somme n'est payable en vertu de la présente garantie pour ce participant.

Changement de statut

L'assureur se réserve le droit d'exiger du participant qu'il fournisse de nouveau une déclaration de son statut de non-fumeur chaque fois que des preuves d'assurabilité deviennent exigibles.

EXCLUSION

Si un participant se suicide, qu'il soit sain d'esprit ou non, alors qu'il est assuré depuis moins de vingt-quatre (24) mois consécutifs en vertu de la présente garantie, l'assureur ne rembourse que les primes perçues pour ce participant et ce remboursement le libère de toutes obligations en vertu des présentes.

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU PARTICIPANT (suite)

Le délai de vingt-quatre (24) mois recommence à courir à la date où

- a) l'assurance vie facultative est remise en vigueur;
- b) le volume d'assurance vie facultative est augmenté à la demande du participant, mais uniquement pour le montant d'assurance additionnel.

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

Toute autre disposition de la garantie ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT fait partie intégrante de la présente garantie.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Les dispositions de la présente garantie prévalent sur toute disposition contraire des CONDITIONS GÉNÉRALES.

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

OBJET DE LA GARANTIE

Au décès d'une personne à charge, l'assureur s'engage à verser au participant les prestations prévues aux présentes, sous réserve des conditions énoncées ci-après.

Le capital assuré est indiqué au Tableau sommaire, selon la catégorie à laquelle appartient le participant.

PROLONGATION DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE AU DÉCÈS DU PARTICIPANT

- Catégorie 630

Au décès du participant, l'assurance des personnes à charge est prolongée, sans paiement des primes, jusqu'à la première des dates suivantes :

- a) Vingt-quatre (24) mois après le décès du participant;
- b) La date à laquelle l'assurance des personnes à charge aurait pris fin si le participant avait été vivant;
- c) La date de résiliation de la garantie ou du contrat.

- Catégories 200, 201, 202, 210, 211, 212, 220, 221, 222, 600, 601, 610, 611, 620, 621

Au décès du participant, l'assurance des personnes à charge est prolongée, avec paiement des primes, jusqu'à la première des dates suivantes :

- a) La date à laquelle l'assurance des personnes à charge aurait pris fin si le participant avait été vivant;
- b) La date de résiliation de la garantie ou du contrat.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Les dispositions de la présente garantie prévalent sur toute disposition contraire des CONDITIONS GÉNÉRALES.

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DES PERSONNES À CHARGE

OBJET DE LA GARANTIE

Un participant peut obtenir pour ses personnes à charge un montant d'assurance vie facultative à la condition d'en faire la demande et de fournir les preuves d'assurabilité jugées nécessaires par l'assureur.

Le capital assuré en vertu de la présente garantie est indiqué au Tableau sommaire, selon la catégorie à laquelle le participant appartient et selon le volume qu'il aura préalablement choisi.

L'assureur s'engage à verser au participant le capital assuré au moment du décès, sous réserve des conditions ci-après énoncées.

STATUT DE NON-FUMEUR

Le conjoint qui désire bénéficier du taux préférentiel accordé aux non-fumeurs doit faire une déclaration de non-fumeur sur sa demande de participation à l'assurance vie facultative.

Définition

Pour être reconnu comme non-fumeur, le conjoint ne doit pas avoir fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit au cours des douze (12) mois qui précèdent la date de la signature de sa demande de participation à la présente garantie.

Fausse déclaration

Le conjoint qui déclare être non-fumeur sur sa demande de participation ou sur sa dernière déclaration d'assurabilité, si elle est plus récente, alors qu'il est un fumeur selon la définition ci-dessus, fait une fausse déclaration.

S'il est établi, après le décès du conjoint, que ce dernier a fait une fausse déclaration, l'assurance vie facultative de ce conjoint est nulle et sans effet et aucune somme n'est payable en vertu de la présente garantie pour ce conjoint.

Changement de statut

L'assureur se réserve le droit d'exiger du conjoint qu'il fournisse de nouveau une déclaration de son statut de non-fumeur chaque fois que des preuves d'assurabilité deviennent exigibles.

EXCLUSION

Si la personne assurée se suicide, qu'elle soit saine d'esprit ou non, alors qu'elle est assurée depuis moins de vingt-quatre (24) mois consécutifs en vertu de la présente garantie, l'assureur ne rembourse que les primes perçues pour cette personne et ce remboursement le libère de toutes obligations en vertu des présentes.

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DES PERSONNES À CHARGE (suite)

Le délai de vingt-quatre (24) mois recommence à courir à la date où

- a) l'assurance vie facultative est remise en vigueur;
- b) le volume d'assurance vie facultative de la personne assurée est augmenté à la demande du participant, mais uniquement pour le montant d'assurance additionnel.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Les dispositions de la présente garantie prévalent sur toute disposition contraire des CONDITIONS GÉNÉRALES.

ASSURANCE-MÉDICAMENTS

OBJET DE LA GARANTIE

L'assureur s'engage à rembourser les frais relatifs à la protection prévue par le RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS du Québec, pour les personnes résidant au Québec et qui sont inscrites à la Régie de l'assurance-maladie du Québec (ci-après appelée la Régie), sans égard au risque relié à leur état de santé.

Cette protection est obligatoire pour tout membre ou retraité et ses personnes à charge admissibles au présent contrat, sous réserve des dispositions de la Loi sur l'assurance-médicaments.

La protection offerte est conforme aux dispositions pertinentes de la Loi sur l'assurance-médicaments et à toute autre disposition prévue au Tableau sommaire, selon la catégorie à laquelle appartient le participant.

Toute modification à la Loi sur l'assurance-médicaments touchant le RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS du Québec modifiera également les dispositions pertinentes du présent contrat.

DÉFINITIONS PARTICULIÈRES

Franchise

La franchise, le cas échéant, est la part du coût des services pharmaceutiques et des médicaments qu'une personne assurée conserve entièrement à sa charge. Le montant maximal de la franchise exigible est indiqué au Tableau sommaire.

Remboursement

L'assureur rembourse un certain pourcentage des frais couverts qui ont été engagés, après avoir déduit la franchise, le cas échéant, tel qu'indiqué au Tableau sommaire.

Coassurance

La coassurance, le cas échéant, est la proportion du coût des services pharmaceutiques et des médicaments qui demeure à la charge de la personne assurée jusqu'à concurrence de la contribution maximale.

Contribution maximale

La contribution maximale est le montant total assumé par une personne assurée, au-delà duquel le coût des services pharmaceutiques et des médicaments est assumé entièrement par l'assureur. La contribution maximale est indiquée au Tableau sommaire.

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES POUR LES PERSONNES DE 65 ANS ET PLUS

Le choix d'une personne de soixante-cinq (65) ans et plus de s'assurer auprès de la Régie pour le RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS est irrévocable.

Dans le présent contrat, les personnes de soixante-cinq (65) ans et plus sont présumées être couvertes en vertu du RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS de la Régie, ainsi que les personnes à charge d'un participant de soixante-cinq (65) ans ou plus, quel que soit leur âge. **(Cette disposition ne s'applique pas aux personnes assurées des catégories 202, 212 et 222.)**

ASSURANCE-MÉDICAMENTS (suite)

Par ailleurs, l'assureur se réserve le droit de modifier les taux de la présente garantie pour toute personne de soixante-cinq (65) ans et plus qui est admissible à l'assurance en vertu du présent contrat et qui choisit de s'assurer en vertu de la présente garantie.

Nonobstant toute autre disposition à l'effet contraire, cette garantie ne prévoit aucune cessation en raison de l'âge du participant ou d'une personne à charge.

FRAIS COUVERTS

Les frais couverts sont les suivants, à condition de n'avoir été engagés qu'après la date de prise d'effet de l'assurance :

Les services pharmaceutiques, soit le service d'exécution d'une ordonnance ou de son renouvellement, et les médicaments admissibles selon la liste des médicaments de la Régie qui sont fournis au Québec par un pharmacien, sur ordonnance d'un médecin, d'un résident en médecine ou d'un dentiste. Tout autre médicament prévu par règlement, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminées par un règlement, fait partie des frais couverts.

Cette garantie ne couvre pas le coût des services pharmaceutiques et des médicaments qu'une personne assurée peut obtenir et auxquels elle a droit en vertu de toute autre loi ou de tout autre régime gouvernemental.

EXCLUSION

Aucune, sauf si prévu par la Loi sur l'assurance-médicaments ou l'un de ses règlements.

COORDINATION DES PRESTATIONS

Telle que prévue dans la clause *Coordination des prestations* de la garantie ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Les dispositions de la présente garantie prévalent sur toute disposition contraire des CONDITIONS GÉNÉRALES.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

OBJET DE LA GARANTIE

L'assureur s'engage à rembourser les frais pour les soins et services engagés par suite d'une blessure accidentelle, d'une maladie ou d'une grossesse, sous réserve des conditions ci-après énoncées.

DÉFINITIONS PARTICULIÈRES

Hôpital : Hôpital désigne une institution de soins de courte durée

- a) légalement reconnue comme telle;
- b) destinée aux soins des patients alités; et
- c) qui assure en tout temps les services de médecin et d'infirmière autorisée.

Les unités dans les hôpitaux réservées aux soins des convalescents ou des personnes atteintes de maladies chroniques sont exclues.

Maison de réadaptation, maison de convalescence ou maison de soins pour malades chroniques : Ces termes désignent une institution ou une unité de soins

- a) légalement reconnue comme telle; et
- b) destinée aux soins des patients alités.

Les établissements de soins infirmiers, les maisons pour personnes âgées, les maisons de repos, les centres d'hébergement et les centres pour alcooliques et toxicomanes sont exclus.

Prothèse : Appareil destiné à remplacer, en tout ou en partie, un membre ou un organe.

Orthèse ou appareil orthopédique : Appareil appliqué à un membre ou à une partie du corps pour corriger une déficience fonctionnelle.

Appareils thérapeutiques ou appareils médicaux : Appareils couramment utilisés selon les normes du fabricant et reconnus spécifiquement pour le traitement immédiat d'une condition pathologique suite à une maladie ou un accident, tels que les appareils pour le contrôle de la douleur, le prolongement de la physiothérapie et l'administration d'un médicament, les appareils d'assistance respiratoire et de diagnostic, excluant les appareils orthopédiques et les stéthoscopes.

HOSPITALISATION AU CANADA

L'assureur rembourse la partie des frais d'hospitalisation engagés au Canada qui excède le montant remboursé par les régimes gouvernementaux, jusqu'à concurrence du maximum quotidien indiqué au Tableau sommaire et sans limites quant au nombre de jours d'hospitalisation.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

FRAIS D'URGENCE HORS DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE

L'assureur rembourse les frais d'hospitalisation et les frais médicaux et chirurgicaux hors de la province de résidence de la personne assurée, en cas d'urgence, pour la partie des frais qui est admissible et qui excède le montant payé par un régime provincial d'assurance maladie auquel doit participer toute personne assurée.

Les frais doivent être rendus nécessaires en raison d'une maladie subite et inattendue ou d'un accident survenu au cours des premiers cent quatre-vingt-deux (182) jours d'un séjour hors de la province de résidence.

De plus, si la personne assurée est hospitalisée hors du Canada, elle doit contacter le SERVICE D'ASSISTANCE MÉDICALE dès qu'il est possible de le faire, sans quoi l'assureur se réserve le droit de terminer la couverture.

En l'absence de contre-indication médicale, l'assureur peut exiger le rapatriement de toute personne assurée ou son transfert à un lieu de traitement différent. Le rapatriement doit être recommandé et planifié par la firme d'assistance médicale. Le refus de suivre une recommandation de rapatriement libère l'assureur de toute responsabilité relativement aux frais engagés par la suite.

Le maximum global que rembourse l'assureur pour les frais engagés hors de la province de résidence est indiqué au Tableau sommaire.

FRAIS MÉDICAUX AU CANADA

Les frais couverts sont les suivants, à condition de n'avoir été engagés qu'après la date de prise d'effet de l'assurance :

- a) Les services, soins et traitements prescrits au préalable par un médecin :
 - i) Services rendus au domicile de la personne assurée par un infirmier autorisé ou un infirmier auxiliaire qui n'a aucun lien de parenté avec la personne assurée et qui ne demeure habituellement pas avec elle, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.

Les services ne sont pas admissibles lorsque les soins effectivement fournis :

 - sont principalement des soins de garde; ou
 - ont principalement pour but d'aider la personne couverte dans l'exercice des activités de la vie quotidienne ou de dispenser des médicaments par voie buccale; ou
 - pourraient être efficacement dispensés par une personne qui n'a pas les qualifications professionnelles décrites ci-dessus;
 - ii) Service ambulancier professionnel pour le transport d'urgence jusqu'à l'hôpital le plus proche équipé pour fournir les traitements nécessaires ou pour le transport depuis l'hôpital, lorsque l'état de la personne assurée empêche l'utilisation d'un autre moyen de transport;
 - iii) Oxygène et location d'appareils en vue de son administration;
 - iv) Médicaments disponibles au Canada qui ne peuvent être obtenus que sur l'ordonnance d'un médecin ou d'un chirurgien dentiste et vendus par un pharmacien licencié, à l'exception des produits exclus à l'article *Exclusions et réductions* de la présente garantie;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Les médicaments cardiotropes, antiasthmatiques, antidiabétiques, antiparkinsoniens et anticoagulants ainsi que tous les produits pharmaceutiques reliés au traitement de la fibrose kystique sont considérés comme médicaments admissibles pourvu qu'ils soient prescrits par un médecin et vendus par un pharmacien licencié;

Les vaccins et immunisations à titre préventif contre les maladies contagieuses sont également considérés comme médicaments admissibles, pourvu qu'ils soient administrés par un médecin;

Ces médicaments sont payables en complémentarité des médicaments payables en vertu de la garantie d'assurance-médicaments du présent contrat, le cas échéant;

- v) Achat de membres artificiels et de prothèses oculaires pour perte subie en cours d'assurance;
- vi) Location ou achat d'un fauteuil roulant (excluant un fauteuil électrique sauf pour un quadriplégique), d'un lit d'hôpital (excluant un lit électrique) et de tout autre appareil thérapeutique (excluant les piles), à condition que ces frais soient préalablement approuvés par l'assureur;

Dans le cas des oreillers orthopédiques et des coussins de type *Obusforme*, les frais sont limités à un (1) article à vie.
- vii) Achat d'un tensiomètre, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire;
- viii) Achat de prothèses mammaires, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire;
- ix) Séjour dans une maison de réadaptation, une maison de convalescence ou une maison de soins pour malades chroniques dûment autorisées par un organisme gouvernemental approprié, si la personne assurée est sous les soins d'un médecin ou d'un infirmier autorisé, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire, à condition que ce séjour commence moins de sept (7) jours après la fin d'une hospitalisation;
- x) Frais de chaussures orthopédiques obtenues dans un laboratoire orthopédique spécialisé détenteur d'un permis émis par les autorités légales, décrits ci-après, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire :
 - Le coût d'une modification à une chaussure conventionnelle ou le coût d'achat, réparation, modification, ajustement d'une orthèse ou d'éléments correctifs ajoutés à une chaussure conventionnelle;
 - Le coût d'achat d'une chaussure orthopédique;
- xi) Frais de stérilets, insérés par un médecin;
- xii) Frais de laboratoire et de radiographies à des fins de diagnostic faits dans un établissement commercial;
- xiii) Achat ou location d'appareils orthopédiques autres que souliers orthopédiques et orthèses podiatriques qui sont obtenus dans un établissement ou dans un laboratoire reconnu et qui sont requis à la suite d'une lésion corporelle ou d'une maladie. L'achat doit être effectué pendant que la présente garantie est en vigueur;
- xiv) Achat de soutien-gorge chirurgical suite à une mastectomie, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

- xv) Achat ou location de béquilles, achat de bandes herniaires, corsets, attelles, plâtres et pansements chirurgicaux;
 - xvi) Achat de prothèses capillaires suite à une chimiothérapie, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire. Pour les enfants à charge, l'achat de prothèses capillaires est également couvert dans le cas de pelade et d'alopécie congénitale, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire;
 - xvii) Frais pour injections sclérosantes;
 - xviii) Achat d'un dextromètre ou d'un glucomètre lorsque l'état de la personne assurée le nécessite, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire;
 - xix) Location d'une salle d'opération et produits anesthésiques, si la loi le permet;
- b) Les soins dentaires donnés hors de l'hôpital par un dentiste et rendus nécessaires par suite d'une blessure accidentelle aux dents naturelles, saines et entières, survenue en cours d'assurance, selon le tarif normal suggéré pour un généraliste;
- Seuls les soins reçus au cours des douze (12) mois qui suivent l'accident sont couverts. Les autres frais dentaires sont exclus.
- c) Les honoraires pour les soins paramédicaux donnés par l'un des spécialistes indiqué au Tableau sommaire et jusqu'à concurrence des maximums indiqués au Tableau sommaire.
- Les soins paramédicaux doivent être donnés par une personne dûment autorisée, par l'organisme provincial ou fédéral responsable, à pratiquer sa profession dans les limites définies par les règles de cette profession.
- Les frais de radiographies d'un chiropraticien, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.
- d) Les frais de prothèses auditives suivants : L'achat initial, le remplacement ou la réparation d'une prothèse auditive ou d'accessoires connexes (à l'exception des piles) et les services professionnels d'un audioprothésiste, par suite de l'achat de cette prothèse, s'ils sont prescrits par un médecin, un audiologiste ou un orthophoniste.
- Les frais couverts sont cependant limités au maximum indiqué au Tableau sommaire.
- e) Examens de la vue faits par un ophtalmologiste ou un optométriste pour les personnes assurées âgées de dix-huit (18) ans à soixante-quatre (64) ans inclusivement, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.
- f) Les frais oculaires suivants sont couverts, s'il en est fait mention au Tableau sommaire, et s'ils sont prescrits par un ophtalmologiste ou un optométriste :
- i) Lunettes (verres correcteurs et monture), ou lentilles cornéennes, au choix de la personne assurée, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

- ii) Chirurgie au laser.
- g) Frais pour traitements non disponibles au Québec - Les frais encourus par la personne assurée, à l'extérieur de la province de résidence, pour des soins ou traitements recommandés par son médecin traitant alors que les soins ou traitements ne sont pas disponibles à l'intérieur de sa province de résidence.

Les frais admissibles comprennent :

- i) les frais pour chambre et pension à l'hôpital dans une salle commune ainsi que tous les autres soins et traitements reçus de l'hôpital;
- ii) les honoraires d'un médecin.

EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS

- a) La présente garantie ne couvre pas les éléments suivants :
 - i) Tous les frais payables ou remboursables en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou qui habituellement l'auraient été si une demande de règlement avait été soumise;
 - ii) Tous les frais résultant de toute blessure ou maladie qui résulte d'une agitation civile, d'une insurrection ou d'une guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou de la participation à une émeute, de la commission d'une infraction criminelle ou de la tentative d'infraction criminelle;
 - iii) Tout traitement ou appareil visant à corriger la dimension verticale, ou toute dysfonction du joint temporo-mandibulaire (à l'exception des frais pour plaque occlusale);
 - iv) L'intervention chirurgicale ou le traitement qui n'est pas médicalement nécessaire, qui est donné dans un but esthétique (sauf si ces soins sont nécessaires suite à un accident et qu'ils commencent dans les quatre-vingt-dix [90] jours suivants l'accident) ou dans un but autre que curatif, ou qui excède les soins ordinaires normalement donnés en conformité avec les usages courants de la thérapeutique, de même que les soins qui sont donnés en rapport avec une intervention chirurgicale ou un traitement de nature expérimentale;
 - v) Tous les soins ou traitements inscrits dans le cadre d'un programme de recherche et de développement de produit dont l'usage n'est pas recommandé par le fabricant ou n'est pas conforme aux normes gouvernementales, ou tous les autres frais engagés pour des soins ou traitements non reconnus d'usage courant, usuel et coutumier;
 - vi) La partie des frais en excédent des frais raisonnables et courants normalement engagés dans la région où les soins sont donnés, pour une maladie de même nature et de gravité équivalente;
 - vii) Les soins ou services donnés gratuitement ou qui le seraient à défaut d'assurance ou ceux qui ne sont pas à la charge de la personne assurée;
 - viii) Tout voyage de santé ou cure de repos;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

- ix) Examens physiques périodiques, examens demandés par un tiers, tests de grossesse;
 - x) Frais de transport et de déplacement, frais pour rendez-vous manqués et consultations téléphoniques;
 - xi) Tous les soins ou traitements reliés à la fertilité ou l'infertilité;
 - xii) Les frais d'achat ou de location de tout appareil de confort, de massage et d'accessoires domestiques d'usage non exclusivement médical;
 - xiii) Les frais d'achat de suppléments alimentaires ou nutritifs et les frais engagés pour des traitements contre l'obésité, qu'ils soient ou non prescrits pour une raison d'ordre médical;
 - xiv) Les contraceptifs (autres qu'oraux), sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie, les auxiliaires anti-tabagisme, les stimulants pour la pousse des cheveux, les stéroïdes anabolisants et les hormones de croissance;
 - xv) Les produits suivants, sauf s'ils ne peuvent être obtenus que sur l'ordonnance d'un médecin et vendus par un pharmacien :
 - produits pour l'entretien des lentilles cornéennes;
 - protéines ou suppléments diététiques, acides aminés;
 - aliments pour bébés;
 - rince-bouches, pansements d'usage courant et pastilles;
 - shampooings, huiles, crèmes;
 - produits de toilette y compris les savons, les émoullients;
 - substances adoucissantes et protectrices pour la peau;
 - vitamines ou multivitamines;
 - suppléments ou vitamines prénataux;
 - minéraux;
 - produits homéopathiques;
 - xvi) La contribution au paiement du coût des services pharmaceutiques et des médicaments que doit assumer la personne assurée en vertu de tout régime provincial d'assurance médicaments;
 - xvii) Les frais engagés pour des problèmes de dysfonction érectile.
- b) Le montant de la prestation est diminué de toute prestation payable ou remboursable en vertu d'un régime gouvernemental, collectif ou individuel, ou qui habituellement l'aurait été si une demande de règlement avait été soumise.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

CALCUL DU REMBOURSEMENT

Franchise

La franchise est la partie des frais couverts qui doit être payée par le participant avant que des prestations soient payables en vertu de la présente garantie. Le montant maximal de la franchise exigible au cours d'une année civile est indiqué au Tableau sommaire, le cas échéant.

Remboursement

L'assureur rembourse un certain pourcentage des frais couverts qui ont été engagés au cours d'une année civile, après avoir déduit la franchise applicable à cette année-là, le cas échéant. Ce pourcentage est indiqué au Tableau sommaire.

Maximum par personne assurée

Le maximum global que rembourse l'assureur pour la présente garantie est indiqué au Tableau sommaire.

Coordination des prestations

Le présent article s'applique à toute garantie couvrant des frais pour soins, services ou fournitures. L'expression «garantie» désigne toute garantie qui prévoit des prestations pour soins, services ou fournitures en vertu :

- ◆ de tout régime d'assurance collective, individuelle, familiale, d'assurance voyage, d'assurance des débiteurs et des épargnants,
 - ◆ de tout régime public prévoyant des prestations pour des soins similaires, et
 - ◆ de tout régime d'avantages sociaux non assuré.
- a) Lorsqu'une personne assurée est admissible à recevoir simultanément des prestations en vertu de la présente garantie et de toute autre garantie, la prestation payable pour telle personne assurée suit l'ordre de priorité ci-après :
- i) Les prestations d'une garantie ne contenant pas de clause de coordination des prestations sont payables avant celles qui seraient autrement payables en vertu de la présente garantie;
 - ii) Les prestations de toute garantie contenant une clause de coordination des prestations sont payables, en suivant l'ordre de priorité ci-après, par la garantie en vertu de laquelle la personne assurée se qualifie pour recevoir des prestations :
 - en tant qu'employé; la priorité sera accordée au régime auquel le participant est assuré à titre
 - d'employé en service à plein temps;
 - d'employé en service à temps partiel;
 - de retraité.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

- en tant que conjoint à charge;
 - en tant qu'enfant à charge; la priorité sera accordée comme suit :
 - le régime du parent qui célèbre son anniversaire le premier dans l'année;
 - le régime du parent dont la première lettre du prénom vient en premier dans l'alphabet, si les parents ont tous deux la même date d'anniversaire.
 - en tant qu'enfant à charge de parents séparés ou divorcés; la priorité sera accordée comme suit :
 - le régime du parent ayant la garde de l'enfant;
 - le régime du conjoint du parent ayant la garde de l'enfant;
 - le régime du parent qui n'a pas la garde de l'enfant;
 - le régime du conjoint du parent qui n'a pas la garde de l'enfant.
- b) Selon les conditions du présent article, le montant des prestations payables en vertu de la présente garantie ne peut excéder le montant qui aurait été payable en l'absence de cet article.
- Lorsque, en vertu du présent article, les prestations de la présente garantie sont payables après celles d'une autre garantie, les prestations payables par la présente garantie sont égales au moindre :
- i) du total des prestations qui auraient été payables en l'absence du présent article;
 - ii) du total des frais couverts en vertu du présent contrat, moins les prestations payables par toute autre garantie.
- Les prestations payables en vertu de toute garantie incluent les prestations auxquelles le participant aurait eu droit s'il avait dûment soumis une demande de règlement.
- c) Lorsque des frais pour soins dentaires sont engagés à la suite d'un accident aux dents naturelles, ces frais sont remboursables en premier lieu par toute garantie prévoyant le remboursement des frais engagés dans un tel cas.
- La partie des frais qui n'est pas couverte en vertu de toute garantie prévoyant le remboursement des frais engagés à la suite d'un accident aux dents naturelles est payable selon les stipulations du présent article.

PROLONGATION DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE AU DÉCÈS DU PARTICIPANT

- Catégorie 630

Au décès du participant, l'assurance des personnes à charge est prolongée, sans paiement des primes, jusqu'à la première des dates suivantes :

 - a) Vingt-quatre (24) mois après le décès du participant;
 - b) La date à laquelle l'assurance des personnes à charge aurait pris fin si le participant avait été vivant;
 - c) La date de résiliation de la garantie ou du contrat.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

- Catégories 200, 201, 202, 210, 211, 212, 220, 221, 222, 600, 601, 610, 611, 620, 621
Au décès du participant, l'assurance des personnes à charge est prolongée, avec paiement des primes, jusqu'à la première des dates suivantes :
 - a) La date à laquelle l'assurance des personnes à charge aurait pris fin si le participant avait été vivant;
 - b) La date de résiliation de la garantie ou du contrat.

DROIT DE TRANSFORMATION

Le participant dont l'assurance maladie complémentaire est résiliée en raison de la terminaison de :

- a) son appartenance au groupe,

peut transformer sa garantie d'assurance maladie complémentaire en un contrat d'assurance maladie individuelle sans avoir à fournir des preuves d'assurabilité à l'assureur.

Le contrat d'assurance maladie individuelle qui sera établi respectera les taux et les conditions générales déterminés par l'assureur.

Le participant doit présenter une demande et payer toutes les primes exigées relativement au contrat d'assurance maladie individuelle dans un délai de 60 jours suivant la date de terminaison de son assurance en vertu de la présente police. Si aucune demande n'est présentée et aucune prime n'est payée dans un tel délai de 60 jours, le participant ne pourra être assuré en vertu du contrat d'assurance maladie individuelle.

Le contrat d'assurance maladie individuelle prendra effet à la date à laquelle la demande et la prime auront été reçues par l'assureur.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Les dispositions de la présente garantie prévalent sur toute disposition contraire des CONDITIONS GÉNÉRALES.

ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA

OBJET DE LA GARANTIE

Cette garantie offre à la personne assurée, qui participe déjà à un régime gouvernemental d'assurance maladie, un service d'assistance médicale en cas d'urgence au cours des premiers cent quatre-vingt-deux (182) jours d'un voyage privé ou professionnel, pour toute blessure accidentelle ou maladie survenue hors du Canada, sous réserve des conditions ci-après énoncées.

Afin de se prévaloir de cette garantie, la personne assurée doit obligatoirement être assurée sous la garantie ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE faisant partie de la présente police émise par l'assureur.

DÉFINITIONS PARTICULIÈRES

Autorité médicale : Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où se trouve la personne assurée.

Blessure accidentelle : Une lésion corporelle qui est subie pendant que l'assurance est en vigueur, qui résulte directement et exclusivement d'une cause externe, soudaine, violente et involontaire et qui empêche la continuation normale du voyage.

Membre de la famille immédiate : Le conjoint, le père, la mère, un enfant, un frère ou une sœur de la personne assurée.

Maladie : Toute altération soudaine et imprévisible de la santé constatée par une autorité médicale compétente et qui empêche la continuation normale du voyage, et qui survient pendant que cette garantie est en vigueur.

Centre hospitalier : Centre hospitalier désigne une institution de soins de courte durée :

- a) légalement reconnue comme telle dans le pays où est située l'institution;
- b) destinée aux soins des patients alités;
- c) pourvue d'un laboratoire et d'une salle d'opération;
- d) qui assure vingt-quatre (24) heures par jour les services de médecins diplômés et d'infirmières autorisées.

Cependant, les maisons de réadaptation, de convalescence, de repos ou de soins pour malades chroniques, de même que les unités réservées à cet effet dans les hôpitaux, sont exclues.

Sinistre : Tout événement, blessure accidentelle ou maladie justifiant l'intervention du service d'assistance médicale.

ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA (suite)

ASSISTANCE MÉDICALE

a) Les services médicaux suivants sont disponibles en cas d'urgence suite à une maladie ou à une blessure accidentelle :

i) Accès jour et nuit

- Accès à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit au service téléphonique polyglotte permettant de mettre en contact la personne assurée avec un réseau de spécialistes, pour toutes les urgences associées à son voyage.

ii) Accès médical

- Organiser des consultations avec des médecins généralistes ou des spécialistes afin d'obtenir les meilleurs soins médicaux disponibles dans la région, à la demande de la personne assurée.
- Aider à l'admission dans l'établissement hospitalier le plus proche du lieu de la maladie ou de la blessure accidentelle.
- Vérifier la couverture d'assurance à la demande des médecins et des hôpitaux.

iii) Transport médical

- Organiser et contrôler le transport ou le transfert par tout moyen approprié recommandé par le médecin traitant, en accord avec le service d'assistance médicale, vers un centre hospitalier proche du lieu de la blessure accidentelle ou de la maladie, si l'urgence médicale le nécessite.
- Organiser le rapatriement de la personne assurée à son domicile ou jusqu'à un centre hospitalier près de son domicile après le traitement initial, par tout moyen de transport adéquat et à la condition que son état de santé le nécessite et le permette. Le service d'assistance médicale organise et contrôle le rapatriement par le mode de transport le plus approprié : avion-ambulance, hélicoptère, avion de ligne commerciale, train ou ambulance.
- Les frais engagés pour le transport et le transfert de la personne assurée et décrits aux deux paragraphes précédents seront pris en charge par l'assureur.

iv) Paiement des dépenses médicales et avance de fonds

- Prendre les arrangements nécessaires au paiement des dépenses médicales couvertes en vertu de la garantie ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE faisant partie de la présente police émise par l'assureur pour l'hospitalisation et les soins médicaux et chirurgicaux hors du Canada en cas d'urgence.

Si nécessaire, le service d'assistance médicale avance des fonds, après accord préalable de l'assureur, jusqu'à concurrence de dix mille dollars (10 000 \$), en monnaie légale du Canada, pour le participant et ses personnes à charge assurées.

Toute avance de fonds est redevable par le participant à l'assureur, en un seul versement et selon le taux de change en vigueur à la date à laquelle les fonds ont été avancés, dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivants son retour au pays. En cas de défaut de paiement,

ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA (suite)

l'assureur se réserve le droit de compenser sur les règlements en assurance maladie ou tout autre règlement présenté par le participant ou ses personnes à charge, en vertu de la présente police.

- v) Rapatriement de la dépouille mortelle
- Suite au décès de la personne assurée causé par une maladie ou une blessure accidentelle, le service d'assistance médicale s'occupe des formalités à accomplir sur place et du paiement des frais de traitement «post mortem», de cercueil et du transport du corps jusqu'au lieu d'inhumation au Canada, jusqu'à concurrence de trois mille dollars (3 000 \$) par personne assurée. Les frais d'obsèques ne sont pas à la charge du service d'assistance médicale ou de l'assureur.
- vi) Retour des enfants à charge
- Organiser le rapatriement des enfants de la personne assurée qui ont moins de seize (16) ans et sont privés de surveillance. Le service d'assistance médicale prend les dispositions nécessaires pour organiser et régler le transport en classe touriste des enfants accompagnés, au besoin, à leur lieu de résidence habituel au Canada. Si les billets de voyage de retour ne sont pas périmés, seul le supplément du billet de retour est pris en charge, déduction faite de la valeur des billets.
- vii) Retour d'un membre de la famille immédiate
- Organiser le rapatriement de tout autre membre de la famille immédiate ayant perdu l'usage de son billet d'avion en raison de l'hospitalisation ou du décès de la personne assurée. Le service d'assistance médicale prend les dispositions nécessaires pour organiser et régler le transport en classe touriste d'un membre de la famille immédiate à son lieu de résidence habituel au Canada. Si les billets de voyage de retour ne sont pas périmés, seul le supplément du billet de retour est pris en charge, déduction faite de la valeur des billets.
- viii) Visite d'un membre de la famille immédiate
- Organiser le transport aller-retour en classe touriste d'un membre de la famille immédiate à des fins de visite si la personne assurée est hospitalisée pour une durée minimum de sept (7) jours consécutifs et si ladite visite est bénéfique à la personne assurée, d'après l'avis du médecin traitant.
- ix) Frais de subsistance pour le logement et les repas
- Si le retour est reporté à la suite de l'hospitalisation d'une personne assurée pour une durée de plus de vingt-quatre (24) heures, ou de son décès, les frais de subsistance engagés par elle, par un membre de la famille immédiate l'accompagnant ou par un membre de la famille immédiate lors d'une visite, dans les circonstances définies au paragraphe ci-dessus (*Visite d'un membre de la famille immédiate*), sont remboursables, après approbation préalable de l'assureur, jusqu'à concurrence d'un maximum quotidien de cent cinquante dollars (150 \$) par personne assurée et d'un remboursement global de mille cinq cents dollars (1 500 \$) pour l'ensemble des personnes assurées.
- Le service d'assistance médicale rembourse les frais reliés au logement et aux repas sur réception de reçus explicatifs.

ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA (suite)

- x) Retour du véhicule
 - Le service d'assistance médicale verse une allocation maximale de mille dollars (1 000 \$) pour le retour du véhicule de la personne assurée, qu'il soit privé ou loué, à la résidence de l'assuré ou à l'agence de location appropriée la plus proche.
- xi) Avance de fonds
 - En cas de nécessité, pour obtenir les services décrits aux paragraphes iii), vi), vii), viii), ix) et x), le service d'assistance médicale avance des fonds ou donne des garanties de paiement d'un maximum de mille dollars (1 000 \$) en monnaie légale du Canada. Toute avance de fonds est redevable par le participant à l'assureur, selon le taux de change en vigueur à la date à laquelle les fonds ont été avancés. Ces fonds seront retenus par l'assureur à même les prestations payables, le cas échéant.
- b) Autres services d'assistance voyage disponibles lorsque la personne assurée voyage à l'étranger :
 - i) Service téléphonique de traduction
 - En cas d'urgence, le service d'assistance médicale met à la disposition de la personne assurée des services d'interprète pour les appels téléphoniques dans la plupart des langues étrangères.
 - ii) Service de transmission et de garde de message
 - En cas d'urgence, le service d'assistance médicale transmet, sur demande, un message de la personne assurée à son domicile, à son bureau ou ailleurs, ou conserve pendant quinze (15) jours les messages qui sont destinés à la personne assurée ou aux membres de sa famille immédiate.
 - iii) Assistance juridique
 - En cas d'urgence de cet ordre, le service d'assistance médicale assiste la personne assurée afin d'obtenir de l'aide juridique locale lors d'un accident ou d'une autre cause de défense civile et l'aide également à obtenir une avance de fonds en espèces sur ses cartes de crédit ou par l'entremise de sa famille et de ses amis afin d'acquitter les frais de contentieux et de cautionnement.
 - iv) Information-voyage
 - Le service d'assistance médicale transmet avant, pendant et après le voyage des informations relatives au transport, aux vaccinations et aux précautions à prendre.
 - v) Envoi de médicament
 - Lorsque la personne assurée ne peut trouver sur place un médicament indispensable à la poursuite d'un traitement en cours, le service d'assistance médicale effectue les démarches nécessaires à la recherche et à l'envoi de ces médicaments. Le coût du médicament est remboursé par la personne assurée à moins qu'il ne soit couvert en vertu de la garantie ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE faisant partie de la présente police.

ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA (suite)

- vi) Perte de bagages ou de documents
- Si la personne assurée égare ou se fait voler ses bagages ou documents de voyage, le service d'assistance médicale aide la personne assurée à contacter les autorités compétentes.

EXCLUSIONS

La présente garantie ne couvre pas les éléments suivants :

- a) Tous les frais payables ou remboursables en vertu d'un régime gouvernemental, collectif ou individuel, ou qui habituellement l'auraient été si une demande de règlement avait été soumise;
- b) Tous les frais résultant de toute tentative de suicide ou toute blessure que la personne assurée s'inflige volontairement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
- c) Tous les frais résultant de toute blessure ou maladie qui résulte d'une agitation civile, d'une insurrection ou d'une guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou de la participation à une émeute;
- d) L'intervention chirurgicale ou le traitement qui n'est pas médicalement nécessaire, qui est donné dans un but esthétique ou dans un but autre que curatif, ou qui excède les soins ordinaires normalement donnés en conformité avec les usages courants de la thérapeutique, de même que les soins qui sont donnés en rapport avec une intervention chirurgicale ou un traitement de nature expérimentale;
- e) La partie des frais en excédent des frais raisonnables et courants engagés dans la région où les soins sont donnés, pour une maladie de même nature et de gravité équivalente;
- f) Les soins ou services donnés gratuitement ou qui le seraient à défaut d'assurance ou ceux qui ne sont pas à la charge de la personne assurée;
- g) Tout voyage de santé ou cure de repos.

CERTIFICAT INDIVIDUEL

L'assureur établit une attestation individuelle de participation que le titulaire doit remettre à chaque participant.

DISPOSITIONS

Déclaration du sinistre

La personne assurée doit, aussitôt qu'elle a connaissance du sinistre, user de tous les moyens pour arrêter les progrès de ce sinistre et doit contacter le service d'assistance médicale dès qu'il est possible de le faire, et lui indiquer les circonstances de ce sinistre, ses causes connues ou présumées. De plus, à la demande du service d'assistance médicale, la personne assurée devra fournir un certificat du médecin traitant relatant les conséquences probables de la maladie ou des blessures accidentelles.

ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA (suite)

Prescription

Toute demande de règlement pour un sinistre couvert doit être faite dans les douze (12) mois qui suivent la date du sinistre.

Restitution du billet de retour

Lorsque le transport est pris en charge par le service d'assistance médicale, la personne assurée est tenue de lui remettre soit le billet de retour initialement prévu, soit son remboursement, à défaut de quoi l'assureur retiendra le prix du billet à même les sommes payables à la personne assurée, le cas échéant.

RESPONSABILITÉ DU SERVICE D'ASSISTANCE MÉDICALE

Le service d'assistance médicale est dégagé de toute responsabilité quant aux retards ou aux empêchements à fournir l'assistance médicale dans les cas suivants : grève, guerre civile ou étrangère, invasion, intervention de puissances ennemies, hostilités (que la guerre soit déclarée ou non), rébellion, insurrection, acte de terrorisme, opération militaire ou coup d'État, émeute ou mouvement populaire, retombées radioactives ou tout autre cas de force majeure.

Les médecins, hôpitaux, cliniques, avocats et autres praticiens ou établissements autorisés à qui le service d'assistance médicale adresse des personnes assurées sont, pour la plupart, des entrepreneurs indépendants et de ce fait ils agissent pour leur propre compte, plutôt qu'en qualité d'employés, d'agents ou de subordonnés du service d'assistance médicale.

En outre, le service d'assistance médicale et l'assureur déclinent toute responsabilité à l'égard d'actes professionnels ou de carences imputables à des médecins, hôpitaux, cliniques, avocats ou autres praticiens ou établissements autorisés.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Les dispositions de la présente garantie prévalent sur toute disposition contraire des CONDITIONS GÉNÉRALES.

ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA (suite)

SERVICES OFFERTS PAR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (RAMQ)

Lorsque vous êtes à l'extérieur du Québec, vous avez le droit à des services offerts par la RAMQ si :

- i) Vous résidez au Québec et êtes admissibles au régime de la RAMQ ;
- ii) Vous êtes le titulaire d'une carte d'assurance maladie valide ;
- iii) Vous ne séjournez pas hors du Québec plus de 182 jours (consécutifs ou non) par année civile (du 1^{er} janvier au 31 décembre) et êtes en mesure d'en faire la preuve. Les séjours de moins de 21 jours ne sont pas comptabilisés dans le calcul du 182 jours.

Pour des cas particuliers, la RAMQ peut accepter un séjour excédant 182 jours, mais vous devez en faire la demande avant votre départ.

Pour connaître les différents services et produits remboursés par la RAMQ adressez-vous à :

RAMQ – Montréal 514 864-3411
Ailleurs au Québec (sans frais) : 1 800 561-9749
Site Internet : www.ramq.gouv.qc.ca

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

OBJET DE LA GARANTIE

L'assureur s'engage à rembourser au participant les frais pour les soins dentaires, sous réserve des conditions énoncées ci-après.

DÉFINITIONS PARTICULIÈRES

Généraliste : Dentiste qui exerce sans spécialité à l'intérieur de sa profession.

Spécialiste : Une personne spécialisée dans une des branches de la médecine dentaire et légalement licenciée par l'organisme provincial responsable.

Denturologiste : Personne dûment autorisée par l'organisme provincial responsable à vendre et ajuster des prothèses dentaires.

Frais engagés : Les frais qui correspondent à un acte professionnel déjà posé. Les frais ne sont considérés comme étant engagés qu'une fois le traitement effectué, même si un programme de traitement a été soumis à l'assureur et approuvé par ce dernier.

Dans le cas de prothèses dentaires, les frais ne sont considérés comme étant engagés qu'une fois la mise en place effectuée.

FRAIS DENTAIRES

Les frais couverts sont les frais engagés pour les soins donnés par le généraliste ou recommandés par le généraliste et donnés par le spécialiste. Seuls sont couverts les frais engagés lorsque le contrat est en vigueur. Les frais engagés au Canada sont limités au tarif normal suggéré pour un généraliste de la province où ces traitements sont donnés.

Les frais engagés pour les soins donnés par le denturologiste sont limités au tarif normal suggéré pour un denturologiste de la province où ces traitements sont donnés.

Les frais engagés à l'étranger sont limités au tarif normal suggéré pour un généraliste de la province de résidence de la personne assurée.

Ces frais sont remboursés selon le tarif de l'année qui est indiquée au Tableau sommaire.

ASSURANCE SOINS DENTAIRES (Suite)

Les frais dentaires suivants sont couverts, s'il en est fait mention au Tableau sommaire :

Soins préventifs

- a) Examens et radiographies
 - i) examen buccal complet : un tous les vingt-quatre (24) mois
 - ii) examen de rappel : une fois tous les six (6) mois (au moins six [6] mois après l'examen buccal complet)
 - iii) examens spécifiques ou d'urgence
 - iv) examen de rappel après qu'une période d'au moins douze (12) mois se soit écoulée depuis l'installation d'une prothèse
 - v) tests et examens de laboratoire
 - vi) série complète de radiographies intraorales : une fois tous les vingt-quatre (24) mois
 - vii) série partielle de radiographies intraorales : une fois tous les six (6) mois
 - viii) pellicule panoramique : une fois tous les vingt-quatre (24) mois
- b) Prophylaxie
 - i) polissage : une unité de temps tous les six (6) mois
 - ii) application topique de fluorure : une fois tous les six (6) mois
 - iii) prévention et contrôle de la carie (à l'exception de l'application topique d'agent antimicrobien)
 - iv) scellants de puits et fissures : une fois tous les trois (3) ans, pour les molaires et les prémolaires dans le cas d'un enfant à charge de moins de seize (16) ans
 - v) détartrage
- c) Procédures d'urgence
 - i) pulpotomie
 - ii) infections aiguës
 - iii) incision et drainage

Soins de base

- a) Chirurgie buccale
 - i) extractions simples
 - ii) ablation chirurgicale complexe
 - iii) alvéoloplastie, gingivoplastie et ostéoplastie
 - iv) ablation de kyste ou de tumeur

ASSURANCE SOINS DENTAIRES (Suite)

- v) réduction de fracture
- vi) actes chirurgicaux divers (à l'exclusion de frais supplémentaires pour l'insertion immédiate des prothèses)
- vii) anesthésie générale (en corrélation avec de la chirurgie)
- viii) coût du médicament d'anesthésie
- b) Restaurations
 - i) amalgame, silicate, composite ou acrylique, incluant les tenons
Les enfants de moins de dix (10) ans sont également admissibles au remboursement des restaurations en composite ou acrylique.
- c) Couronnes
 - i) acier inoxydable ou polycarbonate
- d) Endodontie
 - i) coiffage de pulpe
 - ii) pulpotomie
 - iii) traitement de canal
 - iv) apexification
 - v) traitements périapicaux
 - vi) amputation de racine
 - vii) hémisection
 - viii) réimplantation
 - ix) meulage
 - x) traitements d'urgence
- e) Parodontie
 - i) chirurgie parodontale
 - ii) jumelage provisoire
 - iii) services parodontaux complémentaires

Les lissages (surfaçages) radiculaires ainsi que les curetages sont couverts jusqu'à concurrence d'un maximum de trois (3) sextants ou deux (2) quadrants ou jusqu'à concurrence de quatorze (14) dents par année civile. Ils doivent être effectués en entier par le dentiste et ne sont couverts que dans les cas où le sondage des poches parodontales indique quatre millimètres (4 mm) et plus. Dans tous les cas, les radiographies pertinentes et une charte parodontale doivent être soumises.
 - iv) Appareil visant à corriger le bruxisme
- f) Prothèses amovibles ou fixes
 - i) réparations, rebasage, regarnissage ou ajustement d'une prothèse après qu'une période d'au moins trois (3) mois se soit écoulée depuis l'installation

ASSURANCE SOINS DENTAIRES (Suite)

- ii) nettoyage ou polissage d'une prothèse : une fois tous les douze (12) mois
- g) Soins orthodontiques
 - i) Installation et entretien d'un appareil de maintien

Soins majeurs

Les ponts, couronnes et prothèses dentaires reliés à un implant sont admissibles jusqu'à concurrence du montant admissible pour les ponts, couronnes et prothèses dentaires qui ne sont pas reliés à un implant.

a) Prothèses amovibles

Installation initiale d'une prothèse complète ou partielle - Les prothèses initiales amovibles ou fixes sont admissibles à la condition d'être requises suite à l'extraction de dents alors que la personne était assurée en vertu d'une garantie similaire.

Remplacement d'une prothèse temporaire dans les douze (12) mois de l'installation initiale

Remplacement d'une prothèse complète ou partielle - Le remplacement de prothèses amovibles ou fixes est admissible s'il est rendu nécessaire pour l'une des raisons suivantes :

- la prothèse existe depuis au moins trois (3) ans;
- le remplacement d'une prothèse temporaire moins de douze (12) mois après son installation.

b) Prothèses fixes

- i) incrustation en porcelaine
- ii) installation initiale d'un pont fixe
- iii) rétention et support pour un pont fixe
- iv) remplacement d'un pont fixe
- v) Installation initiale d'une couronne
- vi) restauration extensive de la couronne

Si des frais de laboratoire s'appliquent à l'un des procédés des soins majeurs, ces frais sont limités à soixante pour cent (60 %) des honoraires établis pour ce procédé.

Soins orthodontiques

Les frais raisonnables engagés pour des traitements orthodontiques donnés par un orthodontiste dans le but de corriger les irrégularités dentaires :

- a) Surveillance et ajustement
 - i) examen buccal complet
 - ii) orthodontie correctrice

ASSURANCE SOINS DENTAIRES (Suite)

- iii) appareils fixes ou cimentés
- iv) appareils de contrôle des habitudes buccales
- v) appareils de rétention
- vi) traitement compréhensif majeur

Les frais engagés pour la motivation du patient ou pour le remplacement d'un appareil orthodontique ne sont pas admissibles, ainsi que tout traitement orthodontique terminé avant que la personne ne devienne assurée en vertu de la présente garantie.

EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS

- a) La présente garantie ne couvre pas les éléments suivants :
 - i) Tout traitement ou appareil visant à corriger l'occlusion ou la dimension verticale, ou toute dysfonction du joint temporo-mandibulaire;
 - ii) Les soins donnés par un hygiéniste dentaire qui ne sont pas administrés sous la surveillance d'un dentiste;
 - iii) Les soins dentaires couverts en vertu de la garantie d'assurance maladie, si cette garantie fait partie du présent contrat, ou en vertu de tout autre contrat d'assurance collective;
 - iv) Les services et fournitures relatifs au port d'un appareil dans l'exercice d'un sport;
 - v) Tous les frais payables ou remboursables en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou qui habituellement l'auraient été si une demande de règlement avait été soumise;
 - vi) Les soins ou services rendus nécessaires à la suite de toute tentative de suicide ou toute blessure que la personne assurée s'inflige volontairement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
 - vii) Les soins ou services qui résultent d'une agitation civile, d'une insurrection ou d'une guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou de la participation à une émeute;
 - viii) Les soins qui ne sont pas médicalement nécessaires, qui sont donnés dans un but esthétique ou qui excèdent les soins ordinaires normalement donnés en conformité avec les usages courants de la thérapeutique;
 - ix) Les soins ou services donnés gratuitement ou qui le seraient à défaut d'assurance ou ceux qui ne sont pas à la charge de la personne assurée;
 - x) Les implants et les services reliés aux implants tels que, sans toutefois s'y limiter, les services chirurgicaux ;
 - xi) Le remplacement de prothèses perdues ou volées, ainsi que les prothèses amovibles de réserve;
 - xii) Les analyses de diète, les recommandations, les instructions d'hygiène buccale, les programmes de contrôle de la plaque dentaire, les traitements correcteurs relatifs à une malformation congénitale ou évolutive et les rendez-vous manqués

ASSURANCE SOINS DENTAIRES (Suite)

- xiii) Les applications topiques de fluorure pour les personnes âgées de dix-huit (18) ans et plus;
 - xiv) Une série de soins dentaires ayant commencé avant que la personne ne devienne assurée en vertu de la présente garantie.
- b) Le montant de la prestation est diminué de toute prestation payable ou remboursable en vertu d'un régime gouvernemental, collectif ou individuel, ou qui habituellement l'aurait été si une demande de règlement avait été soumise.
- c) Programme de traitement - S'il est prévu que le coût total du traitement dépasse six cents dollars (600 \$) ou que d'autres méthodes de traitement sont disponibles, un programme de traitement doit être soumis à l'assureur qui déterminera, avant le début du traitement, le montant des frais couverts.

Par programme de traitement, on entend une description écrite des traitements nécessaires, selon l'opinion du dentiste, ainsi que les radiographies à l'appui de cette opinion, la date probable et le coût prévu de ces traitements.

MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Preuves

Avant d'effectuer un remboursement, l'assureur peut exiger comme preuve à l'appui, sans aucuns frais de sa part, un diagramme complet montrant l'état de la dentition de la personne assurée avant le début des traitements pour lesquels une demande d'indemnité est faite. L'assureur peut aussi, s'il le juge nécessaire, exiger les rapports de laboratoire ou d'hôpital, radiographies, plâtres, moules ou modèles à des fins d'études ou autres preuves semblables.

Option du type de traitement

S'il existe plus d'un type de traitement pour la condition dentaire de la personne assurée, l'assureur rembourse les frais les moins élevés, à condition toutefois que le traitement donné soit normal et approprié.

CALCUL DU REMBOURSEMENT

Franchise

La franchise est la partie des frais couverts qui doit être payée par le participant avant que des prestations soient payables en vertu de la présente garantie. Le montant maximal de la franchise exigible au cours d'une année civile est indiqué au Tableau sommaire, le cas échéant.

ASSURANCE SOINS DENTAIRES (Suite)

Remboursement

L'assureur rembourse un certain pourcentage des frais couverts qui ont été engagés au cours d'une année civile, après avoir déduit la franchise applicable à cette année-là, le cas échéant. Ce pourcentage est indiqué au Tableau sommaire.

Maximum par personne assurée

Le maximum global que rembourse l'assureur pour la présente garantie est indiqué au Tableau sommaire.

Pour toute personne qui devient assurée plus de trente et un (31) jours après la date d'admissibilité, le remboursement de tous les frais dentaires est limité à deux cent cinquante dollars (250 \$) par personne pour les douze (12) premiers mois d'assurance. De plus, le remboursement des frais d'orthodontie est limité, dans un tel cas, à trois cents (300 \$) par personne assurée au cours des trente-six (36) premiers mois d'assurance.

Coordination des prestations

Le présent article s'applique à toute garantie couvrant des frais pour soins, services ou fournitures dentaires. L'expression «garantie» désigne toute garantie qui prévoit des prestations pour soins, services ou fournitures dentaires en vertu :

- ◆ de tout régime d'assurance collective, individuelle, familiale, d'assurance des débiteurs et des épargnants,
 - ◆ de tout régime public prévoyant des prestations pour des soins similaires, et
 - ◆ de tout régime d'avantages sociaux non assuré.
- a) Lorsqu'une personne assurée est admissible à recevoir simultanément des prestations en vertu de la présente garantie et de toute autre garantie, la prestation payable pour telle personne assurée suit l'ordre de priorité ci-après :
- i) Les prestations d'une garantie ne contenant pas de clause de coordination des prestations sont payables avant celles qui seraient autrement payables en vertu de la présente garantie;
 - ii) Les prestations de toute garantie contenant une clause de coordination des prestations sont payables, en suivant l'ordre de priorité ci-après, par la garantie en vertu de laquelle la personne assurée se qualifie pour recevoir des prestations :
 - la priorité sera accordée au régime auquel le participant est assuré à titre
 - de retraité.
 - en tant que conjoint à charge;

ASSURANCE SOINS DENTAIRES (Suite)

- en tant qu'enfant à charge; la priorité sera accordée comme suit :
 - le régime du parent qui célèbre son anniversaire le premier dans l'année;
 - le régime du parent dont la première lettre du prénom vient en premier dans l'alphabet, si les parents ont tous deux la même date d'anniversaire.
 - en tant qu'enfant à charge de parents séparés ou divorcés; la priorité sera accordée comme suit :
 - le régime du parent ayant la garde de l'enfant;
 - le régime du conjoint du parent ayant la garde de l'enfant;
 - le régime du parent qui n'a pas la garde de l'enfant;
 - le régime du conjoint du parent qui n'a pas la garde de l'enfant.
- b) Selon les conditions du présent article, le montant des prestations payables en vertu de la présente garantie ne peut excéder le montant qui aurait été payable en l'absence de cet article.
- Lorsque, en vertu du présent article, les prestations de la présente garantie sont payables après celles d'une autre garantie, les prestations payables par la présente garantie sont égales au moindre :
- i) du total des prestations qui auraient été payables en l'absence du présent article;
 - ii) du total des frais couverts en vertu du présent contrat, moins les prestations payables par toute autre garantie.
- Les prestations payables en vertu de toute garantie incluent les prestations auxquelles le participant aurait eu droit s'il avait dûment soumis une demande de règlement.
- c) Lorsque des frais pour soins dentaires sont engagés à la suite d'un accident aux dents naturelles, ces frais sont remboursables en premier lieu par toute garantie prévoyant le remboursement des frais engagés dans un tel cas.
- La partie des frais qui n'est pas couverte en vertu de toute garantie prévoyant le remboursement des frais engagés à la suite d'un accident aux dents naturelles est payable selon les stipulations du présent article.

PROLONGATION DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE AU DÉCÈS DU PARTICIPANT

Au décès du participant, l'assurance des personnes à charge est prolongée, avec paiement des primes, jusqu'à la première des dates suivantes :

- a) La date à laquelle l'assurance des personnes à charge aurait pris fin si le participant avait été vivant;
- b) La date de résiliation de la garantie ou du contrat.

ASSURANCE SOINS DENTAIRES (Suite)

DROIT DE TRANSFORMATION

Le participant dont l'assurance maladie complémentaire est résiliée en raison de la terminaison de :

a) son appartenance au groupe,

peut transformer sa garantie d'assurance soins dentaires en un contrat d'assurance soins dentaires individuels sans avoir à fournir des preuves d'assurabilité à l'assureur.

Le contrat d'assurance soins dentaires individuels qui sera établi respectera les taux et les conditions générales déterminés par l'assureur, à condition qu'il transforme également son assurance maladie complémentaire. Si l'assurance maladie complémentaire n'est pas convertie, le participant ne pourra convertir son assurance soins dentaires.

Le participant doit présenter une demande et payer toutes les primes exigées relativement au contrat d'assurance maladie individuelle dans un délai de 60 jours suivant la date de terminaison de son assurance en vertu de la présente police. Si aucune demande n'est présentée et aucune prime n'est payée dans un tel délai de 60 jours, le participant ne pourra être assuré en vertu du contrat d'assurance soins dentaires individuels.

Le contrat d'assurance soins dentaires individuels prendra effet à la date à laquelle la demande et la prime auront été reçues par l'assureur.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Les dispositions de la présente garantie prévalent sur toute disposition contraire des CONDITIONS GÉNÉRALES.

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

- Veuillez noter que tous renseignements ou demandes concernant l'assurance collective doivent être adressés à :

BURROWES, COURTIERS D'ASSURANCES

Téléphone : 514 522-2661

Télécopieur : 514 940-2662