



RÉGIME COLLECTIF D'AVANTAGES FLEXIBLES

**à l'intention des employés en activité de service
des MBC (personnel de bureau), des BCOQ, des BCOC et de l'UÉBFC**

Mis à jour au 1^{er} janvier 2025

RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉGIME

La Canada Vie est l'un des principaux assureurs de personnes sur le marché canadien. Les conseillers en sécurité financière de la Canada Vie travaillent avec nos clients, d'un océan à l'autre, pour les aider à garantir leur avenir financier. Nous offrons, aux particuliers et aux familles, une vaste gamme de produits d'épargne-retraite et de régimes de revenu ainsi que des produits d'assurance-vie, d'assurance invalidité et d'assurance maladies graves. En tant que l'un des principaux fournisseurs d'avantages sociaux au Canada, nous offrons des solutions efficaces en matière de garanties pour les groupes de petite et de grande taille.

La Canada Vie en ligne

Vous trouverez des renseignements et des précisions sur le profil de la compagnie, nos produits et services, l'information aux investisseurs, les communiqués de presse et les personnes-ressources à joindre dans le site Web de la Canada Vie au www.canadalife.com/fr.html.

Services en ligne de la Canada Vie pour les participants de régime

À titre de participant de régime de la Canada Vie, vous pouvez également vous inscrire à Ma Canada Vie au travail au <https://my.canadalife.com/acceder>.

Ce service vous donne accès à ce qui suit et à bien plus encore, jour et nuit, dans un environnement convivial :

- un aperçu de vos garanties et l'historique de vos demandes de règlement;
- des formulaires de demandes de règlement et cartes d'identité personnalisés;
- la présentation en ligne d'un grand nombre de demandes de règlement, tel qu'il est indiqué dans les sections du présent livret relatives aux garanties Soins médicaux et Soins dentaires et au Compte de gestion des dépenses santé;
- une mine de renseignements sur la santé et le mieux-être.

Au moyen de notre application Ma Canada Vie au travail Mobile, vous pouvez accéder à certaines fonctions de Ma Canada Vie au travail :

- demander un règlement en ligne pour un grand nombre de vos demandes, au moyen du service Demandes de règlement électronique – Participants, composante de nos services en ligne Ma Canada Vie au travail à l'avant-garde de l'industrie;
- accéder à de l'information personnalisée sur les garanties, les demandes de règlement et bien plus, rapidement et facilement, en tout temps;
- visualiser des renseignements relatifs aux cartes;
- repérer le prestataire le plus près offrant le service Demandes de règlement électroniques – Fournisseurs, au moyen d'un système de localisation GPS intégré.



BC Avantages

Numéro sans frais de la Canada Vie

Communiquez avec un représentant du service à la clientèle de la Canada Vie :

- Pour obtenir de l'aide relativement à votre protection au titre des soins médicaux et dentaires, veuillez composer le 1 800 957-9777.
 - Pour obtenir de l'aide relativement à votre Compte de gestion des dépenses santé, veuillez composer le 1 877 883-7072.
-
-



BC Avantages

Le présent livret donne les grandes lignes du régime collectif que vous offre votre employeur, mais les polices collectives n^{os} **156241 et 156243** établies par la Canada Vie ainsi que les polices collectives n^{os} **AB10518101 et OE10518101** établies par Chubb en demeurent les documents officiels. En cas de variantes entre le contenu des présentes et les dispositions de l'une ou l'autre des polices, seules ces dernières feront foi.

Le présent livret, dans sa version papier ou électronique, vise uniquement à informer. Il ne crée ni ne confère quelque droit ou obligation de nature contractuelle que ce soit.

Le présent livret contient des renseignements importants. Conservez-le dans un endroit sûr, connu des autres membres de votre famille.

Le présent régime a été établi par



et

CHUBB®

Accès aux documents

Sous réserve de certaines restrictions, vous avez le droit, sur demande, d'obtenir une copie de la police, de votre demande d'assurance, de toutes déclarations écrites ou de tout autre document que vous avez fournis à la Canada Vie à titre de preuve d'assurabilité.

Actions en justice

Toute action en justice ou procédure judiciaire engagée contre un assureur pour recouvrer les sommes payables au titre du contrat est strictement interdite, à moins qu'elle ne soit intentée durant le délai prescrit dans la loi sur les assurances ou dans toute autre loi applicable (p. ex. la Loi de 2002 sur la prescription des actions en Ontario et le Code civil du Québec).

Procédure d'appel

Vous avez le droit d'appeler du refus de la Canada Vie d'accorder la totalité ou une partie de l'assurance ou des prestations décrites dans le contrat dans l'année suivant le refus initial. Vous devez alors faire appel par écrit en précisant les raisons pour lesquelles vous jugez le refus injustifié.

Suspension des prestations en raison d'un paiement en trop

Si des prestations qui n'auraient pas dû être versées aux termes de la police sont payées, vous êtes tenu de les rembourser dans les 30 jours suivant l'envoi par la Canada Vie d'un avis de paiement en trop ou à l'intérieur d'un délai plus long convenu par écrit avec la Canada Vie. Si vous ne respectez pas cette obligation, le versement des prestations au titre de la police sera interrompu jusqu'au remboursement du paiement en trop. Cette action ne limite aucunement le droit de la Canada Vie à recouvrer par d'autres moyens légaux les sommes versées en trop.

PROTECTION DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

À la Canada Vie, nous reconnaissons et respectons l'importance de la vie privée. Les renseignements personnels vous concernant sont conservés dans un dossier confidentiel dans les bureaux de la Canada Vie ou ceux d'une organisation autorisée par cette dernière. La Canada Vie peut, pour ce faire, avoir recours à des prestataires de services situés au Canada ou à l'étranger. Nous limitons l'accès aux renseignements personnels consignés à votre dossier aux membres du personnel de la Canada Vie ou aux personnes autorisées par cette dernière qui en ont besoin pour s'acquitter de leurs tâches, aux personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès et aux personnes autorisées en vertu de la loi. Vos renseignements personnels pourraient être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger.

Nous nous servons de ces renseignements personnels pour la gestion du régime collectif aux termes duquel vous êtes couvert. Cela comprend notamment :

- la détermination de votre admissibilité à la protection aux termes du régime;
- l'adhésion à la protection;
- l'évaluation de votre demande de règlement et le paiement des prestations;
- la gestion de vos demandes de règlement;
- la vérification et le contrôle de l'admissibilité et des demandes de règlement;
- la création et la conservation des documents relatifs à notre relation;
- la tarification, comme la détermination du coût du régime et l'analyse des options du régime;
- la production de rapports exigés aux fins de la réglementation, comme les feuillets d'impôt.

Il se peut que nous échangions des renseignements personnels avec vos prestataires de soins, le gestionnaire de votre régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs de régimes offerts par l'État ou d'autres régimes de garanties, d'autres organisations ou avec les prestataires de services qui travaillent avec nous ou avec l'un ou l'autre des intervenants précédemment énumérés, lorsque cela est pertinent et nécessaire pour gérer le régime.

À titre de participant de régime, vous êtes responsable des demandes de règlement présentées. Il se peut que nous partagions des renseignements personnels relatifs aux demandes de règlement avec vous ou une personne agissant pour votre compte lorsque cela est pertinent et nécessaire pour confirmer l'admissibilité et pour gérer les demandes de règlement.

Vous pouvez demander à examiner ou à rectifier les renseignements personnels contenus dans votre dossier. Toute demande d'examen ou de rectification doit être présentée par écrit et envoyée à tout bureau de la Canada Vie ou à notre siège social.

Pour obtenir un exemplaire de nos Normes en matière de protection des renseignements personnels ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux prestataires de services), écrivez au chef de la conformité de la Canada Vie ou consultez l'adresse www.lagreatwest.com.



TABLE DES MATIÈRES

CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR	8
SOMMAIRE DES GARANTIES – CANADA VIE	8
DÉFINITIONS	15
RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE RÉGIME D'AVANTAGES FLEXIBLES	17
PRISE D'EFFET ET EXPIRATION DE LA PROTECTION	18
DEMANDE DE RÈGLEMENT DES SINISTRES	19
GÉNÉRALITÉS	23
DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE	25
ASSURANCE-VIE DE BASE DU PARTICIPANT	26
ASSURANCE-VIE DE BASE DES PERSONNES À CHARGE	27
ASSURANCE-VIE FACULTATIVE	28
ASSURANCE MALADIES GRAVES FACULTATIVE	30
RENTE D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (ILD)	38
GARANTIE SOINS MÉDICAUX	41
CORECONTACT - PROGRAMME D'AIDE AUX EMPLOYÉS	50
BEST DOCTORS ^{MD}	53
GARANTIE SOINS DENTAIRES	54
COMPTE DE GESTION DES DÉPENSES SANTÉ (CGDS)	60
SOMMAIRE DES GARANTIES – CHUBB	62
DÉFINITIONS	63
DEMANDE D'INDEMNISATION	65
DESIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE	65
ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS ET MUTILATION PAR ACCIDENT	66
ASSURANCE FACULTATIVE EN CAS DE DÉCÈS ET MUTILATION PAR ACCIDENT	75

CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

Date d'effet du régime : le 1^{er} juillet 2012 (le 1^{er} avril 2017 dans le cas des BCOC)

Classes couvertes : employés en activité de service des MBC, des BCOQ, des BCOC et de l'UÉBFC

IMPORTANT

Les garanties décrites dans le présent régime collectif sont assurées aux termes des polices collectives n^{os} 156241 et 156243 établies par la Canada Vie à l'intention du titulaire de contrat. Elles vous sont accessibles si vous faites partie des classes couvertes indiquées ci-dessus. Vous ne bénéficiez que des garanties aux termes desquelles vous êtes couvert.

L'assurance décès ou mutilation accidentelles (de base ou facultative) et l'assurance maladies graves facultative sont assurées aux termes des polices collectives n^{os} AB10518101 et OE10518101 établies par Chubb.

Le présent livret décrit les garanties collectives telles qu'elles se présentent à la date figurant sur la page couverture.

CONFORMITÉ AVEC LA LOI

Si une disposition quelconque du présent régime collectif entre en conflit avec toute loi régissant les personnes faisant partie des classes couvertes, le régime sera modifié afin de se conformer à cette loi.

COÛT

Vous serez informé du montant de votre cotisation, le cas échéant, au moment de votre inscription à la protection.

PÉRIODE D'ATTENTE

Votre admissibilité à la protection est déterminée comme suit :

- Membres du personnel de direction et pasteurs : protection dès la date de l'embauche
- Tous les autres employés : protection dès le premier du mois qui suit 90 jours de service

La protection est décrite dans le sommaire des garanties et dans les sections relatives à chaque garantie. Assurez-vous de lire le présent livret attentivement. Il donne une description des prestations payables ainsi que des conditions, restrictions et exclusions qui s'appliquent aux garanties.

RETRAITE

La protection prévue par certaines garanties se poursuit pendant la retraite. Vous pouvez vous adresser au gestionnaire de votre régime pour obtenir toutes les précisions.

SOMMAIRE DES GARANTIES – CANADA VIE

PROTECTION POUR VOUS ET LES PERSONNES À VOTRE CHARGE ADMISSIBLES

Le présent sommaire doit s'interpréter de pair avec les garanties décrites dans le présent livret.

	FEUILLE VERTE	FEUILLE ORANGE	FEUILLE BLEUE
Assurance-vie de base du participant			
Montant	25 000 \$	40 000 \$	Deux fois vos gains annuels, jusqu'à concurrence de 500 000 \$
Réduction	Protection réduite à 5 000 \$ à l'âge de 65 ans et à 2 500 \$ à l'âge de 70 ans.		
Assurance-vie de base des personnes à charge			
Conjoint	20 000 \$	20 000 \$	20 000 \$
Enfants	8 000 \$	8 000 \$	8 000 \$
Réduction une fois que le participant atteint l'âge de 65 ans			
Conjoint	2 500 \$	5 000 \$	5 000 \$
Enfants	1 000 \$	2 000 \$	3 000 \$
Fin de la protection	La protection prend fin quand vous atteignez l'âge de 70 ans.		
Assurance-vie facultative			
Participant et conjoint	Protection offerte en tranches de 10 000 \$, jusqu'à concurrence de 500 000 \$, pour vous ou votre conjoint, sous réserve de l'approbation d'une justification d'assurabilité. Si vous bénéficiez d'une protection aux termes du présent régime à la fois comme participant et conjoint, votre protection se limite au maximum de 500 000 \$.		
Enfants	Protection offerte en tranches de 2 000 \$, jusqu'à concurrence de 20 000 \$.		
Rente d'invalidité de longue durée			
Période d'attente	189 jours		
Montant	67 % de vos gains mensuels, jusqu'à concurrence d'une rente mensuelle maximale de 5 000 \$.		
Situation fiscale	Versements imposables		
Fin de la protection	À l'âge de 65 ans		

	FEUILLE VERTE	FEUILLE ORANGE	FEUILLE BLEUE
Garantie soins médicaux			
Franchise	Aucune		
Remboursements			
Frais couverts par l'Assistance médicale globale	100 %		
Frais de médicaments sur ordonnance engagés (au Canada)			
- Frais d'exécution d'ordonnance	100 %, jusqu'à concurrence de 5 \$ par ordonnance		
Frais de médicaments			
- Médicaments inscrits au formulaire	70 %	80 %	90 %
- Médicaments non-inscrits au formulaire	50 %	60 %	70 %
	Pour la première tranche de 2 000 \$ /année, par personne, puis 100 % par la suite	Pour la première tranche de 1 000 \$ /année, par personne, puis 100 % par la suite	Pour la première tranche de 500 \$ /année, par personne, puis 100 % par la suite
	<p>Déboursé maximal des résidents du Québec</p> <p>Si vous résidez au Québec, un déboursé maximal est prévu relativement aux frais engagés dans la province pour les médicaments qui figurent sur la <i>Liste de médicaments</i> publiée par la <i>Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) : Liste de médicaments</i>.</p> <p>Si la somme des montants non remboursables que vous êtes tenu de verser à l'égard des médicaments qui figurent sur la liste de médicaments provinciale au cours d'une année civile, que ce soit pour vous, vos enfants à charge ou votre conjoint, atteint le montant du déboursé maximal établi par la loi, le montant payable à l'égard de frais de médicaments qui figurent sur la Liste de médicaments engagés sera rajusté.</p> <p>Pendant le reste de l'année civile :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le remboursement est fait à 100 %. 2. Aucune autre contribution ne s'applique. <p>La contribution maximale ci-dessus ne s'applique pas aux frais de médicaments engagés hors du Québec.</p>		
Tous les autres frais	70 %	80 %	90 %



Avantages

	FEUILLE VERTE	FEUILLE ORANGE	FEUILLE BLEUE
Maximums - frais ordinaires			
Soins infirmiers à domicile	5 000 \$ par période de 3 années civiles		10 000 \$ par période de 3 années civiles
Limite relative aux soins infirmiers à domicile	Dès l'âge de 65 ans, la limite correspond à un maximum pour toute la durée de la protection de 5 000 \$, lequel est réduit du montant versé au cours des trois années civiles précédentes.		Sans objet
Médicaments utilisés dans le traitement de la dysérection	Aucune protection	1 200 \$ par année civile	
Aides auditives	Aucune protection	300 \$ par période de 4 ans	600 \$ par période de 5 ans
Chaussures orthopédiques adaptées et orthèses du pied sur mesure	Aucune protection	300 \$ par année civile	
Bras myoélectriques	10 000 \$ par prothèse		
Prothèses mammaires externes	Une première prothèse, ainsi qu'une prothèse de remplacement par période de 2 années civiles		
Soutiens-gorge chirurgicaux	Deux soutiens-gorge chirurgicaux par année civile		
Lève-personnes mécaniques ou hydrauliques	2 000 \$ par lève-personne, une fois par période de 5 ans		
Rampes d'accès extérieures pour fauteuil roulant	1 fois dans la vie jusqu'à un maximum de 2 000 \$		
Les systèmes de surveillance du glucose flash et en mode continu	La couverture est assujettie aux limites de frais raisonnables et habituels (établies par notre assureur, la Canada Vie), et les lecteurs de glycémie en mode continu ont un plafond annuel de 4 000 \$.		
Pompes à perfusion d'insuline	5 000 \$ par pompe, une fois par période de 5 ans		
Injecteurs d'insuline	Aucune protection	1 fois dans la vie jusqu'à un maximum de \$1 000 \$	
Neurostimulateurs percutanés	700 \$ pour toute la durée de la protection		
Pompes d'extrémité pour lymphœdème	1 fois dans la vie jusqu'à un maximum de 1 500 \$		
Bas de compression sur mesure	Deux paires par année civile		
Perruques			
- Patients atteints du cancer	100 \$ pour toute la durée de la protection		
- Alopécie totale	250 \$ pour toute la durée de la protection		
-			



BC Avantages

	FEUILLE VERTE	FEUILLE ORANGE	FEUILLE BLEUE
Blessure accidentelle aux dents	Protection	Aucune protection (protection accordée par la garantie Soins dentaires)	
Transport par ambulance (y compris les services ambulanciers aériens)	Protection		
Fournitures nécessaires au diagnostic	Protection		
Maximums – soins paramédicaux	Remboursement de 70 %	Remboursement de 80 %	Remboursement de 90 %
Soins donnés par un physiothérapeute, un psychologue/ travailleur social, un orthophoniste	1 500 \$ par année civile		
Maximum combiné pour tous les praticiens énumérés ci-dessous	<i>Maximum annuel combiné de 600 \$ en plus du maximum spécifique par praticien indiqué</i>	<i>Maximum annuel combiné de 1 500 \$ en plus du maximum spécifique par praticien indiqué</i>	<i>Maximum annuel combiné de 2 000 \$ en plus du maximum spécifique par praticien indiqué</i>
Soins donnés par un chiropraticien, naturopathe, massothérapeute agréé, ostéopathe	Jusqu'à 200 \$ par an pour chaque service	Jusqu'à 500 \$ par an pour chaque service	Jusqu'à 750 \$ par an pour chaque service
Soins donnés par un podiatre/pédicure	Non inclus ; peut être réclamé dans le cadre de votre CGSS*	Non inclus ; peut être réclamé dans le cadre de votre CGSS*	
Soins donnés par un acupuncteur			
Soins donnés par un homéopathe			
Soins donnés par un ergothérapeute			
Maximums – soins oculaires			
Examens de la vue	Non inclus ; peut être réclamé dans le cadre de votre CGSS*	50 \$ par période de 24 mois	90 \$ par période de 24 mois
Lunettes, lentilles de contact et chirurgie oculaire au laser			
- Enfant à charge de moins de 18 ans		150 \$ par période de 12 mois	200 \$ par période de 12 mois
- Toutes les autres personnes		150 \$ par période de 24 mois	200 \$ par période de 24 mois



BC Avantages

	FEUILLE VERTE	FEUILLE ORANGE	FEUILLE BLEUE
Maximum – soins d’urgence reçus à l’étranger	1 000 000 \$ par urgence		
Frais couverts par l’Assistance médicale globale	Protection		
Maximum pour toute la durée de la protection – soins médicaux	Aucune limite		
	FEUILLE VERTE	FEUILLE ORANGE	FEUILLE BLEUE
Garantie Soins dentaires			
Barème servant au règlement	Aucune protection	Barème des honoraires de soins dentaires en vigueur dans votre province de résidence à la date des soins	
Franchise	Aucune protection	Aucune	
Règlements proportionnels			
Soins ordinaires	Aucune protection	80 %	90 %
Soins extraordinaires	Aucune protection	Aucune protection	50 %
Soins orthodontiques	Aucune protection	Aucune protection	50 %
Blessure accidentelle aux dents	Aucune protection	100 %	
Maximums			
Soins ordinaires	Aucune protection	2 000 \$ par année civile	2 000 \$ par année civile, maximum combiné avec les soins extraordinaires
Soins extraordinaires	Aucune protection	Aucune protection	2 000 \$ par année civile, maximum combiné avec les soins ordinaires



BC Avantages

	FEUILLE VERTE	FEUILLE ORANGE	FEUILLE BLEUE
Soins orthodontiques	Aucune protection	Aucune protection	2 000 \$ pour toute la durée de la protection
Blessure accidentelle aux dents	Aucune protection	Aucune limite	
Examens de rappel	Aucune protection	Un examen de rappel par période de 12 mois pour les adultes et par période de 6 mois pour les enfants admissibles.	
Compte de gestion des dépenses santé			
Vous uniquement	500 \$	250 \$	Non inclus
Vous et une personne à charge	1 000 \$	500 \$	
Vous et deux personnes à charge ou plus	1 600 \$	700 \$	

Assurance maladies graves facultative		
Assurance maladies graves facultative du participant	Offerte en tranches de 5 000 \$, jusqu'à concurrence de 150 000 \$ (prestation minimale de 10 000 \$)	Le montant de votre prestation est réduit de 50 % quand vous atteignez l'âge de 65 ans, pour s'établir à un maximum de 50 000 \$ (prestation minimale de 10 000 \$). La protection prend fin à la première des éventualités suivantes : vous atteignez l'âge de 70 ans, vous partez à la retraite ou une indemnité d'assurance maladies graves vous est versée.
Assurance maladies graves facultative du conjoint	Offerte en tranches de 5 000 \$, jusqu'à concurrence de 150 000 \$ (prestation minimale de 10 000 \$)	Le montant de la prestation de votre conjoint est réduit de 50 % quand il atteint l'âge de 65 ans, pour s'établir à un maximum de 50 000 \$ (prestation minimale de 10 000 \$). La protection prend fin à la première des éventualités suivantes : vous atteignez l'âge de 70 ans, vous partez à la retraite ou une indemnité d'assurance maladies graves est versée à votre conjoint.

DÉFINITIONS

Les définitions ci-dessous s'appliquent à toutes les parties du présent régime collectif à moins que, dans une garantie, un terme ne soit expressément défini d'une façon différente aux fins de ladite garantie.

ANNÉE CIVILE signifie la période qui s'étend du 1^{er} janvier jusqu'au 31 décembre inclusivement.

CONJOINT signifie votre conjoint en droit, votre conjoint de fait ou votre ex-conjoint.

- Un conjoint de fait est une personne qui vit avec vous dans une relation de nature conjugale depuis au moins 36 mois ou, si vous êtes un résident du Québec, depuis la naissance ou l'adoption d'un enfant, pendant la relation, selon la première éventualité à survenir.
- « Ex-conjoint » s'entend du conjoint légitime dont vous êtes divorcé ou de votre ancien conjoint de fait lorsque l'un ou l'autre bénéficie de certaines des garanties prévues par le programme d'avantages sociaux de l'employeur en exécution d'une ordonnance de la cour.

CONTRAT signifie la police d'assurance collective n° 156241 ou 156243.

EMPLOYÉS EN ACTIVITÉ DE SERVICE s'entend des personnes qui occupent un emploi permanent et travaillent un minimum de 20 heures par semaine.

EMPLOYEUR signifie le titulaire de contrat ainsi que les employeurs et les églises qui lui sont affiliés ou associés et qu'il a déterminés, qui ont été approuvés par la Canada Vie pour adhésion au contrat.

EN ACTIVITÉ DE SERVICE signifie que vous n'êtes pas atteint d'une invalidité (selon la définition donnée de ce terme dans la garantie en cas d'invalidité de longue durée de la présente police), et que vous remplissez l'une ou l'autre des conditions suivantes : (a) vous êtes effectivement à votre poste au lieu de travail habituel de l'employeur ou à tout autre endroit où votre travail pour l'employeur vous appelle, ou (b) vous êtes absent du travail pour l'une des raisons suivantes : vacances, fin de semaine, congé légal ou congé entre les périodes de travail par quarts.

ENFANT À CHARGE s'entend de l'un ou l'autre de vos enfants célibataires âgés de moins de 22 ans, ou de moins de 25 ans s'ils sont des étudiants à temps plein. En ce qui concerne les résidents du Québec, les étudiants à temps plein sont couverts au titre des médicaments sur ordonnance jusqu'à l'âge de 26 ans.

- Un enfant de moins de 22 ans n'est pas couvert s'il travaille plus de 30 heures par semaine, à moins qu'il ne poursuive des études à temps plein.
- Un enfant qui est incapable de subvenir à ses besoins pour cause de handicap physique ou mental est couvert, peu importe son âge si l'incapacité s'est manifestée avant l'âge de 22 ans ou avant l'âge de 25 ans s'il est étudiant à temps plein et si elle subsiste de façon continue depuis.

FRANCHISE signifie le montant des frais remboursables figurant au sommaire des garanties qui doit être versé par la personne couverte ou en son nom au cours d'une année civile, avant qu'un remboursement ne soit effectué aux termes d'une garantie. Le présent régime ne prévoit aucune franchise.

LA CANADA VIE signifie la Canada Vie, compagnie d'assurance-vie.

MALADIE s'entend de toute affection ou de tout trouble de santé.

MÉDECIN s'entend d'une personne, autre que l'assuré ou un membre de la famille de l'assuré, qui est un médecin autorisé dans la province où les soins médicaux sont reçus et qui prodigue des soins médicaux dans les limites de ses compétences.

PARTICIPANT et PARTICIPANT DE RÉGIME font référence à un employé qui participe au présent régime d'assurance collective.

PERSONNE À CHARGE ADMISSIBLE signifie votre conjoint et les enfants à votre charge admissibles.

PRESTATIONS signifie tout montant payable aux termes d'une garantie.

PROVINCE et PROVINCIAL font référence à toute province et à tout territoire du Canada.

RÈGLEMENT PROPORTIONNEL signifie le pourcentage des frais remboursables qui figure au sommaire des garanties et qui est payable aux termes d'une garantie une fois la franchise constituée.

TITULAIRE DE CONTRAT se rapporte aux Ministères Baptistes Canadiens en leur qualité de titulaire des polices d'assurance collective n^{os} 156241 et 156243.

VOUS signifie l'employé au service de l'employeur, qui fait partie des classes couvertes indiquées à la page « **Ce que vous devez savoir** ».

RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE RÉGIME D'AVANTAGES FLEXIBLES

- Toute modification qui est apportée aux options ou qui vise les montants d'assurance-vie facultative entre en vigueur à la date d'inscription qui suit ou coïncide avec la date de la demande faite en ce sens, sauf si elle résulte d'un changement de situation de famille. Si tel est le cas, la modification apportée à une option prend effet à la date de la demande faite en ce sens, à condition que celle-ci soit présentée dans les 31 jours qui suivent le changement de situation. Autrement, la modification entre en vigueur uniquement à la date de la réinscription suivante.

En ce qui concerne toute augmentation de l'assurance-vie facultative (à la suite d'un changement de situation de famille ou pour une autre raison), vous devez fournir une preuve d'assurabilité et votre demande d'augmentation doit être approuvée par la Canada Vie.

- **L'adhésion est renouvelée tous les deux ans** (généralement au cours d'une année paire, comme 2022, 2024, etc.) : Vous pouvez modifier votre option afin d'augmenter ou de diminuer votre protection à l'occasion de toute date de réinscription. Cette restriction est annulée si la modification est attribuable à un changement de situation de famille.
- **Événement de la vie** : Si votre situation de famille change au cours d'une année de protection, et que ce changement a une incidence sur vos besoins en matière de protection, vous pouvez modifier les options des garanties qui sont directement liées au changement de votre situation de famille sans devoir attendre la prochaine période de réinscription. Par « changement de situation de famille », on entend :
 - employé qui a, pour la première fois, une personne à charge (conjoint ou enfant);
 - employé qui bénéficie de la protection à l'égard des enfants, mais non à l'égard du conjoint, qui, pour la première fois, a un conjoint assurable;
 - employé qui bénéficie de la protection à l'égard du conjoint, mais non à l'égard des enfants, qui, pour la première fois, a un enfant assurable (enfant naturel, adopté ou du conjoint);
 - perte involontaire d'une protection similaire aux termes du programme d'avantages sociaux du conjoint (par exemple, en raison d'un changement dans les états de service de votre conjoint);
 - décès de votre conjoint ou enfant unique;
 - votre conjoint ou enfant unique cesse de répondre à la définition de personne à charge admissible (par exemple, à la suite d'un divorce ou après que l'enfant a atteint l'âge limite; reportez-vous à la section relative à la protection des personnes à charge dans le présent livret).

À noter : Adressez-vous au gestionnaire de votre régime **au plus tard 31 jours après le changement de situation de famille** pour obtenir des précisions. Certaines conditions s'appliquent.

PRISE D'EFFET ET EXPIRATION DE LA PROTECTION

Vous êtes admissible à la participation au régime une fois que vous avez satisfait à la période d'attente qui vous concerne, telle qu'elle est expliquée à la page intitulée « Ce que vous devez savoir ».

- Si vous n'êtes pas en activité de service le jour où votre protection est censée entrer en vigueur, celle-ci ne prend effet qu'à la date de votre retour au travail.

Dans le cas d'une augmentation du montant de la protection ou des prestations en cours de garantie, la modification ne prend effet que si vous êtes en activité de service.

- Un employé qui occupe un emploi temporaire ou saisonnier ne peut pas participer au régime.

Votre protection expire lorsque votre service prend fin, lorsque vous n'y êtes plus admissible, lorsque vous cessez de payer les primes exigibles ou lorsque la police expire, selon la première éventualité.

- La protection à l'égard des personnes à votre charge expire lorsque votre assurance prend fin ou lorsqu'une personne à votre charge n'y est plus admissible, selon la première éventualité.
- Dans certains cas, le versement des prestations peut se poursuivre après l'expiration de la protection. Le gestionnaire de votre régime vous renseignera à ce sujet.

PRESTATIONS DE SURVIE

Si vous décédez alors que votre protection est encore en vigueur, la protection aux termes des garanties Soins médicaux et Soins dentaires se poursuit à l'intention des personnes à votre charge pendant une période de deux ans ou jusqu'à ce qu'elles cessent d'être admissibles, selon la première éventualité. Votre conjoint n'est plus considéré comme admissible quand il :

- atteint l'âge de 65 ans;
- se remarie; ou
- obtient une autre protection.

En ce qui concerne la fin de la période d'admissibilité d'un enfant à charge, veuillez vous reporter à la définition du terme ENFANT À CHARGE.

DEMANDE DE RÈGLEMENT DES SINISTRES

ASSURANCE-VIE DE BASE OU FACULTATIVE DU PARTICIPANT

Pour présenter une demande de règlement au titre de l'assurance-vie de base ou facultative du participant, votre bénéficiaire doit remplir le formulaire de demande de capital-décès, qu'il est possible d'obtenir auprès du gestionnaire de votre régime. Ce formulaire précise quels documents doivent l'accompagner.

Pour présenter une demande au titre de la garantie d'exonération des primes, vous devez remplir une demande d'exonération des primes, qu'il est possible d'obtenir auprès du gestionnaire de votre régime. Votre médecin traitant aussi doit remplir une partie de ce formulaire. Une demande dûment remplie doit être présentée dans les six mois qui suivent la fin de la période de référence.

ASSURANCE MALADIES GRAVES

Pour demander le versement de prestations, obtenez un formulaire sur [Ma Canada Vie au travail](#). Ensuite, envoyez le formulaire à l'adresse qui y figure. Toutes les demandes de règlement doivent être présentées dans les meilleurs délais, mais jamais plus de trois mois après l'expiration de la période d'attente ou trois mois après l'expiration du régime, selon la première éventualité.

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Adressez-vous à votre employeur pour obtenir le guide de présentation des demandes de règlement de l'employé (formulaire M4307B (f)) et suivez les directives qui y figurent. Retournez le formulaire dûment rempli à votre employeur dans les meilleurs délais, mais jamais plus de six mois après qu'on ait demandé la preuve du sinistre.

GARANTIE SOINS MÉDICAUX

Les demandes de règlement visant les frais engagés au Canada, au titre des soins paramédicaux et oculaires, peuvent être présentées en ligne. Afin d'utiliser ce service électronique, vous devrez être inscrit à [Ma Canada Vie au travail](#) de même qu'au service de dépôt direct des règlements et à l'option Détail du règlement en ligne. Pour la présentation des demandes de règlement en ligne, votre Détail du règlement sera uniquement offert en ligne.

Les demandes de règlement doivent être présentées à la Canada Vie dans les meilleurs délais, mais jamais plus de 15 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

Vous devez conserver vos reçus pendant 12 mois à partir de la date à laquelle vous avez présenté votre demande de règlement à la Canada Vie à titre de preuves de la transaction, et vous devez les présenter à la Canada Vie, lorsque celle-ci le demande.

En ce qui concerne les demandes de règlement pour tous les autres frais médicaux, accédez à [Ma Canada Vie au travail](#) pour obtenir un formulaire de demande de règlement personnalisé ou demandez le formulaire M635D(f) à votre employeur. Remplissez-le en prenant soin de donner tous les renseignements demandés.

Annexez vos reçus au formulaire de demande de règlement et envoyez le tout au Service des indemnités de la Canada Vie dans les meilleurs délais, mais jamais plus de 15 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

En ce qui concerne les médicaments sur ordonnance, votre employeur vous remettra une carte d'identité relative aux médicaments sur ordonnance. Présentez cette carte au pharmacien avec votre ordonnance.

Avant que votre ordonnance soit exécutée, on procédera à une vérification au moyen du système Assure Demandes de règlement. Assure Demandes de règlement est une série de sept vérifications électroniques effectuées sur vos antécédents en matière de médicaments sur ordonnance pour des raisons de sécurité et de vérification de conformité. Cette démarche a pour but d'améliorer votre santé et votre qualité de vie ainsi que celles des personnes à votre charge. Les vérifications effectuées portent sur l'interaction médicamenteuse, la duplication thérapeutique et la durée du traitement, ce qui permet au pharmacien d'évaluer la situation et d'y donner suite, au besoin, avant la remise du médicament. Selon le résultat des vérifications, le pharmacien pourrait refuser d'exécuter une ordonnance telle qu'elle est prescrite.

À l'expiration de votre protection, retournez à votre employeur la carte d'identité permettant le remboursement direct de vos frais de médicaments sur ordonnance.

Les demandes de règlement visant des frais engagés à l'étranger (autres que celles relatives à l'Assistance médicale globale) doivent être présentées à la Canada Vie le plus tôt possible après que les frais ont été engagés. Il est très important que vous fassiez parvenir vos demandes de règlement immédiatement à notre Service des demandes de règlement – Frais engagés à l'étranger, vu que la régie de l'assurance-maladie de votre province a fixé des délais très stricts à cet égard.

Accédez à [Ma Canada Vie au travail](#) afin d'obtenir un formulaire de demande de règlement personnalisé ou demandez le formulaire M5432(f) (Demande de règlement – Frais médicaux à l'étranger) à votre employeur. À moins que vous soyez résident d'un territoire, vous devez également obtenir le formulaire de cession des prestations du gouvernement. Les résidents de la Colombie-Britannique, du Québec et de Terre-Neuve-et-Labrador doivent aussi obtenir le formulaire de demande de règlement propre à leur province. Le Service des demandes de règlement – Frais engagés à l'étranger de la Canada Vie vous enverra le formulaire de l'État approprié au moment voulu.

Si vous êtes résident d'un territoire, vous devez présenter vos demandes de règlement visant des frais engagés à l'étranger auprès de votre gouvernement territorial aux fins de traitement avant de les transmettre à la Canada Vie. Lorsque vous recevrez votre Détail du règlement du territoire, veuillez envoyer les documents suivants au Service des demandes de règlement – Frais engagés à l'étranger de la Canada Vie (assurez-vous de conserver des copies pour vos dossiers) :

- une copie de la preuve de paiement de votre territoire,
- le formulaire Demande de règlement – Frais engagés à l'étranger (M5432(f)), dûment rempli,
- tous les renseignements requis,
- une copie de tous les reçus originaux.

Si vous êtes résident d'une province, vous devez remplir tous les formulaires applicables et vous assurer que tous les renseignements requis sont fournis. Annexez tous les reçus originaux et faites parvenir la demande de règlement au Service des demandes de règlement – Frais engagés à l'étranger de la Canada Vie. Assurez-vous de conserver des copies pour vos dossiers. Le régime réglera toutes

les demandes admissibles, y compris la partie de votre régime d'assurance-maladie provincial. Celui-ci remboursera ensuite sa part au régime.

Les demandes de règlement visant des frais engagés à l'étranger doivent être envoyées dans des délais qui varient selon la province. Pour connaître les délais d'envoi des demandes de règlement dans votre province ou territoire, si vous avez d'autres questions ou si vous avez besoin d'aide pour remplir les formulaires, veuillez communiquer avec le Service des demandes de règlement – Frais engagés à l'étranger de la Canada Vie au 1 800 957-9777.

GARANTIE SOINS DENTAIRES

Les demandes de règlement visant les frais engagés au Canada peuvent être présentées en ligne. Accédez à [Ma Canada Vie au travail](#) pour obtenir un formulaire de demande de règlement personnalisé ou demandez le formulaire M445D(f) à votre employeur, et faites-le remplir par votre prestataire de soins dentaires. Ce formulaire dûment rempli contiendra les informations nécessaires pour saisir les données de la demande de règlement en ligne. Afin d'utiliser ce service électronique, vous devrez être inscrit à [Ma Canada Vie au travail](#) de même qu'au service de dépôt direct des règlements et à l'option Détail du règlement en ligne. Pour la présentation des demandes de règlement en ligne, votre Détail du règlement sera uniquement offert en ligne.

Les demandes de règlement doivent être présentées à la Canada Vie dans les meilleurs délais, mais jamais plus de 15 mois après la date des soins dentaires. Vous devez conserver vos reçus pendant 12 mois à partir de la date à laquelle vous avez présenté votre demande de règlement à la Canada Vie à titre de preuves de la transaction, et vous devez les présenter à la Canada Vie, lorsque celle-ci le demande.

En ce qui concerne toutes les autres demandes de règlement pour frais dentaires, accédez à [Ma Canada Vie au travail](#) pour obtenir un formulaire de demande de règlement personnalisé ou demandez le formulaire M445D(f) à votre employeur. Faites-le remplir par le prestataire de soins dentaires et retournez-le au Service des indemnités de la Canada Vie dans les meilleurs délais, mais jamais plus de 15 mois après la date des soins dentaires.

COMPTE DE GESTION DES DÉPENSES SANTÉ

Aux termes du Compte de gestion des dépenses santé (CGDS), vous vous voyez rembourser le solde des frais admissibles une fois que vous avez reçu votre remboursement au titre de tous les autres régimes d'assurance vous couvrant. Vous devez d'abord soumettre vos demandes de règlement à tous les régimes d'assurance publics ou privés aux termes desquels vous ou les personnes à votre charge admissibles êtes couverts. Lorsque vous avez reçu votre remboursement au titre de tous les autres régimes vous couvrant, vous pouvez présenter une demande de règlement au titre du CGDS.

Toute demande de règlement au titre du CGDS doit être présentée sur un formulaire d'indemnisation. En ce qui concerne les demandes de règlement pour soins dentaires, utilisez le formulaire M5429A(f) ou M445D(f) (CGDS). Dans le cas de toute autre demande de règlement, utilisez le formulaire M5431A(f) ou M635D(f) (CGDS).

Les demandes de règlement au titre du CGDS doivent être envoyées au Service des indemnités de la Canada Vie avant la première à survenir des dates suivantes :

- 31 jours après la fin de l'année au cours de laquelle les frais ont été engagés;



BC Avantages

- la date de résiliation du contrat relatif au CGDS, si l'expiration est attribuable au défaut de l'employeur de verser les paiements requis;
- 31 jours après la date de résiliation du contrat relatif au CGDS, si l'expiration est attribuable à toute autre raison.

GÉNÉRALITÉS

CONDITIONS APPLICABLES AU RÈGLEMENT DES SINISTRES

PIÈCES JUSTIFICATIVES DU SINISTRE

Les délais prescrits pour soumettre les pièces justificatives du sinistre exigées aux termes d'une garantie sont stipulés dans l'article « Pièces justificatives du sinistre » de la garantie.

La non-production desdites pièces dans les délais prescrits n'annulera pas la demande de règlement ni n'en diminuera l'importance s'il était impossible de les produire dans les délais prescrits, à condition toutefois que lesdites pièces soient produites aussitôt que possible.

EXAMEN PHYSIQUE

La Canada Vie se réserve le droit et l'occasion doit lui être fournie de faire examiner, à ses frais et par un médecin ou un dentiste de son choix, toute personne couverte dont la blessure, la maladie ou le traitement fait l'objet d'une demande de règlement, et ce, sur demande et autant de fois qu'il est jugé à propos tant que le dossier de la demande de règlement reste ouvert.

ACTION EN JUSTICE

Aucune poursuite judiciaire ne peut être intentée en recouvrement aux termes du contrat avant l'expiration d'un délai de 60 jours après la production, dans les conditions énoncées dans le contrat, de la preuve par écrit de la perte.

PAIEMENT EN TROP DE PRESTATIONS

Aucune des dispositions du présent régime collectif ne peut empêcher la Canada Vie de récupérer un paiement en trop de prestations versé à toute personne ou à tout organisme, quelle qu'en soit la cause.

LIGNES DIRECTRICES APPLICABLES À LA COORDINATION DES PRESTATIONS POUR LES FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS À L'ÉTRANGER ET À L'EXTÉRIEUR DE LA PROVINCE

Si une personne qui bénéficie de la garantie Assistance médicale globale ou qui est couverte aux termes du contrat par la garantie additionnelle pour soins médicaux pour les frais engagés à l'étranger ou à l'extérieur de sa province de résidence par suite du traitement d'une urgence médicale est également couverte aux termes d'un ou de plusieurs autres régimes* procurant les mêmes garanties, toute demande de règlement sera coordonnée avec l'autre ou les autres régimes conformément aux lignes directrices applicables à la coordination des prestations pour les frais médicaux engagés à l'étranger et à l'extérieur de la province telles que déterminées par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc.

* Les « autres régimes » peuvent comprendre les contrats collectifs relatifs à l'emploi, les polices individuelles ou collectives d'assurance voyage ou d'assurance santé, les couvertures procurées aux termes de cartes de crédit ou toute autre couverture d'assurance privée.

COORDINATION DES PRESTATIONS

Les prestations relatives aux garanties Soins médicaux et Soins dentaires font l'objet d'une coordination avec les prestations prévues par toute autre protection similaire.

Régimes d'État

Lorsqu'une indemnité est prévue aux termes d'un régime d'État, les frais couverts sont diminués du montant payable aux termes du régime en question et sont alors réputés être les frais couverts aux termes de toutes les autres dispositions de coordination. Les frais couverts réduits sont assujettis à toute franchise, à tout règlement proportionnel et à tout maximum prévus par le présent régime.

Un régime d'État s'entend d'un régime qui est légiféré, financé ou géré par un gouvernement. Cette définition ne comprend pas les régimes collectifs couvrant des employés de l'État.

Régimes collectifs

Il y a réduction du montant payable lorsque le présent régime est subordonné à un autre régime collectif. Le montant par lequel le total des versements aux termes de tous les régimes collectifs excède les frais admissibles correspond à la réduction. Les frais admissibles correspondent à une partie déterminée des frais ordinaires exigés pour un traitement raisonnable couvert aux termes du présent régime.

Lorsque les versements sont réduits, chaque prestation est réduite proportionnellement. Seul le montant réduit des prestations est applicable aux versements maximums.

Les régimes collectifs ne sont offerts qu'aux membres de groupes particuliers et non pas au public en général. Les régimes scolaires d'assurance-accident ne sont pas considérés comme des régimes collectifs.

Le régime du deuxième payeur est le régime qui vient en second lieu dans l'ordre de détermination des prestations, c'est-à-dire après un autre régime.

Protection de l'employé

Les prestations sont en premier lieu déterminées conformément aux dispositions du régime auquel la personne couverte participe à titre d'employé. Si vous êtes couvert à titre d'employé par plusieurs régimes, l'ordre de préséance dans la détermination des prestations est le suivant :

1. le régime auquel vous participez à titre d'employé à temps plein en activité de service;
2. le régime auquel vous participez à titre d'employé à temps partiel en activité de service;
3. le régime auquel vous participez à titre de retraité.

Protection des personnes à charge

Les prestations sont en deuxième lieu déterminées conformément aux dispositions du régime auquel la personne couverte participe à titre de personne à charge. Si la personne est couverte à titre de personne à charge par plusieurs régimes, l'ordre de préséance dans la détermination des prestations est le suivant :

1. le régime auquel la personne participe à titre de conjoint à charge;
2. le régime auquel la personne participe à titre d'enfant à charge du parent qui célèbre son anniversaire de naissance le premier dans l'année civile;

3. le régime auquel la personne participe à titre d'enfant à charge du parent dont la première lettre du prénom vient en premier dans l'alphabet, dans le cas où les parents ont tous deux la même date d'anniversaire.

Si les parents sont séparés ou divorcés, l'ordre de préséance dans la détermination des prestations à l'égard de l'enfant à charge est le suivant :

1. le régime du parent qui a la garde de l'enfant;
2. le régime du conjoint du parent qui a la garde de l'enfant;
3. le régime du parent qui n'a pas la garde de l'enfant;
4. le régime du conjoint du parent qui n'a pas la garde de l'enfant.

Soins dentaires par suite d'un accident

Si l'assuré requiert des soins dentaires par suite d'un accident, les régimes d'assurance dentaire sont subordonnés aux régimes d'assurance-maladie couvrant les blessures accidentelles aux dents.

Prestations payées par un autre régime

Si les prestations ont déjà été versées aux termes d'un autre régime collectif, le présent régime vient d'office en second lieu.

Prestations déterminées au prorata

Lorsque les présentes règles ne permettent pas d'établir l'ordre de détermination des prestations, ou lorsqu'un autre régime est régi par des règles différentes, les prestations font l'objet d'un calcul proportionnel fondé sur le montant qui aurait été payable aux termes de chaque régime avant la coordination.

Coordination avec le présent régime

La coordination des prestations s'inscrit également dans le présent régime si :

1. la personne y participe à la fois à titre d'employé et de personne à charge, ou
2. la personne y participe à titre de personne à charge de deux employés.

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Vous pouvez effectuer, modifier ou révoquer une désignation de bénéficiaire, dans la mesure permise par la loi. Vous devriez revoir votre désignation de bénéficiaire de temps à autre afin de vous assurer qu'elle reflète vos intentions actuelles. Vous pouvez modifier cette désignation en remplissant un formulaire que vous pouvez obtenir auprès de votre employeur.

ASSURANCE-VIE DE BASE DU PARTICIPANT

À votre décès, la Canada Vie versera, à votre bénéficiaire désigné, la prestation prévue par votre assurance-vie. Si vous n'avez désigné aucun bénéficiaire ou si le bénéficiaire désigné n'est pas vivant au moment de votre décès, le paiement sera fait à votre succession. Votre employeur se chargera d'expliquer les modalités de règlement à votre bénéficiaire.

EXONÉRATION DES PRIMES

Vous avez droit à l'exonération des primes jusqu'à l'âge de 70 ans, à condition que vous répondiez à la définition d'invalidité prévue par le régime d'assurance invalidité de longue durée.

CESSATION DE L'EXONÉRATION DES PRIMES

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

- la date à laquelle vous ne touchez plus de prestations ILD,
- la date de votre 70^e anniversaire de naissance, ou
- la date de votre décès.

INVALIDITÉ RÉCIDIVANTE

Après la période d'attente, les périodes successives d'invalidité attribuable à la même maladie ou à la même blessure sont réputées faire partie d'une seule et même période d'invalidité, à moins qu'elles ne soient séparées par un intervalle d'au moins six mois.

DROIT DE TRANSFORMATION

Si une partie ou la totalité de votre assurance prend fin à votre 70^e anniversaire de naissance ou avant, vous pouvez, dans certains cas, souscrire une police individuelle conformément au droit de transformation, et ce, sans justification d'assurabilité. Vous devez présenter votre demande en ce sens et acquitter la première prime exigible dans les 31 jours qui suivent l'expiration de votre assurance collective. Communiquez avec le gestionnaire de votre régime pour obtenir toutes les précisions à ce sujet. Si vous décédez au cours de la période de 31 jours, le montant d'assurance-vie du participant pouvant faire l'objet d'une transformation sera versé à votre bénéficiaire ou à votre succession, même si vous n'aviez pas présenté une demande de transformation.

ASSURANCE-VIE DE BASE DES PERSONNES À CHARGE

Si l'une des personnes à votre charge décède, la Canada Vie vous versera le capital-décès au titre de l'assurance-vie des personnes à charge qui est prévu par le régime que vous avez choisi, comme il est expliqué dans le **Sommaire des garanties – la Canada Vie**. Votre employeur se chargera d'expliquer les modalités de règlement.

- L'assurance-vie des personnes à charge prend fin quand vous atteignez l'âge de 70 ans ou quand vous n'avez plus de personnes à votre charge admissibles, selon la première éventualité.

EXONÉRATION DES PRIMES

Si vous êtes frappé d'invalidité et que vous êtes exonéré du paiement des primes de votre assurance-vie de base du participant, votre assurance-vie des personnes à charge se poursuivra également sans exigence de paiement des primes, et ce, jusqu'à ce que votre propre protection prenne fin ou que les personnes à votre charge ne soient plus considérées comme admissibles.

DROIT DE TRANSFORMATION

Si l'assurance de votre conjoint prend fin à son 70^e anniversaire ou avant, il pourrait avoir le droit de la transformer en une police individuelle sans devoir présenter de justification d'assurabilité. Vous ou votre conjoint devez présenter une demande en ce sens et acquitter la première prime exigible dans les 31 jours qui suivent l'expiration de l'assurance collective. Communiquez avec le gestionnaire de votre régime pour obtenir toutes les précisions à ce sujet.

ASSURANCE-VIE FACULTATIVE

L'assurance-vie facultative vous permet de souscrire un supplément d'assurance pour vous, votre conjoint ainsi que l'enfant ou les enfants à votre charge admissibles. Consultez le **Sommaire des garanties – la Canada Vie** pour connaître le montant des protections d'assurance-vie facultative offertes.

L'admissibilité à l'assurance-vie facultative est assujettie à la remise d'une justification d'assurabilité et à l'approbation de la Canada Vie.

Pour faire assurer votre enfant, vous devez présenter une demande de protection dans les 31 jours qui suivent son admissibilité ou la date de son adoption. Pour la période des 31 premiers jours, aucune preuve d'assurabilité n'est exigée quant à votre enfant. Si vous présentez une demande d'assurance-vie facultative pour votre enfant plus de 31 jours après sa naissance ou la date de l'adoption, une preuve médicale jugée satisfaisante par la Canada Vie devra être soumise au nom de votre enfant avant que la protection entre en vigueur.

À votre décès, la Canada Vie versera, à votre bénéficiaire désigné, la prestation prévue par votre assurance-vie. Si vous n'avez désigné aucun bénéficiaire ou si le bénéficiaire désigné n'est pas vivant au moment de votre décès, le paiement sera fait à votre succession. Votre employeur se chargera d'expliquer les modalités de règlement. Si votre conjoint décède, vous recevrez le montant pour lequel il était assuré.

Votre assurance-vie facultative prend fin à votre 65^e anniversaire. L'assurance-vie facultative de votre conjoint prend fin en même temps que la vôtre ou à son 65^e anniversaire, ou encore lorsqu'il cesse d'être votre conjoint, selon la première éventualité. La protection de votre enfant expire quand votre protection prend fin ou quand cette personne à votre charge n'est plus considérée comme admissible, selon la première éventualité.

EXONÉRATION DES PRIMES

Si vous avez droit à l'exonération des primes exigées en contrepartie de votre assurance-vie de base du participant, votre assurance-vie facultative, celle de votre conjoint ou celle de votre enfant, le cas échéant, se poursuivront également sans autre paiement de prime, et ce, tant que votre assurance-vie de base restera en vigueur, mais jamais passé la date à laquelle votre assurance facultative prendrait normalement fin aux termes des présentes.

CESSATION DE L'EXONÉRATION DES PRIMES

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

- la date à laquelle vous ne bénéficiez plus de la garantie d'exonération des primes d'assurance-vie,
- la date de votre 70^e anniversaire de naissance, ou
- la date de votre décès.

INVALIDITÉ RÉCIDIVANTE

Après la période d'attente, les périodes successives d'invalidité attribuable à la même maladie ou à la même blessure sont réputées faire partie d'une seule et même période d'invalidité, à moins qu'elles ne soient séparées par un intervalle d'au moins six mois.

DROIT DE TRANSFORMATION

Si votre assurance-vie facultative ou celle de votre conjoint prend fin, vous ou votre conjoint pouvez, dans certains cas, souscrire une police individuelle conformément au droit de transformation, et ce, sans justification d'assurabilité. Vous devez présenter votre demande en ce sens et acquitter la première prime exigible dans les 31 jours qui suivent l'expiration de votre assurance collective. Communiquez avec le gestionnaire de votre régime pour obtenir toutes les précisions à ce sujet. Si vous décédez au cours de la période de 31 jours, le montant d'assurance-vie facultative pouvant faire l'objet d'une transformation sera versé à votre bénéficiaire ou à votre succession, même si vous n'aviez pas présenté une demande de transformation.

RESTRICTIONS

- Si vous ou votre conjoint décédez au cours des deux années suivant votre demande de protection au titre de l'assurance-vie facultative, la Canada Vie a le droit de vérifier tout renseignement médical que vous ou votre conjoint avez fourni. Si des inexactitudes sont relevées, la demande de règlement sera refusée et les primes d'assurance payées seront remboursées.
- Aucune prestation n'est payable en cas de suicide dans les deux ans qui suivent la prise d'effet de l'assurance-vie facultative ou d'une augmentation de cette assurance. En pareil cas, la Canada Vie rembourse toutes les primes qui lui ont été versées. Cette restriction ne s'applique pas à la protection à l'égard des enfants à charge.

ASSURANCE MALADIES GRAVES FACULTATIVE

Si, en cours de garantie, vous recevez le diagnostic d'une des maladies graves définies plus bas, la Canada Vie vous versera une prestation aux termes de l'assurance maladies graves facultative. Consultez le **Sommaire des garanties – Canada Vie** pour connaître les montants d'assurance offerts. La prestation est payable à l'expiration de la période la plus longue entre la période d'attente de 30 jours suivant la date du diagnostic de la maladie grave et la période d'attente prévue, le cas échéant, à l'égard de la maladie grave en question, telle qu'elle est définie ci-dessous. En plus de cette prestation et pourvu qu'elle s'élève à 10 000 \$ ou plus, la Canada Vie versera un don de 500 \$ en votre nom à un organisme de bienfaisance enregistré de votre choix.

Si vous présentez une demande de protection au titre de cette garantie facultative, vous pourriez devoir fournir une preuve de votre assurabilité que la Canada Vie juge satisfaisante, sauf pour la première tranche de 25 000 \$ si votre demande de protection est présentée dans les 31 jours qui suivent votre admissibilité.

Votre assurance maladies graves facultative ne se poursuit pas au-delà du dernier jour précédant votre 65^e anniversaire de naissance.

Maladies et affections couvertes

On entend par « maladie grave » toute affection, toute intervention chirurgicale ou tout état indiqués ci-dessous répondant aux critères définis et diagnostiqués par un médecin qui pratique au Canada ou aux États-Unis et qui est reconnu par un comité d'examen de spécialité médicale compétent comme un spécialiste de la discipline médicale liée à la maladie grave concernée. Le diagnostic doit être appuyé de preuves médicales objectives.

- Par « **crise cardiaque** », on entend la mort du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de l'irrigation sanguine, qui entraîne l'augmentation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques au point que leur niveau confirme le diagnostic d'un infarctus du myocarde, accompagnées d'au moins une des manifestations suivantes :
 - symptômes de crise cardiaque;
 - changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant une crise cardiaque; ou
 - apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne.

Aucune prestation ne sera payable pour une crise cardiaque dans les cas suivants :

- augmentation des marqueurs biochimiques cardiaques par suite d'une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne, et à défaut de nouvelles ondes Q; ou
 - changements à l'ECG suggérant un infarctus du myocarde antérieur qui n'est pas conforme à la définition du terme « crise cardiaque » ci-dessus.
- Par « **accident vasculaire cérébral** », on entend un accident vasculaire cérébral causé par une thrombose ou une hémorragie intracrâniennes, ou par une embolie de source extracrânienne, avec :
 - apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques, et
 - nouveaux déficits neurologiques objectifs constatés au cours d'un examen clinique,

persistant pendant plus de 30 jours après la date d'établissement du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique.

Aucune prestation ne sera payable pour un accident vasculaire cérébral dans les cas suivants :

- accident ischémique transitoire; ou
- accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme.

Pour préciser, les infarctus lacunaires qui ne présentent pas les symptômes neurologiques et les déficits mentionnés ci-dessus et qui persistent pour plus de 30 jours ne satisfont pas la définition d'accident vasculaire cérébral.

- Par « **pontage aortocoronarien** », on entend une intervention chirurgicale visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'une artère coronaire au moyen de greffes. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Aucune prestation ne sera payable pour un pontage aortocoronarien en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

- Par « **cancer mettant la vie en danger** », on entend une tumeur caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus sains.

Les types de cancer comprennent le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome.

Aucune prestation ne sera payable pour un cancer mettant la vie en danger dans les cas suivants :

- lésions qualifiées de bénignes, de précancéreuses, d'incertaines, de limites (« borderline ») ou de non invasives, carcinome in situ (Tis) ou tumeurs au stade Ta;
- cancer de la peau avec présence de mélanome malin dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de nœuds lymphoïdes ou de métastases;
- tout cancer de la peau sans présence de mélanome, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
- cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
- cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire, ou les deux, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 2 cm et qui est au stade T1, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
- leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 1 selon la classification de Rai;
- tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et tumeurs carcinoïdes malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'AJCC.

Aux fins de la présente police, les termes « Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 2 selon la classification de l'AJCC » s'appliquent suivant la définition indiquée dans le manuel de stadification du cancer (7^e édition, 2010) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC).

Aux fins de la présente police, le terme « classification de Rai » s'applique comme l'indique la publication *Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia* (KR Rai, A Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Pasternack, Blood 46/219/1975).

Périodes de cancer exclues

Aucune prestation ne sera payable pour un cancer mettant la vie en danger si, dans les 90 jours suivant la date d'effet de l'assurance ou, dans le cas d'une augmentation, dans les 90 jours suivant la date d'effet de l'augmentation (selon la dernière éventualité à survenir), la personne couverte :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumise à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer (couvert ou non aux termes de la police), peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non aux termes de la police).

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la Canada Vie dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la Canada Vie peut refuser toute demande de règlement portant sur un cancer, ou sur toute maladie grave causée par un cancer ou son traitement.

- **Par « insuffisance rénale »**, on entend une insuffisance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite une hémodialyse régulière, une dialyse péritonéale ou une greffe rénale.
- **Par « cécité »**, on entend la perte totale et irréversible de la vue des deux yeux, attestée par :
 - une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins pour les deux yeux, ou
 - un champ visuel inférieur à 20 degrés pour les deux yeux.
- **Par « greffe d'un organe vital »**, on entend une intervention chirurgicale rendue médicalement nécessaire en raison d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse. Pour avoir droit aux prestations en cas de « greffe d'un organe vital », la personne couverte doit subir une intervention chirurgicale pour recevoir par greffe un cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse exclusivement.
- **Par « démence, y compris la maladie d'Alzheimer »**, on entend la démence, soit la détérioration progressive de la mémoire et au moins une des perturbations cognitives suivantes :
 - aphasie (un trouble de la parole);
 - apraxie (difficulté à exécuter des tâches courantes);
 - agnosie (difficulté à reconnaître des objets); ou
 - perturbation des fonctions exécutives (p. ex. incapacité d'avoir une pensée abstraite et de concevoir, entreprendre, organiser, surveiller et arrêter un comportement complexe) qui a une incidence sur la vie quotidienne.

La personne couverte doit présenter :

- une démence de gravité modérée, qui doit être démontrée par un miniexamen de l'état mental (Mini Mental State Exam) dont le résultat est de 20/30 ou moins, ou un score équivalent dans un ou plusieurs autres tests des fonctions cognitives généralement acceptés sur le plan médical; et
- des preuves d'une détérioration progressive des fonctions cognitives et d'une perturbation des activités quotidiennes obtenues soit par une batterie de tests cognitifs, soit par l'historique de la maladie sur une période d'au moins six mois.

Aucune prestation ne sera payable pour la démence (y compris la maladie d'Alzheimer) dans le cas de troubles affectifs ou schizophréniques ou de délire.

Aux termes de la présente police, la référence à un miniexamen de l'état mental (Mini Mental State Exam) renvoie à Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR, J Psychiatr Res. 1975;12(3):189.

- **Par « maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques »**, on entend la maladie de Parkinson primaire, un trouble neurologique permanent devant avoir pour caractéristiques la bradykinésie (lenteur des mouvements) et au moins un des symptômes suivants :
 - rigidité musculaire; ou
 - tremblement de repos.

La personne couverte doit manifester des signes objectifs de détérioration progressive des fonctions depuis au moins un an, et son neurologue traitant doit lui avoir prescrit un médicament dopaminergique ou un traitement médical équivalent généralement reconnu contre la maladie de Parkinson.

Par « syndromes parkinsoniens atypiques », on entend la paralysie supranucléaire progressive, la dégénérescence cortico-basale ou l'atrophie multisystémique.

Aucune prestation ne sera payable pour la maladie de Parkinson et les syndromes parkinsoniens atypiques dans le cas de tout autre type de parkinsonisme.

Périodes de maladie de Parkinson et de syndromes parkinsoniens atypiques exclues

Aucune prestation ne sera payable pour la maladie de Parkinson et pour des syndromes parkinsoniens atypiques si, dans la première année suivant la date d'effet de l'assurance ou, dans le cas d'une augmentation, dans la première année suivant la date d'effet de l'augmentation, la personne couverte :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumise à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme, peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme.

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la Canada Vie dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la Canada Vie peut refuser toute demande de règlement portant sur la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique, ou sur toute maladie grave causée par la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique ou son traitement.

- **Par « paralysie »**, on entend la perte complète des fonctions musculaires d'au moins deux membres par suite d'une blessure ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, pendant une période d'au moins 90 jours suivant l'événement déclencheur.
- **Par « sclérose en plaques »**, on entend au moins une des manifestations suivantes :
 - au moins deux poussées cliniques distinctes, confirmées par imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation;

- anomalies neurologiques précises persistant pendant plus de six mois, confirmées par IRM du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation;
 - une seule poussée, confirmée par plusieurs IRM du système nerveux qui démontrent des plaques disséminées de démyélinisation apparues à des intervalles d'au moins un mois.
- **Par « surdité »**, on entend la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles, le seuil d'audition étant d'au moins 90 décibels dans un registre de 500 à 3 000 hertz.
 - **Par « perte de l'usage de la parole »**, on entend la perte totale et irréversible de la capacité de parler par suite d'une blessure corporelle ou d'une maladie pendant une période d'au moins 180 jours.
Aucune prestation ne sera payable pour la perte de l'usage de la parole dans le cas de toute cause psychiatrique.
 - **Par « coma »**, on entend une perte de conscience caractérisée par une absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pendant une période continue d'au moins 96 heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer quatre ou moins pendant cette période.

Aucune prestation ne sera payable pour un coma dans le cas d'un coma qui a été médicalement provoqué.

- **Par « brûlures graves »**, on entend des brûlures du troisième degré affectant au moins 20 % de la surface du corps.
- **Par « chirurgie de l'aorte »**, on entend une intervention chirurgicale visant à traiter une maladie de l'aorte qui nécessite l'ablation et le remplacement chirurgical de n'importe quelle partie de l'aorte atteinte au moyen d'une greffe. Le terme « aorte » s'entend de l'aorte thoracique et de l'aorte abdominale, mais non des branches de l'aorte. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Aucune prestation ne sera payable pour une chirurgie de l'aorte en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

- **Par « tumeur cérébrale bénigne »**, on entend une tumeur non maligne située dans la voûte crânienne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse. La tumeur doit nécessiter un traitement chirurgical ou une radiothérapie, ou provoquer des déficits neurologiques objectifs et irréversibles.

Aucune prestation ne sera payable pour une tumeur cérébrale bénigne en cas d'adénomes hypophysaires d'un diamètre inférieur à 10 mm.

Périodes de tumeurs cérébrales bénignes exclues

Aucune prestation ne sera payable pour une tumeur cérébrale bénigne si, dans les 90 jours suivant la date d'effet de l'assurance ou, dans le cas d'une augmentation, dans les 90 jours suivant la date d'effet de l'augmentation (selon la dernière éventualité à survenir), la personne couverte :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumise à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non aux termes de la police), peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non aux termes de la police).

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la Canada Vie dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la Canada Vie peut refuser toute demande de règlement portant sur une tumeur cérébrale bénigne, ou sur toute maladie grave causée par une tumeur cérébrale bénigne ou son traitement.

- **Par « remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque »**, on entend une intervention chirurgicale visant à remplacer une valvule cardiaque par une valvule naturelle ou mécanique, ou à en corriger les défauts ou les anomalies. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Aucune prestation ne sera payable pour le remplacement ou la réparation d'une valvule cardiaque en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

- **Par « perte d'autonomie »**, on entend une incapacité totale et permanente d'effectuer par soi-même au moins deux des six activités de la vie quotidienne indiquées ci-dessous sur une période continue d'au moins 90 jours sans espoir raisonnable de rétablissement.

Les activités de la vie quotidienne sont :

- se laver : capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
 - se vêtir : capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris les orthèses, les membres artificiels ou d'autres accessoires chirurgicaux, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
 - se servir des toilettes : capacité d'aller aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle complète, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
 - être continent : capacité de gérer les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à conserver un niveau raisonnable d'hygiène personnelle;
 - se mouvoir : capacité de se lever du lit, de se coucher, de s'asseoir et de se lever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels; et
 - se nourrir : capacité de consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels.
- **Par « perte de membres »**, on entend une séparation complète de deux membres ou plus, au niveau du poignet ou de la cheville, ou plus haut par suite d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire.
 - **Par « maladie du motoneurone »**, on entend l'un des troubles suivants exclusivement : sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), sclérose latérale primitive, atrophie musculaire progressive, paralysie bulbaire progressive ou paralysie pseudo-bulbaire.
 - **Par « infection à VIH contractée au travail »**, on entend l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle qui a exposé la personne couverte à des liquides organiques contaminés par le VIH, pendant qu'elle exerçait sa profession habituelle. La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir lieu après la date d'effet de la police ou après la date d'effet d'une augmentation de l'assurance si cette date est ultérieure.

Des prestations sont payables en cas d'infection à VIH contractée au travail seulement si toutes les conditions suivantes sont satisfaites :

- la blessure accidentelle doit être signalée à la Canada Vie dans les 14 jours suivant cette blessure;
- une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être négatif;
- une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 90 à 180 jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être positif;
- tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire dûment autorisé au Canada ou aux États-Unis;
- la blessure accidentelle doit être signalée, faire l'objet d'une enquête et être documentée conformément aux lignes directrices en vigueur au Canada ou aux États-Unis pour le milieu de travail.

Aucune prestation ne sera payable pour une infection à VIH contractée au travail si :

- la personne couverte a décidé de ne pas se faire administrer aucun des vaccins brevetés existants et qui offrent une protection contre le VIH; ou
- un traitement approuvé contre l'infection à VIH était disponible avant la blessure accidentelle.

Pour préciser, une infection à VIH qui résulte d'une blessure non accidentelle, y compris, mais sans s'y limiter, par transmission sexuelle ou par usage de drogues injectables n'est pas incluse dans la présente définition d'infection à VIH contractée au travail.

- **Par « méningite purulente »**, on entend une méningite, confirmée par un liquide céphalorachidien démontrant une croissance de bactéries pathogènes en culture, et qui entraîne un déficit neurologique documenté pendant au moins 90 jours suivant la date d'établissement du diagnostic.

Aucune prestation ne sera payable pour une méningite purulente dans le cas d'une méningite virale.

- **Par « anémie aplastique »**, on entend une insuffisance chronique et persistante de la moelle osseuse, confirmée par biopsie, et qui entraîne l'anémie, la neutropénie et la thrombocytopénie et qui nécessite la transfusion d'un produit sanguin de même qu'un traitement comprenant au moins un des éléments suivants :

- stimulation de la moelle osseuse;
- immunosuppresseurs; ou
- greffe de moelle osseuse.

Restrictions

Aucune prestation n'est payable :

- dans le cas d'une maladie ou affection grave qui est directement ou indirectement attribuable à des problèmes de santé à l'égard desquels vous avez reçu des soins médicaux au cours de la période de 24 mois précédent l'entrée en vigueur de votre assurance. Cette restriction ne s'applique pas :
 - si votre maladie ou affection est diagnostiquée chez vous après que vous avez été assuré de façon continue pendant 24 mois, ou



BC Avantages

- à tout montant d'assurance pour lequel une preuve d'assurabilité est exigée.
- dans le cas d'une maladie ou affection grave résultant directement ou indirectement des faits suivants, ou liés à ceux-ci :
 - blessure intentionnelle auto-infligée ou tentative de suicide, que la personne soit saine d'esprit ou non;
 - guerre, insurrection ou participation volontaire à une émeute;
 - participation à un acte criminel ou à une tentative de voies de fait;
 - usage par la personne de drogues, de substances toxiques ou intoxicantes, ou de narcotiques, autres que ceux qui lui ont été prescrits par un médecin en titre autorisé et qu'elle a pris conformément aux directives du médecin en titre autorisé;
 - conduite d'un véhicule motorisé avec un taux d'alcoolémie dans le sang dépassant 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang.

Aucune prestation n'est payable en cas de décès ou d'arrêt irréversible de toutes les fonctions cérébrales survenant au cours de la période d'attente applicable relativement à la prestation.

RENTE D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (ILD)

Le régime prévoit à votre intention un revenu régulier en cas de perte de salaire attribuable à une longue invalidité pour cause de maladie ou de blessure. La rente est versée dès l'expiration de la période d'attente, et ce, jusqu'à la fin de votre invalidité (**conformément à la définition donnée pour ce terme dans la police**) ou jusqu'à votre 65^e anniversaire de naissance, selon la première éventualité. Consultez le **Sommaire des garanties – Canada Vie** pour vous renseigner sur le montant de la rente et la période d'attente.

La protection prend fin le jour du 65^e anniversaire de naissance moins la période d'attente ou bien au départ à la retraite, selon la première éventualité

PÉRIODE D'ATTENTE

Dans le cas où l'invalidité ne se poursuit pas de façon continue, il y a cumul du nombre de jours pendant lesquels vous être frappé d'invalidité jusqu'à concurrence du nombre de jours de la période d'attente, à condition qu'il n'y ait pas plus de deux semaines d'intervalle entre les périodes d'invalidité et que l'invalidité soit attribuable à la même maladie ou à la même blessure. Si votre employeur prévoit des prestations d'invalidité de courte durée ou de maladie qui sont encore versées à la date à laquelle la période d'attente prend fin, la période d'attente sera prolongée jusqu'à la fin de la période d'indemnisation pour l'invalidité de courte durée ou le congé de maladie, mais au plus tard un an après le début de votre invalidité.

DÉFINITION DE L'EXPRESSION « TOTALEMENT INVALIDE »

Une rente ILD est payable pendant les 24 premiers mois suivant la période d'attente si une maladie ou une blessure vous empêche d'exercer votre propre emploi. Vous **n'êtes pas** considéré comme invalide si vous pouvez vous acquitter de toute combinaison de tâches qui vous demandait ordinairement au moins 60% de votre temps de travail.

Après 24 mois, la rente ILD continue d'être versée seulement si votre invalidité vous empêche d'exercer quelque activité lucrative que ce soit. Par « activité lucrative », on entend tout emploi que votre état de santé vous permet d'exercer, pour lequel vous possédez la qualification minimum nécessaire et qui vous garantit un revenu au moins égal à 75 % de la rémunération mensuelle que vous receviez avant le début de votre invalidité, après indexation.

INVALIDITÉ RÉCIDIVANTE

Après la période d'attente, les périodes successives d'invalidité attribuable à la même maladie ou à la même blessure sont réputées faire partie d'une seule et même période d'invalidité, à moins qu'elles ne soient séparées par un intervalle d'au moins six mois.

STATUT FISCAL DES PRESTATIONS

Comme votre employeur prend à sa charge le coût de l'assurance ILD, la rente est imposable.

MONTANT DE LA RENTE D'INVALIDITÉ PAYABLE

Votre rente ILD est diminuée des revenus d'autres sources auxquels vous avez droit au cours de votre invalidité. Votre rente est d'abord diminuée des montants indiqués ci-dessous :

- prestations d'invalidité ou de retraite auxquelles vous avez droit, à titre personnel, aux termes du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, compte non tenu des augmentations qui prennent effet après le début de la période d'indemnisation;
- prestations versées en vertu d'une loi des accidents du travail ou de toute autre loi analogue.

Votre rente ILD est encore diminuée si la somme des revenus d'autres sources indiqués ci-dessous est supérieure à 80 % de la rémunération mensuelle que vous receviez avant le début de votre invalidité. Dans ce cas, votre rente est diminuée du montant excédant la rémunération mensuelle :

- rente payable aux termes de votre régime;
- prestations auxquelles un membre de votre famille a droit, du fait de votre invalidité, aux termes du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, et qui vous sont versées directement, compte non tenu des augmentations qui prennent effet après le début de la période d'indemnisation;
- prestations auxquelles vous ou un membre de votre famille avez droit, conformément à la législation en vigueur, pour perte de revenu consécutive à votre invalidité (exception faite des prestations d'assurance-emploi) et, lorsque la loi le permet, indemnités prévues par une assurance-automobile;
- prestations d'invalidité versées aux termes d'une assurance offerte aux membres d'une association;
- rémunération, prestations d'invalidité ou prestations de retraite provenant d'un emploi, exception faite de la rémunération reçue dans le cadre d'un plan ou d'un programme de réadaptation autorisé (l'indemnité de cessation d'emploi et la prestation de départ sont incluses dans le revenu d'emploi aux termes de la présente disposition).

Votre rente ILD n'est pas diminuée de la rémunération que vous recevez dans le cadre d'un plan ou d'un programme de réadaptation autorisé, sauf si la somme de la rémunération provenant d'un tel plan ou programme, de la rente prévue par le présent régime et des revenus d'autres sources énumérés ci-dessus, y compris toute augmentation relative aux prestations versées par le Régime de pensions du Canada ou le Régime de rentes du Québec qui prend effet après le début de la période d'indemnisation, est supérieure à la rémunération mensuelle que vous receviez avant le début de votre invalidité, après indexation. Dans ce cas, la rente d'invalidité est diminuée du montant excédant la rémunération mensuelle.

PRESTATIONS DE RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE

La notion de réadaptation professionnelle englobe tout emploi ou tout programme de formation visant à vous aider à reprendre une activité lucrative. Tout plan ou programme jugé approprié compte tenu de la durée prévue de l'invalidité et susceptible de vous permettre de reprendre le travail dans les meilleurs délais sera approuvé.

PROGRAMME DE COORDINATION DES SOINS MÉDICAUX

Le programme de coordination des soins médicaux repose sur l'intervention précoce afin d'assurer que votre état soit promptement diagnostiqué et que vous receviez les soins appropriés au bon moment. L'objectif est de favoriser votre retour au travail dans les meilleurs délais et d'éviter que votre invalidité ne se prolonge ou ne devienne permanente.

RESTRICTIONS

Aucune prestation n'est payable dans les cas ci-dessous :

- période pendant laquelle vous ne vous soumettez pas au programme de traitement recommandé dans le cas de l'affection dont vous souffrez ou pendant laquelle vous refusez d'y participer de bonne foi. Compte tenu de la gravité de votre état, il se pourrait que vous soyez tenu de vous faire suivre par un spécialiste. Si votre invalidité est imputable en partie à une toxicomanie, le traitement doit comprendre une cure de désintoxication dans le cadre d'un programme reconnu;
- durée prévue d'une mise à pied ou d'un congé autorisé. La présente restriction ne s'applique pas à toute période d'un congé de maternité au cours de laquelle vous souffrez d'invalidité attribuable à la grossesse;
- période pendant laquelle vous refusez de participer à un plan ou un programme de réadaptation approuvé ou pendant laquelle vous n'y participez pas de bonne foi;
- période pendant laquelle vous refusez de participer à un programme de coordination des soins médicaux approuvé ou pendant laquelle vous n'y participez pas de bonne foi;
- période de 12 mois où vous ne résidez pas au Canada pendant au moins 6 mois;
- période d'incarcération dans une prison ou dans tout autre établissement similaire;
- invalidité attribuable à la guerre, ou à une insurrection, ou encore à la participation volontaire à une émeute.

DROIT DE TRANSFORMATION

Si vous changez d'emploi, vous pouvez demander à transformer votre police en une police ILD individuelle sans devoir fournir une preuve médicale d'assurabilité. Vous devez présenter votre demande en ce sens et acquitter la première prime exigible dans les 31 jours suivant le début du nouvel emploi, et vous devez commencer votre nouvel emploi dans un délai de six mois après la date de cessation de votre emploi actuel. Votre demande doit être acceptable aux termes des règles de la Canada Vie en matière de sélection des risques en vigueur au moment de la demande en ce qui concerne les polices de remplacement d'assurance invalidité individuelle. Communiquez avec le gestionnaire de votre régime pour obtenir toutes les précisions à ce sujet.

GARANTIE SOINS MÉDICAUX

DÉFINITIONS

Utilisés dans la présente section, les termes et les expressions qui suivent ont le sens qui leur est donné ci-dessous.

- (1) Par « maison de convalescence » ou « établissement pour malades chroniques », on entend un établissement de soins complémentaires, tel qu'un sanatorium, une maison de soins infirmiers spécialisée ou encore une aile ou une salle spéciale d'un hôpital, qui a conclu un accord de transfert avec l'hôpital.
- (2) Par « hôpital », on entend tout établissement qui est légalement constitué en hôpital, qui est ouvert sans interruption, qui admet des patients à titre de malades hospitalisés, qui compte à tout moment un ou plusieurs médecins en service et qui dispense des soins infirmiers jour et nuit grâce à un personnel d'infirmiers diplômés autorisés.
- (3) Par « urgence médicale », on entend une blessure soudaine et inattendue ou la phase aiguë d'une maladie.
- (4) Par « médecin », on entend une personne, autre que l'assuré ou un membre de la famille de l'assuré, qui est un médecin autorisé dans la province où les soins médicaux sont reçus et qui prodigue des soins médicaux dans les limites de ses compétences.
- (5) Par « frais courants », on entend le moindre d'entre :
 - (a) les frais couramment demandés dans la région où les soins sont donnés;
 - (b) les honoraires de tout barème d'association professionnelle applicable; et
 - (c) les honoraires maximums fixés par la loi.

Tous les frais sont remboursés selon le règlement proportionnel indiqué dans le **Sommaire des garanties – Canada Vie**. L'indemnisation aux termes du régime peut être assujettie à certains plafonds et à certaines restrictions quant à la fréquence. Consultez le **Sommaire des garanties – Canada Vie** à ce sujet.

Le régime couvre les frais courants engagés pour les soins, services et fournitures ci-dessous. Pour être couverts, les soins, services et fournitures doivent constituer un traitement raisonnable. Un traitement est considéré comme raisonnable s'il est accepté par la profession médicale canadienne, s'il est reconnu comme efficace, et si sa nature, son intensité, sa fréquence et sa durée sont essentielles au diagnostic ou au contrôle d'une maladie ou d'une blessure données.

Votre protection au titre de la garantie Soins médicaux comprend uniquement les soins, services et fournitures associés à l'option que vous choisissez, comme il est indiqué dans le **Sommaire des garanties – Canada Vie**.

FRAIS COUVERTS

- Services d'ambulances, y compris les services ambulanciers aériens, jusqu'au centre le plus proche en mesure de fournir les soins voulus.
- Soins infirmiers à domicile donnés par un infirmier autorisé, un infirmier auxiliaire autorisé ou un aide-soignant qui n'est pas membre de votre famille, lorsqu'ils sont donnés au Canada, mais uniquement lorsque les soins nécessitent les compétences spéciales d'un infirmier qualifié.

Avant le début des soins infirmiers à domicile, il serait préférable que vous fassiez établir une évaluation des soins à donner.

- Médicaments et fournitures de médicaments indiqués ci-dessous lorsqu'ils sont prescrits par un médecin ou toute autre personne autorisée à les prescrire en vertu de la loi et qu'ils sont obtenus au Canada. Les prestations visant des frais de médicaments engagés à l'extérieur du Canada ne sont payables qu'aux termes de la clause relative aux soins d'urgence reçus à l'étranger.
 - Médicaments nécessitant une ordonnance écrite conformément à la Loi sur les aliments et drogues (Canada) ou à la législation en vigueur dans la province où ils sont délivrés, y compris les contraceptifs oraux.
 - Préparations injectables, y compris les vitamines, l'insuline et les extraits allergisants. Les seringues pour auto-injection sont également couvertes.
 - Aiguilles jetables s'utilisant avec un dispositif d'injection d'insuline non jetable, lancettes et bandelettes pour tests.
 - Préparations ou composés extemporanés contenant, entre autres ingrédients, un médicament couvert.
 - Certains médicaments ne nécessitant pas légalement une ordonnance peuvent être couverts. Si vous avez des questions, communiquez avec le gestionnaire de votre régime avant d'engager des frais.

Les médicaments couverts sont les suivants :

- médicaments figurant sur les listes des médicaments couverts au Canada ou des médicaments nécessitant une autorisation spéciale (AS), établies par le gestionnaire de demandes de règlement électroniques pour médicaments, en vigueur à la date d'achat,
- fournitures pour diabétiques, et
- tous les autres médicaments admissibles qui ne figurent pas sur la liste de médicaments couverts.

Restriction relative aux médicaments de remplacement

Conformément à ses pratiques d'évaluation en vigueur au moment de la demande de règlement, la Canada Vie peut limiter les frais couverts pour un médicament au coût d'un médicament de remplacement moins cher.

« Médicament de remplacement » désigne, sans s'y limiter :

- a) un médicament générique équivalent au médicament d'origine reconnu comme étant interchangeable en vertu de la loi de la province ou du territoire où le médicament est délivré; ou
- b) un produit biologique ultérieur.

Le droit de limiter les frais couverts ne s'applique pas si la documentation médicale indiquant une contre-indication au médicament de remplacement est fournie.

En ce qui concerne les médicaments couverts par le régime d'assurance-médicaments en vigueur dans votre province, le remboursement au titre du présent régime se limite à la franchise et à votre part du règlement proportionnel prévus aux termes du régime provincial.

- Location ou, au choix de la Canada Vie, achat de certaines fournitures et prothèses et de certains appareils prescrits par un médecin.
- Orthèses du pied sur mesure et chaussures orthopédiques adaptées, y compris les modifications apportées à des chaussures orthopédiques, lorsqu'elles sont prescrites par un médecin.
- Aides auditives, y compris les piles, les raccords et les embouts auriculaires obtenus à l'achat, lorsqu'elles sont prescrites par un médecin.
- Fournitures pour diabétiques prescrites par un médecin : systèmes d'injection Novolin-Pen et autres systèmes d'injection avec aiguilles semblables; dispositifs de prélèvement de sang, y compris les plaques mais pas les lancettes. Les lancettes sont couvertes aux termes de la garantie Médicaments sur ordonnance.
- Les systèmes de surveillance du glucose flash et en mode continu à la couverture du régime BC Avantages pour les participants actifs (divisions BCOC, MBC, BCOQ et UÉBFC). La couverture est assujettie aux limites de frais raisonnables et habituels (établies par notre assureur, la Canada Vie), et les lecteurs de glycémie en mode continue ont un plafond annuel de 4 000 \$.
- Pompes à perfusion d'insuline externe prescrites par un médecin.
- Dispositifs d'injection d'insuline sans aiguille, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin.
- Radiodiagnostic et analyses de laboratoire, lorsqu'ils ne sont pas couverts par le régime de votre province.
- Traitement de blessures aux dents naturelles et saines. Le traitement doit commencer dans les 60 jours suivant l'accident, si l'état de santé du patient le permet.

On entend par « dent saine » toute dent n'ayant nécessité aucune restauration immédiatement avant l'accident. On entend par « dent naturelle » toute dent n'ayant pas été remplacée par une dent artificielle.

Aucune prestation n'est payable dans les cas ci-dessous :

- dommages causés accidentellement aux prothèses amovibles,
- traitement dentaire effectué plus de 12 mois après l'accident,
- diagnostics et soins orthodontiques.

- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un acupuncteur autorisé.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un chiropraticien autorisé (y compris les radiodiagnostic) pour traiter des troubles musculaires ou osseux.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un physiothérapeute autorisé pour corriger les troubles de motricité.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un massothérapeute autorisé.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un naturopathe autorisé.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un homéopathe autorisé.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un ostéopathe autorisé (y compris les radiodiagnostic).
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un podiatre autorisé (y compris les radiodiagnostic) pour traiter les affections du pied.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un psychologue agréé ou un travailleur social dûment qualifié.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un orthophoniste autorisé pour corriger les défauts d'élocution.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un ergothérapeute autorisé.

RÉGIME D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS SENSÉ

Votre protection inclut le régime SENSÉ de la Canada Vie, conçu précisément pour cibler les médicaments sur ordonnance qui engendrent des coûts importants. Le régime SENSÉ comprend :

- le processus d'évaluation SENSÉ, lequel examine de nouveaux médicaments (ou de nouvelles indications pour des médicaments existants) pour déterminer s'ils devraient être exclus de la protection; et
- le contrôle SENSÉ de la gestion des demandes de règlement, lequel fait appel à un programme d'autorisation préalable amélioré, au traitement par étapes, à la coordination de la protection avec d'autres parties, à la recherche de médicaments de remplacement moins chers et à la gestion des dossiers médicaux.

L'objectif consiste à casser le rythme d'augmentation des coûts des médicaments et à assurer la viabilité du régime collectif.

GARANTIE SOINS OCULAIRES

- Examens de la vue, y compris la réfraction de l'œil, lorsqu'ils sont effectués par un ophtalmologiste ou un optométriste autorisé et ne sont pas couverts par le régime de votre province.



BC Avantages

- Lunettes et lentilles de contact nécessaires à la correction de la vision lorsqu'elles sont fournies par un ophtalmologiste, un optométriste ou un opticien autorisé.
- Chirurgie oculaire au laser nécessaire pour corriger la vision, lorsqu'elle est pratiquée par un ophtalmologiste autorisé.

PROGRAMME D'ASSISTANCE MÉDICALE GLOBALE

Ce programme fournit de l'aide médicale grâce à un réseau mondial de communications accessible jour et nuit. Si vous ou une personne à votre charge êtes en vacances, ou encore en voyage d'affaires ou d'études et que vous devez obtenir des soins médicaux de toute urgence, le personnel affecté au programme vous indiquera l'adresse du médecin ou de l'établissement les plus proches en mesure d'offrir les soins voulus et obtiendra l'approbation nécessaire de la Canada Vie. Si vous voyagez au Canada, le programme couvre uniquement les frais engagés pour une urgence survenant à plus de 500 kilomètres de votre domicile. Vous devez être couvert par le régime d'assurance-maladie du gouvernement de votre province de résidence pour être admissible aux garanties de l'Assistance médicale globale. Les soins et services ci-dessous sont couverts, sous réserve de l'approbation préalable de la Canada Vie.

- Frais d'admission à l'hôpital payables sur-le-champ, le cas échéant, jusqu'à concurrence de 1 000 \$.
- Si vous ou une personne à votre charge voyagez au Canada et que les soins appropriés ne sont pas offerts dans un établissement local, frais de transport du malade à l'hôpital le plus près en mesure de fournir les soins voulus. Toutefois, si vous êtes à l'extérieur du Canada, le programme couvre les frais de transport du malade à l'hôpital canadien ou à l'hôpital étranger le plus près offrant les soins requis.

Lorsque les soins et services sont couverts aux termes de la présente disposition, ils ne le sont pas aux termes des autres dispositions décrites dans le présent livret.

- Si vous ou une personne à votre charge voyagez seuls et que vous êtes hospitalisés pendant plus de sept jours, frais de transport et d'hébergement d'un membre de la famille pour qu'il puisse rejoindre le malade. Le programme couvre les frais de transport aller-retour en classe économique et les frais d'hébergement de cette personne dans un hôtel de confort moyen, jusqu'à concurrence de 1 500 \$.
- Si vous ou une personne à votre charge êtes hospitalisés pendant que vous voyagez en compagnie d'une autre personne et que vous ne pouvez respecter vos réservations de vol de retour en raison de votre état de santé ou de celui de la personne à votre charge, frais d'hébergement supplémentaires pour le compagnon de voyage, dans un hôtel de confort moyen, jusqu'à concurrence de 1 500 \$.
- Si vous ou une personne à votre charge et le compagnon de voyage ne pouvez utiliser le billet de retour prépayé pour cause d'hospitalisation, prix équivalent du billet de retour au domicile lorsque celui-ci n'est pas remboursable. Cependant, les frais engagés pour la location d'un véhicule ne sont pas remboursables aux termes du présent alinéa.
- En cas de décès, frais de préparation et de transport du corps jusqu'au lieu du domicile.
- Si vous ou une personne à votre charge êtes hospitalisés ou décédez, coût du billet de retour au domicile pour un mineur seul et, s'il y a lieu, du billet aller-retour d'une personne chargée de l'accompagner.
- Si vous ou une personne à votre charge ne pouvez conduire par suite d'une maladie ou d'une blessure, frais exigés pour ramener votre véhicule ou celui de la personne à votre charge au domicile ou à l'agence de location la plus près, jusqu'à concurrence de 1 000 \$. Aucune prestation n'est

toutefois versée aux termes du présent alinéa lorsque le prix équivalent du billet de retour au domicile est remboursé par le programme.

Les prestations pour l'hébergement sont limitées aux frais engagés dans un hôtel de confort moyen. Les appels téléphoniques, les courses en taxi et les frais de location de voiture sont compris, mais les frais de repas ne sont pas couverts.

SOINS D'URGENCE REÇUS À L'ÉTRANGER

Lorsque vous ou une personne à votre charge êtes en vacances, ou encore en voyage d'affaires ou d'études à l'extérieur du Canada, le régime prévoit le remboursement, le cas échéant, des frais médicaux engagés par suite d'une urgence médicale. Pour être admissible aux prestations, vous devez être couvert par le régime d'assurance-maladie en vigueur dans votre province de résidence.

Par « urgence médicale », on entend toute urgence résultant de blessures fortuites soudaines ou d'une phase aiguë d'une maladie.

Le régime couvre les soins, services et fournitures suivants liés au traitement médical initial :

- soins donnés par un médecin;
- radiodiagnostic et analyses de laboratoire;
- séjour à l'hôpital en salle commune, en chambre à deux lits ou à l'unité de soins intensifs, lorsque le séjour commence pendant que vous ou la personne à votre charge êtes couvert;
- fournitures médicales obtenues au cours d'une hospitalisation couverte;
- soins paramédicaux reçus au cours d'une hospitalisation couverte;
- soins, services et fournitures reçus au service des consultations externes d'un hôpital;
- fournitures médicales obtenues hors du milieu hospitalier qui seraient couvertes au Canada;
- médicaments;
- soins d'infirmier professionnel donnés hors du milieu hospitalier;
- transport par un service d'ambulance autorisé au centre de traitement le plus proche en mesure de donner les soins voulus;
- traitement d'une blessure accidentelle aux dents qui serait couvert au Canada (si vous choisissez le régime Feuille Verte), Le traitement d'une blessure accidentelle aux dents est couvert aux termes de la garantie Soins dentaires si vous choisissez le régime Feuille Orange ou Feuille Bleue.

Si votre état vous permet de revenir au Canada, le remboursement se limite au moindre d'entre les frais qui seraient payables aux termes du présent régime si les soins continuaient d'être reçus à l'étranger et les frais qui seraient payables aux termes du présent régime pour des soins comparables au Canada, plus le coût du retour au pays.

RESTRICTIONS

Aucune prestation n'est payable au titre des frais suivants, sauf disposition contraire prévue par la loi :

- frais dont la loi interdit tout remboursement de la part d'un assureur privé;
- soins, services ou fournitures pour lesquels il y a des frais seulement parce que vous bénéficiez d'une protection d'assurance;
- partie des frais pour des soins, services ou fournitures qui est remboursable aux termes du régime d'assurance-maladie gouvernemental en vigueur dans votre province de résidence, que vous soyez ou non couvert aux termes du régime d'assurance-maladie gouvernemental;

- partie des soins, services ou fournitures que vous avez le droit de recevoir ou qui vous donne droit à une prestation ou à un remboursement aux termes de la loi ou d'un régime régi, financé ou administré en tout ou en partie par l'État (« régime d'État »), sans égard à la protection offerte aux termes du présent régime. Aux fins de la présente restriction, le terme « régime d'État » ne s'entend pas d'un régime collectif à l'intention de fonctionnaires;
- soins, services ou fournitures qui ne constituent pas un traitement raisonnable;
- soins, services ou fournitures liés :
 - à un traitement donné uniquement à des fins d'esthétique;
 - aux divertissements et aux activités sportives, mais non à l'exercice des activités quotidiennes ordinaires;
 - au diagnostic ou au traitement de l'infertilité;
 - à la contraception non orale;
- soins, services ou fournitures non énumérés dans la liste des frais couverts;
- fournitures médicales de rechange ou de remplacement;
- soins, services ou fournitures obtenus à l'extérieur du Canada, sauf tel qu'il est prévu dans la clause relative aux soins d'urgence reçus à l'étranger et à la partie intitulée Assistance médicale globale;
- soins, services ou fournitures obtenus à l'extérieur de la province mais au Canada, sauf si vous êtes couvert par le régime d'assurance-maladie gouvernemental en vigueur dans votre province de résidence et si la Canada Vie aurait versé des prestations pour des soins, services et fournitures comparables s'ils avaient été reçus dans votre province de résidence. Cette restriction ne s'applique pas aux frais couverts par l'Assistance médicale globale;
- frais engagés par suite de la guerre, d'une insurrection ou de la participation volontaire à une émeute;
- soins aux malades chroniques;
- soins donnés par un podiatre dont une partie des frais est remboursée par l'Assurance-santé de l'Ontario. Des prestations pour ces soins sont payables uniquement quand le plafond annuel fixé par l'Assurance-santé de l'Ontario est atteint;
- soins, services et fournitures oculaires demandés par l'employeur comme condition d'embauche.

En outre, aucune prestation n'est payable aux termes de la garantie Médicaments sur ordonnance en remboursement des frais ci-dessous :

- atomiseurs, appareils, prothèses, fournitures nécessaires par suite d'une colostomie, fournitures nécessaires à l'analyse, au diagnostic ou à l'administration des premiers soins;
- dispositifs d'injection d'insuline non jetables ou dispositifs à ressort utilisés dans le prélèvement du sang;
- dispositifs nécessaires à l'administration de médicaments devant être inhalés;
- vitamines s'administrant par voie orale, minéraux, suppléments diététiques, préparations homéopathiques, préparations lactées pour bébés et solutions injectables servant à l'alimentation parentérale totale;
- diaphragmes, condoms, gelées, mousses, éponges, suppositoires, implants et autres produits ou articles servant habituellement à des fins contraceptives;
- produits antitabagiques, sauf disposition contraire prévue par la loi;
- médicaments contre l'infertilité, sauf disposition contraire prévue par la loi;
- médicaments n'ayant pas de code d'identification numérique, tel qu'il est stipulé dans la Loi sur les aliments et drogues (Canada);
- tout achat de médicaments ne pouvant être normalement utilisé au cours d'une période de 100 jours;
- médicaments délivrés par un dentiste, une clinique ou une officine hospitalière non agréée;
- médicaments administrés à l'hôpital lors d'un traitement en salle d'urgence ou d'une hospitalisation;
- vaccins et anatoxines donnés à des fins préventives pour conférer une immunisation;



BC Avantages

- extraits allergisants non injectables;
- médicaments qui sont considérés comme des produits cosmétiques, tels que les solutions topiques de minoxidil et les écrans solaires, qu'ils soient ou non prescrits à des fins médicales;
- médicaments ou fournitures pharmaceutiques qui ne figurent pas sur la *Liste de médicaments* publiée par la *Régie de l'assurance maladie du Québec* en vigueur à la date d'achat ou qui sont reçus à l'extérieur de la province, lorsqu'ils sont prescrits pour un enfant à charge qui est un étudiant âgé de plus de 24 ans et que vous êtes un résident du Québec.

À noter : Si vous êtes âgé de 65 ans ou plus et résidez au Québec, vous cessez d'être couvert aux termes de la protection de base pour les médicaments sur ordonnance du présent régime et êtes couvert aux termes de l'assurance-médicaments de base de la *Régie de l'assurance maladie du Québec*, à moins que vous ne choisissiez de conserver la protection du présent régime tel qu'il est indiqué ci-dessous.

Il est possible d'opter pour la protection du présent régime qu'une seule fois. Vous devez faire un tel choix et en informer le gestionnaire de votre régime avant l'expiration d'une période de 60 jours suivant immédiatement :

- la date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans; ou
- si vous êtes âgé de 65 ans ou plus, la date à laquelle vous devenez résident du Québec, au sens de la Loi sur l'assurance maladie du Québec.

Lorsque vous choisissez d'être couvert aux termes du présent régime, vous êtes réputé ne pas être admissible à l'assurance-médicaments de base de la *Régie de l'assurance maladie du Québec*.

Par « protection de base pour les médicaments sur ordonnance », on entend la part des frais de médicaments qui est remboursée par la *Régie de l'assurance maladie du Québec*.

SOINS DE SANTÉ EN LIGNE PAR CONSULT+

Consult+ est un service de soins de santé virtuels qui est offerts aux participants de *BC Avantages*, ainsi qu'à leur conjoint et à leurs enfants à charge.

Consult+ vous propose un accès en ligne sécurisé, jour et nuit et sur demande, à des spécialistes de la santé du Canada. **Vous pouvez y accéder à l'aide de votre appareil mobile ou d'un ordinateur – quand et où vous en avez besoin**

Ces services sont particulièrement utiles à ceux qui voyagent beaucoup et ceux qui travaillent de longues heures, et qui ont de la difficulté à prendre – ou à respecter – un rendez-vous chez leur fournisseur de soins primaire. Ils s'inscrivent dans le cadre de tous les efforts que nous déployons pour favoriser votre mieux-être et celui de votre famille.

SERVICES

Fournis en partenariat avec la Canada Vie, les services de Consult+ sont offerts par l'intermédiaire de Dialogue – l'un des principaux fournisseurs de télémédecine au Canada.

Vous et les membres admissibles de votre famille pourrez vous inscrire à Consult+ et y avoir un **accès illimité** afin d'obtenir bon nombre des services pour lesquels vous consulteriez habituellement votre fournisseur de soins primaires, dont :

- les allergies, le rhume et la grippe
- la dépression et l'anxiété
- des problèmes de la peau et de la vue
- ...et plus encore

Les cliniciens de Consult+ peuvent fournir :

- des diagnostics et des conseils
- des médicaments (nouvelles ordonnances et renouvellements)
- des réquisitions de laboratoire ou d'imagerie
- des renvois vers des spécialistes

Consult+ peut représenter un excellent ajout à votre équipe habituelle de soins de santé. Avec votre consentement, les notes médicales issues de vos consultations virtuelles peuvent être transmises à votre médecin de famille. Bien entendu, vos renseignements médicaux ne seront jamais communiqués au régime *BC Avantages* ni à la Canada Vie.

ACCÈS À CONSULT+

Vous pouvez vous inscrire à Consult+, puis y ajouter tous les membres admissibles de votre famille. Pour créer votre compte, vous aurez besoin de votre numéro d'identification du participant et du numéro du régime (156241 ou 156243).

Il suffit d'ouvrir une session dans [Ma Canada Vie au travail](#), de vous rendre à Couvertures et soldes, de sélectionner Soins médicaux, de faire dérouler le menu jusqu'à Autres garanties, puis de suivre les instructions.



BC Avantages

Pour ajouter des membres de votre famille, utilisez la case déroulante près de votre nom pour sélectionner Famille. Vous pouvez ajouter des personnes à charge de moins de 14 ans à votre compte. Pour ce qui est de votre conjoint et de vos personnes à charge de 14 ans et plus, vous pouvez leur envoyer une invitation par courriel pour créer leur propre compte.

CORECONTACT – PROGRAMME D’AIDE AUX EMPLOYÉS

Le programme d’aide aux employés (PAE) CoreContact est une garantie dont le coût est réglé par votre employeur. Les PAE visent à aider les employés et leur famille à composer avec des préoccupations professionnelles et personnelles susceptibles d’avoir une incidence sur leur santé, leur bien-être et leur rendement au travail. Ils proposent des services confidentiels de consultation et d’orientation à participation volontaire dans une optique à court terme. Les services prévus par votre programme CoreContact sont fournis par Solutions Mieux-être LifeWorks de Morneau Shepell, qui figure parmi les principaux prestataires de PAE au Canada.

En tant que participants au programme CoreContact, vous et les membres admissibles de votre famille pouvez vous adresser à des professionnels qualifiés qui offrent des services de consultation et une panoplie de ressources pour vous soutenir en cas de préoccupations ou de conflits d’ordre personnel, familial ou professionnel. Ce service accessible sans frais est à votre disposition jour et nuit. Les services de consultation peuvent prendre la forme de conversations au téléphone, en personne, en ligne ou par texto. Même si elle n’est pas complète, la liste suivante décrit les services offerts par votre PAE :

Services de soutien à la famille - ressources et soutien d’ordre professionnel pour aider à surmonter des difficultés liées à la famille et à la vie personnelle, par exemple trouver des services de garde d’enfants, obtenir de l’aide relativement à des parents vieillissants, etc.

Services de soutien financier - conseils de la part d’experts financiers : planification budgétaire et gestion de l’argent, gestion de la dette, planification de la retraite, etc.

Services de soutien juridique - services de consultation confidentiels qui renseignent et donnent des précisions au sujet de l’application de la loi dans une situation donnée : questions ayant trait aux propriétaires et aux locataires, aux testaments et aux successions, aux procès civils, au droit criminel, etc. Solutions Mieux-être LifeWorks vous dirigera aussi vers des ressources, au besoin.

Encadrement de la santé - conseils prodigués par des experts en soins de santé et en nutrition : gestion du poids, services d’encadrement de la santé, aide pour se retrouver dans le système de santé canadien, etc.

Services en ligne - programme de gestion du stress, jeux en ligne pour diminuer le stress, programme en ligne d’abandon du tabac, services de consultation avec un conseiller du PAE par vidéoconférence ou clavardage.

Pour plus de renseignements sur le PAE ou pour obtenir un soutien confidentiel

Rendez-vous à login.lifeworks.com ou téléchargez l’appli LifeWorks (Android ou iOS).

Code d’utilisateur : canadavie

Mot de passe : synervie

Ou, composez sans frais :

1-800-361-5676 pour les services en français

1-800-387-4765 pour les services en anglais

BEST DOCTORS^{MD}

Dans le cadre de vos avantages sociaux, le Réseau Best Doctors vous propose, à vous et aux personnes à votre charge admissibles, un service personnel et confidentiel. Lorsque vous êtes atteint d'un problème de santé, il met une gamme de services à votre disposition en complément aux soins de votre médecin traitant. Du simple avis médical à des examens exhaustifs de vos dossiers médicaux et recommandations de traitement, le Réseau Best Doctors offre une certitude médicale au moment où vous en avez le plus besoin.

Vous pouvez accéder aux services du Réseau Best Doctors en composant le **1 877 419-2378**. Vous serez mis en lien avec un représentant attiré, en l'occurrence un infirmier autorisé, qui évaluera vos besoins et veillera à ce que vous receviez les services conçus pour vous aider à continuer avec assurance à recevoir vos soins.

Services du Réseau Best Doctors

- Si vous devez composer avec une affection grave, le Réseau Best Doctors examinera votre dossier médical pour confirmer que votre diagnostic est juste et que vous obtenez les meilleures options de traitement. Un représentant veillera à obtenir les données et les dossiers relatifs à votre état de santé, y compris les résultats d'examens par imagerie et les spécimens pathologiques, et à les transmettre à une équipe de médecins formés à Harvard qui analyseront vos dossiers et réévalueront tout spécimen pathologique. Un médecin expert spécialisé dans le traitement de votre affection évaluera d'abord votre dossier. Il vous remettra ensuite un rapport écrit complet qui inclut un diagnostic et des recommandations de traitement.
- Si vous recherchez un médecin spécialiste, le Réseau Best Doctors lancera une recherche personnalisée dans sa base de données de spécialistes canadiens chevronnés, en tenant compte de vos critères et de vos préférences géographiques. Le représentant communiquera aussi avec les spécialistes pour confirmer qu'ils acceptent de nouveaux patients¹.
- Quand il est nécessaire de faire appel à un médecin expert ou à un établissement de soins réputé à l'extérieur du Canada, un représentant lancera une recherche dans la base de données mondiale du Réseau Best Doctors constituée de plus de 53 000 spécialistes désignés par leurs pairs afin de trouver l'expert ou les experts les plus pertinents en fonction de vos besoins. Il s'assurera également que les spécialistes ou les établissements acceptent de nouveaux patients et se renseignera au sujet des coûts et des exigences en matière d'orientation de patient. De plus, le représentant vous aidera à leur fournir vos renseignements médicaux².
- Si vous avez des préoccupations quant à votre état de santé ou souhaitez obtenir des conseils et des renseignements, le Réseau Best Doctors vous propose de l'information et des ressources, un soutien individualisé et un encadrement personnalisé en matière de santé pour une vaste gamme de problèmes médicaux. Il peut également vous renseigner sur des services et des programmes de soutien offerts dans votre région.

¹ Pour avoir accès à un spécialiste canadien, une demande de consultation est requise de la part de votre médecin traitant. Les frais liés au traitement, aux déplacements et à l'hébergement sont à la charge du participant.

² Les frais liés au traitement, aux déplacements et à l'hébergement sont à la charge du participant.

GARANTIE SOINS DENTAIRES

DÉFINITIONS

Utilisés dans la présente section, les termes et les expressions qui suivent ont le sens qui leur est donné ci-dessous.

- (1) Par « dentiste », on entend une personne autre que l'assuré ou un membre de la famille de l'assuré, diplômée en dentisterie, dûment qualifiée dans la province ou le territoire où les soins dentaires sont prodigués et habilitée à fournir des soins dentaires dans les limites de ses compétences.
- (2) Par « traitement orthodontique », on entend les appareils orthodontiques fixes et amovibles utilisés dans le cadre d'un traitement orthodontique. Cela comprend les frais liés à l'observation, aux ajustements, aux réparations, aux modifications, à l'enlèvement et à la rétention.
- (3) Un « plan de traitement orthodontique » préparé par le prestataire de soins dentaires doit renfermer les renseignements suivants :
 - (a) les soins recommandés en vue de traiter adéquatement la personne,
 - (b) la durée approximative du traitement,
 - (c) le total facturé pour le traitement.
- (4) Par « frais courants », on entend le moindre d'entre :
 - (a) le montant applicable aux praticiens généralistes qui figure dans le barème des honoraires de soins dentaires indiqué dans le sommaire des garanties. Si les soins sont donnés par un denturologiste, les frais indiqués dans le barème des denturologistes s'appliquent. Le barème des soins relatifs aux hygiénistes dentaires s'applique aux soins donnés par un hygiéniste dentaire indépendant. Si les soins sont donnés par un dentiste spécialiste, le montant du barème des honoraires relatif à sa spécialité s'applique;
 - (b) les frais couramment demandés dans la région où les soins sont donnés;
 - (c) les honoraires maximums fixés par la loi.

Tous les frais sont remboursés selon l'option du régime que vous avez choisie et les règlements proportionnels indiqués dans le **Sommaire des garanties – Canada Vie**. L'indemnisation aux termes du régime peut être assujettie à certains plafonds et à certaines restrictions quant à la fréquence. Consultez le **Sommaire des garanties – Canada Vie** à ce sujet.

Le régime couvre les frais courants engagés pour les soins, services et fournitures ci-dessous, jusqu'à concurrence des honoraires maximums du barème de soins dentaires indiqué dans le **Sommaire des garanties – Canada Vie**. Si les soins sont donnés par un denturologiste, les frais indiqués dans le barème des denturologistes s'appliquent. Le barème des soins relatifs aux hygiénistes dentaires s'applique aux soins donnés par un hygiéniste dentaire indépendant.

Pour être couverts, les soins, services et fournitures doivent constituer un traitement raisonnable. Un traitement est considéré comme raisonnable s'il est accepté par l'Association dentaire canadienne, s'il est reconnu comme efficace et si sa nature, sa fréquence et sa durée sont essentielles à la santé dentaire de la personne. Pour être considéré comme raisonnable, le traitement doit être effectué par un dentiste, sous la supervision de celui-ci, par un hygiéniste dentaire indépendant autorisé, ou par un denturologiste.

PLAN DE TRAITEMENT

Avant le début de tout traitement dentaire coûteux ou encore de tout traitement orthodontique, faites établir un plan de traitement par votre prestataire de soins dentaires, puis présentez-le à la Canada Vie. Cette dernière calculera les prestations payables pour que vous puissiez connaître à l'avance la part approximative des frais que vous aurez à payer.

SOINS ORDINAIRES

Les frais engagés dans les cas suivants sont couverts.

- Soins diagnostiques, dont :
 - un examen buccal complet par période de 36 mois;
 - un examen buccal partiel par période de 12 mois (une fois par période de 6 mois pour les enfants à charge de moins de 22 ans); toutefois, un seul examen buccal partiel est couvert si un examen buccal complet est effectué dans la même période de 12 mois;
 - un examen parodontal partiel par période de 12 mois (une fois par période de 6 mois pour les enfants à charge de moins de 22 ans);
 - une série complète de radiographies par période de 36 mois;
 - radiographies intrabucales (jusqu'à concurrence de 15 pellicules par période de 36 mois) et une radiographie panoramique par période de 36 mois. De telles radiographies ne sont pas couvertes lorsqu'elles sont effectuées pendant la même période de 12 mois qu'une série complète de radiographies.

- Soins préventifs, dont :
 - polissage et application topique de fluorure une fois par période de 12 mois (une fois par période de 6 mois pour les enfants à charge de moins de 22 ans);
 - détartrage des dents à raison d'un maximum de 8 unités de temps par année civile combiné avec les soins parodontaux d'aplanissement des racines (une unité de temps désigne toute période d'au plus 15 minutes);
 - conseils d'hygiène bucco-dentaire, à raison d'une fois pendant toute la durée de la protection;
 - résine pour scellement des puits et fissures sur les prémolaires et les molaires permanentes à raison d'une fois par période de 60 mois;
 - mainteneurs d'espace, y compris les appareils servant à corriger les mauvaises habitudes;
 - finition d'obturations;
 - meulage interproximal;
 - retouches aux contours des dents.

- Soins de restauration ordinaires, dont :
 - traitement des caries et des blessures et soulagement de la douleur;
 - obturations au moyen d'amalgames ou de matériaux esthétiques; le remplacement d'une obturation existante est couvert uniquement s'il s'est écoulé au moins deux ans depuis la date à laquelle l'obturation existante a été réalisée ou si celle-ci n'était pas couverte aux termes de la présente garantie;
 - tenons de rétention et tenons préfabriqués pour obturations;
 - couronnes préfabriquées pour dents temporaires.

- Soins endodontiques. Le traitement radiculaire des dents permanentes se limite à un seul traitement par dent; un second traitement est couvert seulement si le premier ne donne pas les résultats escomptés dans les 18 mois.
- Soins parodontaux, dont :
 - aplanissement des racines à raison d'un maximum de 8 unités de temps par année civile combiné avec le détartrage des dents à titre préventif;
 - ajustement et équilibrage de l'occlusion, jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de 4 unités de temps par période de 12 mois.

Une unité de temps désigne toute période d'au plus 15 minutes.

- Entretien des prothèses amovibles, après l'expiration d'une période de trois mois suivant la mise en place, dont :
 - regarnissage de prothèses amovibles qui servent depuis au moins 6 mois, une fois par période de 36 mois;
 - rebasage de prothèses amovibles qui servent depuis au moins 2 ans, une fois par période de 36 mois;
 - garnissage souple lors du garnissage ou du rebasage de prothèses amovibles, une fois par période de 36 mois.
- Chirurgie buccale.
- Soins complémentaires.

SOINS EXTRAORDINAIRES

- Couronnes. La protection relative à une couronne mise en place sur une molaire se limite au coût d'une couronne ordinaire. Dans le cas d'une intervention complexe, le remboursement se limite au coût d'une couronne ordinaire.
- Incrustations de surface. La protection relative à une incrustation de surface avec matériaux esthétiques sur une molaire se limite au coût d'une incrustation de surface en métal.

Le remplacement de couronnes et d'incrustations de surface existantes est couvert uniquement lorsque la restauration existante date d'au moins cinq ans et qu'elle ne peut être réparée.

- Prothèses amovibles complètes ordinaires, prothèses amovibles partielles ordinaires (moulées ou en acrylique) ou prothèses hybrides (ou télescopiques) ou ponts, lorsque ces prothèses ou ponts sont nécessaires pour remplacer une ou plusieurs dents naturelles extraites en cours de garantie. Les prothèses hybrides (ou télescopiques) ou ponts sont couverts si la mise en place de prothèses amovibles ordinaires complètes ou partielles ne constitue pas un traitement adéquat. En ce qui concerne les dispositifs de rétention réalisés au moyen de matériaux esthétiques et les pontiques mis en place sur des molaires, le régime couvre uniquement les frais de dispositifs de rétention et de pontiques en métal. Le remplacement d'un appareil existant est couvert uniquement dans les cas suivants :
 - l'appareil existant est un appareil temporaire couvert;

- l'appareil existant sert depuis au moins cinq ans et ne peut pas être réparé. Le remplacement d'un appareil existant qui sert depuis moins de cinq ans sera remboursé s'il ne peut plus servir pendant que la personne bénéficie d'une protection et par suite de la mise en place d'une première prothèse antagoniste ou de l'extraction d'autres dents.

Si d'autres dents sont extraites, mais que l'appareil existant peut encore servir, seuls les frais engagés pour le remplacement des dents extraites sont couverts.

- Chirurgie liée au port d'une prothèse amovible (remodelage et retouches aux contours des tissus buccaux).
- Entretien de prothèses amovibles ou de ponts après l'expiration d'une période de trois mois suivant la mise en place :
 - réfection de prothèses amovibles, une fois par période de 36 mois;
 - ajustement de prothèses amovibles, une fois par période de 12 mois;
 - réparation d'une prothèse amovible et ajouts nécessaires, mise en condition tissulaire et repositionnement des dents de la prothèse amovible;
 - réparations des ponts couverts;
 - enlèvement et recimentation de ponts.

SOINS ORTHODONTIQUES

- Les soins orthodontiques sont couverts à l'égard des personnes âgées de 6 à 18 ans au début du traitement.

PROTECTION EN CAS DE BLESSURE ACCIDENTELLE AUX DENTS

- Traitement de blessures aux dents naturelles et saines. Le traitement doit commencer dans les 60 jours suivant l'accident, si l'état de santé du patient le permet.

On entend par « dent saine » toute dent n'ayant nécessité aucune restauration immédiatement avant l'accident. On entend par « dent naturelle » toute dent n'ayant pas été remplacée par une dent artificielle.

RESTRICTIONS

Si vous ne demandez pas la garantie Soins dentaires dans les 90 jours suivant la date à laquelle vous y devenez admissible, la couverture des soins dentaires est assujettie à certaines restrictions, sauf dans les cas où les frais sont engagés entièrement en raison d'un accident survenu après la prise d'effet de la protection.

- Les frais pour les soins ordinaires sont limités à 250 \$ durant les 90 premiers jours de la protection.
- Les frais pour les soins extraordinaires sont limités à 250 \$ durant les 12 premiers mois de la protection.
- Les frais pour les soins orthodontiques sont limités à 250 \$ durant les 12 premiers mois de la protection.

Aucune prestation n'est payable dans les cas ci-dessous :

- Doubles de radiographies, gouttières personnalisées pour fluoruration, conseils audiovisuels d'hygiène bucco-dentaire et conseils en matière de nutrition.
- Soins endodontiques suivants : traitement radiculaire d'une dent temporaire, isolement d'une ou de plusieurs dents, alésage de la chambre pulpaire et implants intracoronaires endo-osseux.
- Soins parodontaux suivants : désensibilisation, application topique d'agents antimicrobiens, irrigation parodontale sous-gingivale, soins post-chirurgicaux et évaluations parodontales après le traitement.
- Soins chirurgicaux suivants : implantologie, déplacement chirurgical de dents, soins nécessaires pour remodeler ou retoucher les contours des tissus buccaux (autres que l'alvéoloplastie mineure, la gingivoplastie et la stomatoplastie) et alvéoloplastie ou gingivoplastie effectuée au moment de l'extraction d'une ou de plusieurs dents. Le remodelage et la retouche des contours des tissus buccaux sont couverts au titre de la protection relative aux soins extraordinaires.
- Hypnose et acupuncture.
- Facettes prothétiques, retouches aux contours de couronnes existantes et coloration de la porcelaine.
- Couronnes ou incrustations de surface si la dent avait pu être reconstituée autrement. Le remboursement de couronnes, d'incrustations de surface et d'incrustations en profondeur se limite aux frais couverts pour obturations.
- Les prothèses hybrides (ou télescopiques) ou la mise en place d'un premier pont lorsqu'un traitement adéquat aurait été possible à l'aide de prothèses amovibles ordinaires (partielles ou complètes).

En ce qui concerne les prothèses hybrides (ou télescopiques), le régime rembourse jusqu'à concurrence des frais prévus pour des prothèses amovibles complètes ordinaires.

En ce qui concerne la mise en place d'un premier pont, le régime rembourse jusqu'à concurrence des frais prévus pour des prothèses amovibles partielles ordinaires moulées et les frais de restauration de dents piliers lorsqu'une telle restauration est nécessaire pour des raisons autres que la mise en place d'un pont.

Si un autre pont est mis en place sur la même arcade dentaire dans les 60 mois de la mise en place du premier pont, le régime rembourse jusqu'à concurrence des frais prévus pour l'ajout d'une ou de plusieurs dents à une prothèse amovible et les frais de restauration de dents piliers lorsqu'une telle restauration est nécessaire pour des raisons autres que la mise en place d'un pont.

Le remboursement est limité aux frais prévus pour des prothèses amovibles ou des ponts ordinaires dans le cas de la mise en place de prothèses équilibrées ou gnathologiques, de prothèses amovibles avec attachements de type amortisseur « stress breaker », d'attachements de précision ou de semi-précision, de prothèses amovibles avec connecteurs de type « swing lock », de prothèses hybrides (ou télescopiques) partielles ou encore de prothèses amovibles ou de ponts attachés à des implants.

- Frais couverts au titre de la garantie de prolongation de la protection d'un autre régime collectif.
- Traitement de blessures accidentelles aux dents effectué plus de 12 mois après l'accident, réparation ou remplacement de prothèses amovibles et soins orthodontiques.



BC Avantages

- Frais dont la loi interdit tout remboursement aux termes d'un régime privé.
- Soins, services ou fournitures auxquels vous avez droit gratuitement en vertu d'une loi quelconque ou pour lesquels il y a des frais seulement parce que vous bénéficiez d'une protection d'assurance.
- Soins, services ou fournitures qui ne constituent pas un traitement raisonnable.
- Soins donnés uniquement à des fins d'esthétique.
- Correction de malformations congénitales ou liées à la croissance chez les personnes de 19 ans ou plus, exception faite des soins orthodontiques.
- Diagnostic ou traitement des troubles de l'articulation temporo-mandibulaire, correction de la dimension verticale ou soins nécessaires au soulagement de la douleur myofasciale.
- Frais engagés par suite de la guerre, d'une insurrection ou de la participation volontaire à une émeute.

COMPTE DE GESTION DES DÉPENSES SANTÉ (CGDS)

Le Compte de gestion des dépenses santé (CGDS) s'apparente à un compte de banque en ce sens qu'il vous permet d'obtenir le remboursement de frais médicaux et dentaires, jusqu'à concurrence d'un montant de crédits annuels prédéterminé. Votre employeur établit le nombre de crédits pour votre compte avant chaque année de protection. Les crédits se fondent sur l'option que vous choisissez, comme il est indiqué dans le **Sommaire des garanties – Canada Vie**. Ces crédits peuvent être affectés au remboursement de frais non couverts au titre de régimes collectifs d'assurance-maladie supplémentaire ou servir à procurer une protection d'appoint relativement à la partie des frais non couverts au titre de tels régimes (notamment les franchises et les règlements proportionnels). Les crédits sont destinés aux frais couverts engagés au cours de l'année de protection. Les crédits non utilisés à la fin de toute année de protection sont reportés à votre compte pour être affectés aux frais couverts engagés au cours de l'année de protection suivante. S'ils ne sont pas affectés avant la fin de cette année, les crédits sont automatiquement perdus.

Le plafond de remboursement annuel au titre du CGDS correspond aux crédits versés dans le compte au début de l'année de protection plus, le cas échéant, les crédits non utilisés reportés de l'année de protection précédente.

ADMISSIBILITÉ

Vous et les personnes à votre charge êtes admissibles aux crédits du CGDS par l'entremise de votre employeur si vous avez une protection au titre des soins médicaux de base aux termes du régime Feuille Verte ou Feuille Orange (y compris si vous avez renoncé à la protection au titre des soins médicaux prévue par le régime Feuille Orange dans le cas où vous bénéficiez d'une autre protection comparable). Outre les personnes à charge admissibles aux termes de votre protection de soins médicaux de base, est également admissible toute autre personne à l'égard de laquelle vous pouvez vous prévaloir d'un crédit d'impôt pour frais médicaux en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada).

EXPIRATION

Votre protection au titre du CGDS prend fin à la date d'expiration de votre protection de soins médicaux de base, à la date à laquelle vous mettez fin à votre participation (à l'occasion de toute date d'inscription au régime) ou à la date à laquelle votre employeur met fin à la protection.

La protection des personnes à votre charge au titre du CGDS prend fin à la date d'expiration de votre protection ou à la date à laquelle les personnes à votre charge n'y sont plus admissibles, selon la première éventualité.

FRAIS COUVERTS

La Loi de l'impôt sur le revenu (Canada) régit les types de frais qui peuvent être remboursés aux termes du CGDS. Fondamentalement, il s'agit des frais qui sont admissibles au crédit d'impôt pour frais médicaux. Pour obtenir la liste complète des frais admissibles, procurez-vous auprès du bureau de district de l'Agence du revenu du Canada un exemplaire du Bulletin d'interprétation en matière d'impôt sur le revenu IT-519R.

Des prestations sont versées pour la totalité des frais couverts que vous et les personnes à votre charge engagez pendant que vous êtes couverts relativement à de tels frais, jusqu'à concurrence du plafond de remboursement annuel correspondant aux crédits dans votre CGDS. Les frais pour soins dentaires, à l'exception des soins orthodontiques, sont réputés être engagés à la date marquant la fin du traitement.

Les frais pour soins orthodontiques sont réputés être engagés périodiquement pendant toute la durée du traitement. Tous les autres frais sont réputés être engagés à la date à laquelle la personne reçoit les soins, services ou fournitures.

RESTRICTIONS

Aucune prestation n'est payable dans les cas ci-dessous :

- frais dont le remboursement aux termes d'un régime privé est interdit par la loi;
- soins, services ou fournitures auxquels vous avez droit gratuitement en vertu de la loi ou pour lesquels des frais sont facturés uniquement parce que vous êtes couvert aux termes d'un régime privé d'avantages sociaux;
- toute partie des frais pour soins, services ou fournitures pour laquelle des prestations sont payables aux termes de votre protection de soins médicaux de base, d'un autre régime collectif ou d'un régime de l'État.

SOMMAIRE DES GARANTIES – CHUBB

Couverture	Montant de la couverture	Âge de cessation
ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DE BASE	<ul style="list-style-type: none"> Participants non-retraités de moins de 65 ans - 25 000 \$ Participants non-retraités de 65 ans et plus et participants retraités - 5 000 \$ 	70 ans
ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS FACULTATIVE	<ul style="list-style-type: none"> Pour votre conjoint, si vous avez des enfants : 40 % du montant de votre couverture Pour votre conjoint, si vous n'avez pas d'enfant : 50 % du montant de votre couverture Pour chaque enfant, si vous avez un conjoint : 10 % du montant de votre couverture Pour chaque enfant, si vous n'avez pas de conjoint : 15 % du montant de votre couverture 	<ul style="list-style-type: none"> Participant : 65 ans (âge du participant) ou âge du participant à son départ à la retraite, selon la première éventualité Conjoint : 65 ans (âge du participant ou du conjoint) ou âge du participant à son départ à la retraite, selon la première éventualité Enfants : 65 ans (âge du participant) ou âge du participant à son départ à la retraite, selon la première éventualité

DÉFINITIONS

Le « **capital assuré d'un enfant** » signifie le pourcentage applicable du montant d'assurance que vous (du membre) avez souscrit pour vous-même. Le montant maximal du capital assuré sera de 100 000 \$.

Par « **ceinture de sécurité** », on entend les ceintures qui font partie du système de retenue des occupants du véhicule.

Par « **Coma** » : on entend un état d'inconscience de l'assuré pour une période continue d'au moins 96 heures pendant laquelle les stimulations externes ne produisent que des réflexes d'évitement. Un médecin spécialisé en neurologie doit confirmer le diagnostic par écrit.

« **Conseiller professionnel** » signifie un thérapeute ou un conseiller habilité à offrir de tels services.

Par « **enfants à charge** », on entend enfants naturels, adoptés, issus d'un mariage précédent ou d'une union de fait du membre qui sont admissibles, célibataires et qui dépendent principalement du membre ou du conjoint du membre pour leur soutien financier.

Par « **enfants survivants** », on entend vos enfants à charge, au sens de la définition de « personnes à charge admissibles » qui figure dans les présentes, pourvu que ces enfants vous survivent et survivent à votre conjoint pendant au moins 24 heures.

Par « **hôpital** », tel qu'utilisé dans les présentes, on entend un établissement légalement constitué qui satisfait aux exigences suivantes : (1) cet établissement s'occupe principalement de la réception, des soins et du traitement des personnes malades ou blessées qui sont hospitalisées ; (2) il fournit, 24 heures sur 24, des soins infirmiers prodigués par des infirmières ou infirmiers diplômés ou autorisés ; (3) le personnel compte un ou plusieurs médecins dûment autorisés, disponibles en tout temps ; (4) il fournit des services de diagnostic et d'intervention chirurgicale ; et (5) il n'est pas principalement une clinique, une maison de soins infirmiers ou de convalescence ou un établissement semblable et n'est pas, autre que par incidence, un établissement pour alcooliques ou toxicomanes.

« **Invalidité totale ou totalement invalide** » : En ce qui a trait à l'exonération des primes, état d'incapacité résultant d'une blessure ou d'une maladie qui empêche le membre d'exercer les fonctions de son poste habituel pendant 6 mois consécutifs.

Par « **membre de la famille immédiate** » on entend le conjoint, parents, enfants, frères et sœurs de l'assuré (lesdites personnes peuvent être membres de la famille immédiate de l'assuré par liens naturels, par alliance, par adoption ou par remariage).

Par « **mort cérébrale** », on entend un état d'inconscience irréversible où toute fonction cérébrale a disparu ; absence totale d'activité électrique dans le cerveau, même si le cœur continue de battre.

Par « **personne hospitalisée** », on entend une personne admise dans un hôpital en tant que résidente ou qui y occupe un lit et à qui l'hôpital donne une chambre et la pension pour au moins une journée.

Par « **perte** », on entend, en ce qui concerne une main ou un pied, la séparation complète à l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus ; en ce qui concerne un bras ou une jambe, la séparation complète à l'articulation du coude ou du genou ou au-dessus ; en ce qui concerne un œil, la perte totale et irrémédiable de la vue ; en ce qui concerne la parole, la perte totale et irrémédiable de la voix dans la

mesure où aucun degré de communication verbale audible n'est possible ; en ce qui concerne l'ouïe, la perte totale et irrémédiable de l'ouïe qui ne peut être corrigée par aucun appareil auditif ou aide à l'audition ; en ce qui concerne le pouce et l'index de la même main ou les quatre doigts de la même main, la séparation complète à l'articulation métacarpophalangienne (l'articulation entre le doigt et la main) ou au-dessus ; en ce qui concerne les orteils du même pied, la séparation complète à l'articulation métatarsophalangienne (l'articulation entre l'orteil et le pied) ou au-dessus. Si vous subissez l'amputation complète d'une main, d'un pied, d'un bras ou d'une jambe tel que décrit ci-dessus, Chubb Vie versera le montant indiqué ci-dessus si le membre amputé est attaché à nouveau par intervention chirurgicale, que l'intervention chirurgicale soit réussie ou non.

Par « **perte** », on entend, en ce qui concerne la quadriplégie (la paralysie des deux membres supérieurs et des deux membres inférieurs), la paraplégie (la paralysie des deux membres inférieurs) et l'hémiplégie (la paralysie complète frappant une moitié du corps), la paralysie complète et irrémédiable desdits membres, si la perte de fonction a persisté pendant une période de cent quatre-vingts (180) jours consécutifs et si ladite perte de fonction a par la suite été déclarée permanente, moyennant la remise de preuves jugées satisfaisantes par Chubb Vie.

Par « **perte de l'usage** », on entend la perte totale et irrémédiable de la fonction d'un bras, d'une main, d'un pied, d'une jambe ou du pouce et de l'index de la même main, si la perte de fonction a persisté pendant une période de douze (12) mois consécutifs et si ladite perte de fonction a par la suite été déclarée permanente, moyennant la remise de preuves jugées satisfaisantes par Chubb Vie.

Par « **véhicule** », on entend une voiture privée à passagers, une voiture familiale, une fourgonnette ou une voiture du genre Jeep.

DEMANDE D'INDEMNISATION

Advenant un sinistre, vous pouvez vous procurer des formulaires de demande d'indemnisation auprès de l'administrateur de vos avantages sociaux.

L'avis de sinistre doit être fourni à Chubb Vie au cours des 30 jours qui suivent la date de l'accident, la date du début de l'invalidité ou après la période de survie et les preuves de sinistre subséquentes doivent être soumises à Chubb Vie dans les 90 jours qui suivent ladite date de l'accident ou après la période de survie.

L'omission de présenter une déclaration de sinistre ou une demande d'indemnisation dans les délais prescrits par la disposition de la police n'invalidera pas la demande d'indemnisation si la déclaration ou la demande d'indemnisation est fournie dès qu'il est raisonnablement possible de le faire et qu'il est prouvé qu'il n'était pas raisonnablement possible de fournir ladite déclaration ou ladite demande d'indemnisation dans lesdits délais. Chubb Vie n'acceptera en aucun cas une déclaration de sinistre plus de 1 an après la date du sinistre.

DESIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Tout membre ou tout conjoint a le droit de désigner un bénéficiaire lorsqu'il demande de participer à l'assurance. Il est entendu que la désignation de bénéficiaire faite en vertu de la police d'assurance vie collective du titulaire de la police sera reconnue comme le bénéficiaire en vertu de la présente police, à moins qu'une désignation de bénéficiaire supplémentaire soit faite spécifiquement en vertu de la présente police. En l'absence d'une telle désignation, la prestation sera versée à la succession de la personne assurée.

Toutes les autres prestations prévues dans la présente police seront payables à la personne assurée.

Un assuré peut changer sa désignation de bénéficiaire en tout temps, là où la Loi le permet. Chubb Vie n'assume aucune responsabilité quant à la validité de toute désignation ou de tout changement de bénéficiaire. Le bénéficiaire désigné par l'adhérent (le cas échéant) a été conservé dans le cadre du remplacement de la police d'assurance collective. Ce dernier doit vérifier le bénéficiaire actuellement désigné afin de s'assurer qu'il correspond à sa volonté réelle.

La police contient une disposition retirant ou limitant le droit de la personne assurée de nommer des personnes à qui ou pour le compte desquelles la prestation d'assurance peut être versée.

ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS ET MUTILATION PAR ACCIDENT

Le présent régime vous offre une protection contre les accidents 24 heures par jour, que vous soyez au travail ou non, à la maison, pendant vos voyages d'affaires ou vos vacances, peu importe vos antécédents de santé.

ADMISSIBILITÉ

Tous les membres admissibles et en service actif auprès de Ministères baptistes canadiens.

CAPITAL ASSURÉ

- Montant fixe de 25 000 \$.
- Les prestations sont réduites à montant fixe de 5 000 \$ à l'âge de 65 ans et prennent fin à la retraite.
- Advenant votre décès, le capital assuré sera payable au bénéficiaire que vous avez désigné en vertu de votre régime d'assurance-vie collective ou, en l'absence d'une telle désignation, à votre succession.

Les indemnités payables en vertu des dispositions sous-mentionnées seront limitées à 1 seule police advenant que les garanties soient prévues aux termes de deux (2) polices ou plus établies au nom du preneur de la police par Chubb Vie (à l'exception du Tableau des sinistres, Exposition aux éléments et disparition, Transformation de l'assurance, Atteintes esthétiques et Prestation en cas de décès simultanés [assurance facultative seulement]).

TABLEAU DES SINISTRES

Décès et mutilation par accident

Si des blessures accidentelles entraînent l'une des pertes spécifiques mentionnées ci-dessous durant l'année qui suit la date de l'accident, Chubb Vie versera le pourcentage du capital assuré d'après le montant indiqué dans la section capital assuré. Cependant, Chubb Vie versera une prestation seulement, à savoir la plus élevée, pour toutes les blessures résultant d'un même accident.

	Pourcentage du capital assuré
Perte de la vie	100 %
Perte de la vue complète des deux yeux	100 %
Perte d'une main et d'un pied	100 %
Perte de l'usage d'une main et d'un pied	100 %
Perte d'une main et de la vue complète d'un œil	100 %
Perte d'un pied et de la vue complète d'un œil	100 %
Perte de la parole et de l'ouïe des deux oreilles	100 %
Mort cérébrale	100 %
Coma	100 %



BC Avantages

Perte des deux bras, des deux mains, des deux jambes ou des deux pieds	200 %
Perte de l'usage des deux bras, des deux mains, des deux jambes ou des deux pieds	200 %
Quadruplégie	200 %
Paraplégie	200 %
Hémiplégie	200 %
Perte d'un bras ou une jambe	75 %
Perte de l'usage d'un bras ou d'une jambe.....	75 %
Perte d'une main ou d'un pied	75 %
Perte de l'usage d'une main ou d'un pied.....	75 %
Perte de la vue complète d'un œil	75 %
Perte de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles	75 %
Perte du pouce et de l'index de la même main.....	33 1/3 %
Perte de l'usage du pouce et de l'index de la même main	33 1/3 %
Perte de quatre doigts de la même main	33 1/3 %
Perte de l'ouïe d'une oreille.....	33 1/3 %
Perte de tous les orteils d'un même pied	25 %

Toutes les indemnités prévues en fonction de 200 % du capital assuré sont assujetties à une indemnité combinée maximale de 1 000 000 \$.

RAPATRIEMENT

Si des blessures entraînent le décès alors que l'assuré se trouve à plus de 150 kilomètres de sa ville de résidence permanente ou hors du Canada, et ce, dans les 365 jours qui suivent la date de l'accident, Chubb Vie remboursera les frais effectivement engagés pour la préparation à l'inhumation et le retour de la dépouille à ladite ville de résidence de la personne décédée, sans toutefois dépasser 15 000 \$.

RÉADAPTATION

Si des blessures entraînent le versement d'une indemnité par Chubb Vie aux termes d'une des garanties prévues, à l'exclusion de la garantie en cas de décès, Chubb Vie versera également les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés pour assurer au membre assuré une formation spéciale, jusqu'à concurrence de 15 000 \$, pourvu :

- a. que ladite formation soit requise à cause de telles blessures et afin de permettre au membre assuré d'obtenir les qualifications requises pour exercer un emploi ou une profession qu'il n'exercerait pas s'il n'avait pas subi les blessures en question ;
- b. que les frais soient engagés au cours des 2 années qui suivent la date de l'accident ;
- c. qu'aucune indemnité ne soit versée pour les frais ordinaires de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

TRANSPORT DE MEMBRES DE LA FAMILLE

Si des blessures nécessitent que l'assuré doit être admis dans un hôpital qui se situe à plus de 150 kilomètres de sa ville de résidence permanente ou hors du Canada, et que le médecin traitant recommande, par écrit, qu'un membre de sa famille immédiate soit présent, Chubb Vie remboursera les frais de transport effectivement engagés par le membre de sa famille pour se rendre à son chevet, et ce, par le trajet le plus direct par un transporteur public dûment autorisé, sans toutefois dépasser 15 000 \$.

FORMATION PROFESSIONNELLE DU CONJOINT

Si le membre assuré subit des blessures qui entraînent le versement d'une indemnité par Chubb Vie aux termes de la garantie en cas de décès, Chubb Vie versera également les frais effectivement engagés, dans les 365 jours de la date de l'accident, par le conjoint du membre assuré pour un programme de formation professionnelle permettant au conjoint de se qualifier pour un emploi actif dans une profession pour laquelle le conjoint n'aurait pas autrement suffisamment de qualifications. L'indemnité maximale payable en vertu de la présente garantie ne pourra dépasser 15 000 \$.

MODIFICATION DU DOMICILE ET DU VÉHICULE

Si l'assuré subit une blessure qui entraîne le versement d'une indemnité par Chubb Vie aux termes du Tableau des pertes, à l'exclusion du capital assuré en cas de perte de la vie, et si cette blessure l'oblige par la suite à utiliser un fauteuil roulant pour se déplacer, Chubb Vie remboursera, une fois seulement, les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés au cours des 365 jours qui suivent la date de l'accident pour :

1. les coûts d'une modification unique apportée au domicile principal de l'assuré pour rendre ledit domicile accessible en fauteuil roulant et habitable par l'assuré ; et
2. les coûts d'une modification unique apportée au véhicule automobile utilisé par l'assuré pour rendre ledit véhicule accessible et utilisable par l'assuré.

Toutefois, ces indemnités ne seront versées que si :

- i. les modifications du domicile sont effectuées par des personnes spécialisées dans le domaine et recommandées par un organisme reconnu fournissant soutien et assistance aux personnes utilisant des fauteuils roulants ; et
- ii. les modifications du véhicule sont effectuées par des personnes spécialisées dans le domaine et qu'elles sont approuvées par les autorités provinciales compétentes en matière d'immatriculation des véhicules automobiles.

L'indemnité maximale payable en vertu des items 1 et 2 combinés sera 10 % du capital assuré, jusqu'à concurrence de 50 000 \$.

INDEMNITÉ POUR CENTRE DE JOUR

Advenant le décès de l'assuré dans un accident couvert pendant que la police est en vigueur, Chubb Vie versera, en sus de toutes les autres indemnités payables aux termes de la police, une «indemnité de centre de jour» d'un montant égal aux frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés, sous réserve du moins élevé des montants suivants : 5 % du capital assuré de l'assuré ou un montant maximal de 5 000 \$ par année, pour tout enfant à charge qui est inscrit dans une garderie légalement autorisée à la date de l'accident ou qui est inscrit dans une garderie légalement autorisée au cours des 365 jours qui suivent la date de l'accident.

L'« indemnité pour centre de jour » sera versée annuellement, jusqu'à concurrence de 4 années consécutives, dès réception d'une preuve satisfaisante que l'enfant est effectivement inscrit dans une garderie légalement autorisée.

INDEMNITÉ SPÉCIALE POUR ÉTUDES

Advenant le décès de l'assuré dans un accident couvert pendant que la police est en vigueur, Chubb Vie versera, en plus de toutes les autres indemnités payables aux termes de la police, une «indemnité spéciale pour études» égale à 5 % du capital assuré de l'assuré, (jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par année), pour le compte de tout enfant à charge qui, à la date de l'accident, est inscrit en tant qu'étudiant à temps plein dans une maison d'enseignement supérieur de niveau post-secondaire, ou tout enfant en 12e année qui s'inscrit par la suite dans une maison d'enseignement supérieur en tant qu'étudiant à temps plein au cours des 365 jours suivant la date de l'accident.

L'« indemnité spéciale pour études » est payable annuellement, jusqu'à concurrence de 4 paiements annuels consécutifs, mais seulement si l'enfant à charge poursuit son éducation à temps plein dans une maison d'enseignement supérieur.

DEUIL

Advenant que des blessures couvertes entraînent le décès d'un assuré dans les 365 jours suivant la date de l'accident, Chubb Vie assumera les frais raisonnables et nécessaires réellement encourus par le conjoint et les enfants à charge de l'assuré pour 6 consultations d'aide aux personnes en deuil, auprès d'un conseiller professionnel, jusqu'à concurrence de 1 000 \$.

RENTE MENSUELLE EN CAS D'HOSPITALISATION

Si, à la suite d'un accident, qui entraînent le versement d'une indemnité aux termes du Tableau des pertes, à l'exclusion de la garantie en cas de décès, l'assuré est hospitalisé comme patient interne et qu'il est sous les soins d'un médecin ou d'un chirurgien dûment autorisé autre que lui-même, Assurance-vie versera, pour chaque mois complet, 1 % du capital assuré de l'assuré, sous réserve d'une indemnité maximale de 2 500 \$, ou un trentième de ladite rente mensuelle pour chaque jour d'un mois partiel, rétroactivement au premier jour d'hospitalisation, sans toutefois excéder 365 jours au total pour chaque période d'hospitalisation.

ATTEINTES ESTHÉTIQUES

Si un assuré subit une brûlure au troisième degré dans un accident, Chubb Vie versera un pourcentage du capital assuré qui sera en fonction de la partie du corps atteinte, selon le tableau suivant, sous réserve d'une indemnité maximale payable de 25 000 \$:

Partie du corps	Pourcentage (%) du capital assuré payable
Visage, cou, tête	100%
Main et avant bras.....	25%
Avant bras (droit ou gauche).....	15%
Torse (face antérieure ou postérieure)	35%
Cuisse (droite ou gauche).....	10%
Jambe (droite ou gauche) sous le genou.....	25%

Advenant que la brûlure couvre 50 % de la partie atteinte, le pourcentage de l'indemnité sera réduit de 50 %. Ce tableau ne fait état que des pourcentages plafonds du capital assuré payables pour tout accident. Si l'assuré subit des brûlures sur plus d'une partie du corps lors d'un accident, les indemnités n'excéderont pas un maximum de 25 000 \$.

PORT DE LA CEINTURE DE SÉCURITÉ

Si l'assuré subit une blessure qui entraîne le versement d'une indemnité aux termes du Tableau des pertes, le capital assuré de l'assuré sera augmenté de 10 % jusqu'à concurrence de 25 000 \$ si, au moment de l'accident, l'assuré était conducteur ou passager d'un véhicule automobile et qu'il portait une ceinture de sécurité de manière appropriée. Une attestation satisfaisante du port de la ceinture de sécurité doit accompagner la demande d'indemnisation écrite.

IDENTIFICATION

Advenant le décès de l'assuré des suites d'un accident à plus de 150 kilomètres de sa ville de résidence habituelle et que la police ou une autorité gouvernementale semblable demande qu'un membre de la famille immédiate identifie le corps de l'assuré, Chubb Vie remboursera les frais raisonnables et habituels effectivement engagés par le membre de la famille pour :

- a. le transport, par la route la plus directe, à la ville où se trouve le corps de la l'assuré ; et
- b. une chambre d'hôtel dans cette ville, sous réserve d'une durée maximale de 3 jours.

Le remboursement desdits frais engagés est assujéti au paiement ultérieur du capital assuré en cas de décès par accident, conformément aux termes de la police, suivant l'identification du corps de l'assuré. Le montant maximal payable ne pourra dépasser, au total, 15 000 \$ relativement à toutes ces dépenses.

Aucun montant ne sera remboursé pour les frais de pension ou autres frais ordinaires de subsistance, de déplacement et d'habillement. De plus, le transport doit être par voiture ou par un moyen de transport en location détenant une licence en vue de transporter des passagers.

TRANSFORMATION DE L'ASSURANCE

À la date de sa cessation d'emploi ou durant la période de 31 jours suivant sa cessation d'emploi, l'assuré peut demander la transformation de son assurance en une police d'assurance individuelle DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS seulement (à l'exception de l'avenant d'assurance Maladies Graves) établie par Chubb Vie. La police individuelle prendra effet à la plus tardive des dates suivantes : la date de la réception de la proposition de transformation par Chubb Vie ou la date de la résiliation de l'assurance en vertu de la police collective. La prime sera identique à la prime que paierait normalement une personne qui soumettrait la même proposition d'assurance individuelle à cette date.

EXPOSITION AUX ÉLÉMENTS ET DISPARITION

Toute perte qui résulte d'une exposition inévitable aux éléments sera couverte dans la mesure prévue dans la police pour une telle perte.

Si le corps d'un assuré n'est pas retrouvé dans l'année qui suit la disparition, l'échouement, le naufrage ou la destruction d'un moyen de transport dans lequel l'assuré prenait place au moment de l'accident, il sera présumé, sous réserve de toutes les autres conditions de la police, que l'assuré a perdu la vie par suite de blessures corporelles subies dans l'accident et couvertes aux termes de la police.

EXONÉRATION DES PRIMES

Advenant qu'un membre assuré de moins de 65 ans est totalement invalide pour une période de 6 mois consécutifs pendant que la police est en vigueur, et qu'il présente une déclaration d'invalidité totale jugée satisfaisante par Chubb Vie, Chubb Vie exonérera le règlement de chaque prime échue pour le membre assuré et ses personnes à charge assurées. Sous réserve de toutes les dispositions de la police, l'exonération du règlement de toute prime prévue aux termes des présentes se poursuivra en ce qui a trait au membre assuré jusqu'à la première des circonstances suivantes : l'âge de 65 ans du membre assuré ou la résiliation de la police. Si le membre assuré cesse d'être invalide et revient au travail chez le preneur de la police et que le membre assuré appartient à une catégorie admissible, l'assurance en ce qui a trait audit membre assuré pourra se poursuivre dès la reprise du règlement des primes par le membre assuré ou par le preneur de la police.

Si, après 120 jours, un membre assuré reçoit l'approbation de toute demande d'indemnisation pour invalidité de longue durée prévue en vertu de la police d'assurances collectives souscrite par l'intermédiaire de l'employeur, Chubb Vie exonérera alors le règlement de chaque prime d'assurance décès et mutilation accidentels sous réserve des dispositions qui précèdent.

PÉRIODES SUCCESSIVES D'INVALIDITÉ

Si un membre assuré redevient totalement invalide en raison de la même maladie ou d'une maladie connexe dans les 6 mois de la cessation de l'exonération des primes, alors, toutes les périodes successives d'invalidité répondant à ce critère seront considérées comme une prolongation de la même invalidité, et Chubb Vie exonérera le membre de la période d'attente de 6 mois. Si la même invalidité revient plus de 6 mois après la cessation de l'exonération des primes, ladite invalidité sera considérée comme une invalidité distincte. Deux invalidités attribuables à des causes non reliées sont considérées comme des invalidités distinctes si elles sont séparées par un retour au travail d'une durée d'au moins 1 journée.

CESSATION DE L'EXONÉRATION DES PRIMES

L'exonération des primes cessera à la première des dates suivantes :

- a. la date à laquelle le membre cessera de répondre à la définition de l'invalidité totale de la présente police ;
- b. la date à laquelle le membre ne présentera plus à Chubb Vie les déclarations médicales appropriées jugées nécessaires par Chubb Vie ;
- c. la date à laquelle le membre ne recevra plus de soins réguliers et constants ni de traitements de la part d'un médecin habilité à traiter l'état de santé du membre, comme l'a déterminé Chubb Vie ;
- d. la date à laquelle le membre ne se prêtera plus à des évaluations médicales, psychiatriques, psychologiques, fonctionnelles, éducationnelles et (ou) professionnelles effectuées par un expert désigné par Chubb Vie ;
- e. la date de la résiliation de la police ;
- f. la date à laquelle le membre atteindra l'âge de 65 ans ;
- g. la date du décès du membre.

CESSATION DE L'EXONÉRATION DES PRIMES

Pendant l'exonération des primes, l'assurance décès et mutilation accidentels de base et l'assurance décès et mutilation accidentels facultative en vertu de la police sur la tête du membre et de ses personnes à charge demeureront en vigueur. Le capital assuré en vertu de ces garanties d'assurance sera la somme qui était en vigueur à la date du début de l'invalidité, sous réserve de toute disposition de la police en ce qui a trait à une réduction attribuable à l'âge ou à la résiliation.

MAINTIEN EN VIGUEUR DES GARANTIES

Si le membre (1) est mis à pied de façon temporaire, (2) temporairement absent du travail en raison d'une invalidité de courte durée, (3) en congé autorisé, ou (4) en congé de maternité, l'assurance sera maintenue en vigueur pendant une période de 12 mois, sous réserve du paiement des primes.

Si le membre exerce d'autres fonctions professionnelles durant le congé ou la mise à pied, aucune prestation ne sera payable pour toute perte subie durant l'exercice d'une autre profession ou d'un autre emploi.

Les indemnités payables en vertu des dispositions sous-mentionnées seront limitées à 1 seule police advenant que les garanties soient prévues aux termes de deux (2) polices ou plus établies au nom du preneur de la police par Chubb Vie (à l'exception du Tableau des sinistres, Exposition aux éléments et disparition, Transformation de l'assurance, Atteintes esthétiques et Prestation en cas de décès simultanés [assurance facultative seulement]).

EXCLUSIONS

Le régime ne couvre pas toute perte causée par ou résultant de ce qui suit :

- a. blessures que l'assuré s'inflige volontairement, suicide ou tentative de suicide ;
- b. guerre déclarée ou non, ou acte de guerre, terrorisme, émeute ou insurrection, ou service dans les forces armées de tout pays, gouvernement ou organisme international ;
- c. les voyages à bord d'un aéronef qui appartient ou est loué par le preneur de la police, par un assuré ou par tout membre de sa famille, ou d'un aéronef utilisé aux fins d'épreuves ou d'essais ou pour combattre les incendies, inspecter les lignes de transport d'électricité, inspecter les

- pipelines, effectuer de la photographie aérienne ou faire de l'exploration, sauf si ledit vol ou déplacement est prévu à la section «Risques couverts » des dispositions relatives à l'assurance Décès et mutilation accidentels de la présente police ;
- d. sinistres survenant pendant le service actif de l'assuré à temps complet dans les forces armées de tout pays ou autorité internationale (toutes les primes réglées feront l'objet d'un remboursement proportionnel par l'assureur pour toute période de service actif à temps complet).
 - e. cette assurance ne s'applique pas dans la mesure où le commerce ou les sanctions économiques ou autres lois ou règlements nous interdisent de fournir une assurance, y compris, mais sans s'y limiter, le paiement des indemnités. Toutes les autres dispositions en vertu de la police demeurent telles quelles.

DEMANDE D'INDEMNISATION

Advenant un sinistre, vous pouvez vous procurer des formulaires de demande d'indemnisation auprès de l'administrateur de vos avantages sociaux.

L'avis de sinistre doit être fourni à Chubb Vie au cours des 30 jours qui suivent la date de l'accident, la date du début de l'invalidité ou après la période de survie et les preuves de sinistre subséquentes doivent être soumises à Chubb Vie dans les 90 jours qui suivent ladite date de l'accident ou après la période de survie.

L'omission de présenter une déclaration de sinistre ou une demande d'indemnisation dans les délais prescrits par la disposition de la police n'invalidera pas la demande d'indemnisation si la déclaration ou la demande d'indemnisation est fournie dès qu'il est raisonnablement possible de le faire et qu'il est prouvé qu'il n'était pas raisonnablement possible de fournir ladite déclaration ou ladite demande d'indemnisation dans lesdits délais. Chubb Vie n'acceptera en aucun cas une déclaration de sinistre plus de 1 an après la date du sinistre.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Bénéficiaire

Tout membre ou tout conjoint a le droit de désigner un bénéficiaire lorsqu'il demande de participer à l'assurance.

Il est entendu que la désignation de bénéficiaire faite en vertu de la police d'assurance vie collective du titulaire de la police sera reconnue comme le bénéficiaire en vertu de la présente police, à moins qu'une désignation de bénéficiaire supplémentaire soit faite spécifiquement en vertu de la présente police. En l'absence d'une telle désignation, la prestation sera versée à la succession de la personne assurée.

Toutes les autres prestations prévues dans la présente police seront payables à la personne assurée.

Un assuré peut changer sa désignation de bénéficiaire en tout temps, là où la Loi le permet. Chubb Vie n'assume aucune responsabilité quant à la validité de toute désignation ou de tout changement de bénéficiaire.

Le bénéficiaire désigné par l'adhérent (le cas échéant) a été conservé dans le cadre du remplacement de la police d'assurance collective. Ce dernier doit vérifier le bénéficiaire actuellement désigné afin de s'assurer qu'il correspond à sa volonté réelle.

La police contient une disposition retirant ou limitant le droit de la personne assurée de nommer des personnes à qui ou pour le compte desquelles la prestation d'assurance peut être versée.

Poursuites judiciaires

Toute action ou procédure contre un assureur visant le recouvrement de prestations versables en vertu du contrat est absolument interdite, sauf si elle est intentée dans les délais indiqués dans la Loi sur les assurances, la *Loi de 2002 sur la prescription des actions* ou une autre loi applicable dans la province de résidence de l'assuré.

Changement d'assureur

Une personne assurée en vertu d'une police antérieure ne peut pas être exclue en vertu de la nouvelle police ni se voir refuser des garanties strictement parce que les restrictions relatives à la clause régissant les états de santé préexistants ne s'appliquaient pas ou n'étaient pas prévues aux termes de la police antérieure, ou parce que la personne assurée n'est pas au travail à la date de l'entrée en vigueur de la nouvelle police.

La personne assurée et tout autre demandeur en vertu de la police peut obtenir sur demande, conformément à toute loi applicable dans la province de résidence de la personne assurée, une copie de la demande de participation de la personne assurée, une preuve écrite d'assurabilité (le cas échéant) et un exemplaire de la police d'assurance, le tout soumis à certaines limitations d'accès.

ASSURANCE FACULTATIVE EN CAS DE DÉCÈS ET MUTILATION PAR ACCIDENT

COUVERTURE

Le présent régime vous offre une protection contre les accidents 24 heures par jour, que vous soyez au travail ou non, à la maison, pendant vos voyages d'affaires ou vos vacances, peu importe vos antécédents de santé.

ADMISSIBILITÉ

Tous les membres âgés de moins de 70 ans et en service actif auprès du preneur de la police.

En vertu du Régime familial, vous pouvez assurer les membres de votre famille, soit : votre conjoint (légitime ou partenaire) s'il est âgé de moins de 70 ans, et vos enfants à charge non mariés, y compris un beau-fils ou une belle-fille, un enfant placé en famille d'accueil ou un enfant légalement adopté, âgés de moins de 21 ans, ou âgé de moins de 26 ans si l'enfant est un étudiant à temps plein et dépend sur vous pour son entretien, ou âgé de plus de 21 ans si l'enfant est dépendent en raison d'un handicap physique ou mental et est incapable d'exercer un emploi rémunérateur et dépend sur vous pour sa subsistance.

CAPITAL ASSURÉ

À vous de choisir le montant et le régime.

Régime du membre seulement

Vous pouvez choisir un montant d'assurance allant de 10 000 \$ jusqu'à concurrence de 250 000 \$, par tranches de 5 000 \$.

Si vous choisissez d'être assuré en vertu du **régime familial**, votre conjoint et vos enfants à charge seront automatiquement assurés. Le montant d'assurance qui pourrait alors s'appliquer aux membres de votre famille est exprimé en tant qu'un pourcentage du montant que vous avez choisi pour vous-même et est basé sur la composition de la famille au moment de la perte, comme suit :

Composition de la famille	Conjoint	Chaque enfant
Conjoint et enfants à charge admissibles	40 % du montant du membre	10 % du montant du membre, jusqu'à concurrence de 50 000 \$
Conjoint et aucun enfant à charge admissible	50 % du montant du membre	s/o
Aucun conjoint, mais enfants à charge admissibles	s/o	15 % du montant du membre, jusqu'à concurrence de 50 000 \$



PRESTATION EN CAS DE DÉCÈS SIMULTANÉS (s'applique seulement si l'assurance familiale est en vigueur)

Si, à la suite d'un « même accident », vous et votre conjoint perdez tous deux la vie dans l'année qui suit ce même accident, le capital assuré de votre conjoint sera augmenté jusqu'à concurrence de 100 % de votre capital assuré.

Le capital assuré sera payable en parts égales à vos « enfants survivants » ou, si un des « enfants survivants » est un mineur ou n'a pas les compétences requises pour donner une quittance valable, Chubb Vie pourra verser cette prestation à un tuteur, un fiduciaire ou autre personne que Chubb Vie considérera être en droit de recevoir la prestation. Tout paiement versé de bonne foi par Chubb Vie en vertu de la présente disposition libérera entièrement Chubb Vie dans la mesure dudit paiement.

PROLONGATION DE L'ASSURANCE FAMILIALE (s'applique seulement si l'assurance familiale est en vigueur)

Si un membre assuré qui avait assuré les membres de sa famille décède des suites d'un accident couvert, la couverture peut être prolongée à l'égard du conjoint et des enfants à charge pendant une période maximale de six (6) mois, moyennant le versement des primes.

PRESTATION SPÉCIALE POUR ENFANTS À CHARGE (s'applique seulement si l'assurance familiale est en vigueur)

Pourcentage du capital assuré d'un enfant

Perte de la vie	100 %
Perte des deux mains, des deux bras, des deux jambes, des deux pieds, d'une main et d'un pied, de la vue complète des deux yeux, de la parole et l'ouïe	400 %
Quadriplégie	400 %
Paraplégie	400 %
Hémiplégie	400 %
Perte d'un bras ou d'une jambe, de la parole ou l'ouïe.....	200 %
Perte d'une main ou d'un pied	100 %