

Mon RÉGIME DE PRESTATIONS

Design Group Staffing Inc.

Classification : Tous les employés

Division : 100

Date d'entrée en vigueur : Le 1^{er} juin 2017

Le site Web des Services en ligne des membres du régime de GSC rend les choses rapides, pratiques et faciles.

Visitez **greenshield.ca**
pour vous inscrire!

Votre santé. Vos récompenses.
LE PORTAIL SANTÉ
Changer pour la vie^{MC}...

ACCESSIBLE AUX SERVICES EN LIGNE

GSC PASSE AU MOBILE.

GSC à votre portée^{MC}



gsc
les avantages green shield

VOICI VOTRE RÉGIME DE PRESTATIONS

Ce sommaire contient des renseignements importants concernant votre régime de prestations collectif, qui vous est offert par **Design Group Staffing Inc.**, promoteur du régime, en vertu du contrat collectif souscrit auprès de Green Shield Canada (GSC), en vigueur le 1^{er} juin 2017.

SOMMAIRE DES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ

Les [prestations de soins de santé](#) s'ajoutent à votre régime provincial d'assurance-maladie. Les prestations indiquées ci-dessous sont admissibles si elles sont nécessaires sur le plan médical pour traiter une maladie ou une blessure, et le remboursement correspondra aux [frais raisonnables et habituels](#), sous réserve des limites et maximums applicables mentionnés ci-dessous.

	Option 1	Option 2	Option 3
Franchise par année civile (par personne/par famille)	Aucune franchise	Aucune franchise	Aucune franchise
Maximums			
Maximum global pour soins de santé	Illimité	Illimité	Illimité
Produits d'abandon du tabac	300 \$ à vie	500 \$ à vie	500 \$ à vie
Votre quote-part			
Médicaments sur ordonnance	12 \$ plus 25 % du coût facturé moins 12 \$, par ordonnance ou par renouvellement d'ordonnance	11 \$ plus 15% du coût facturé moins 11 \$, par ordonnance ou par renouvellement d'ordonnance	10 \$ par ordonnance ou par renouvellement d'ordonnance
Articles et services médicaux	20 %	15 %	10 %
Toutes les autres prestations de soins de santé	0 %	0 %	0 %
Couverture de votre régime	Maximum payé par le régime	Maximum payé par le régime	Maximum payé par le régime
Médicaments sur ordonnance	Illimité	Illimité	Illimité
Hospitalisation	Chambre à deux lits	Chambre à deux lits	Chambre à deux lits ou chambre individuelle
Soins auditifs	700 \$ par période de 5 années de régime	750 \$ par période de 5 années de régime	1 000 \$ par période de 5 années de régime
Orthèses/Chaussures orthopédiques			
Bottes ou chaussures sur mesure ou orthèses sur mesure	300 \$ par année de régime, prestations combinées	400 \$ par année de régime, prestations combinées	500 \$ par année de régime, prestations combinées
Soins infirmiers en service privé	5 000 \$ par année de régime	7 500 \$ par année de régime	10 000 \$ par année de régime
Services professionnels			
Chiropraticien, massothérapeute autorisé, physiothérapeute	200 \$ par année de régime par type de praticien	75 \$ la visite jusqu'à concurrence de 300 \$ par année de régime par type de praticien	85 \$ la visite jusqu'à concurrence de 500 \$ par année de régime par type de praticien
Naturopathe, ostéopathe, podiatre/podologue, acupuncteur, audiologiste, ergothérapeute	400 \$ par année de régime par type de praticien plus 50 \$ par année de régime pour les radiographies demandées par un chiropraticien, ostéopathe ou podiatre	500 \$ par année de régime par type de praticien plus 50 \$ par année de régime pour les radiographies demandées par un chiropraticien, ostéopathe ou podiatre	600 \$ par année de régime par type de praticien plus 50 \$ par année de régime pour les radiographies demandées par un chiropraticien, ostéopathe ou podiatre
Psychologue, travailleur social, conseiller en service social ou conseiller avec maîtrise en service social	500 \$ par année de régime, prestations combinées	500 \$ par année de régime, prestations combinées	700 \$ par année de régime, prestations combinées
Orthophoniste, diététiste	500 \$ par année de régime par type de praticien	500 \$ par année de régime par type de praticien	700 \$ par année de régime par type de praticien

<u>Soins de la vue</u> Lunettes ou lentilles cornéennes ou lentilles cornéennes nécessaires sur le plan médical, ou chirurgie des yeux au laser	Aucune couverture	150 \$ par période de 24 mois consécutifs, en fonction de la date de la première demande de règlement payée (tous les 12 mois pour les enfants à charge de 18 ans et moins)	250 \$ par période de 24 mois consécutifs, en fonction de la date de la première demande de règlement payée (tous les 12 mois pour les enfants à charge de 18 ans et moins)
Examens optométriques	75 \$ par période de 24 mois consécutifs, en fonction de la date de la première demande de règlement payée (tous les 12 mois pour les enfants à charge de 18 ans et moins)	75 \$ par période de 24 mois consécutifs, en fonction de la date de la première demande de règlement payée (tous les 12 mois pour les enfants à charge de 18 ans et moins)	75 \$ par période de 24 mois consécutifs, en fonction de la date de la première demande de règlement payée (tous les 12 mois pour les enfants à charge de 18 ans et moins)

Année de régime : Du 1^{er} juin au 31 mai

SOMMAIRE DES PRESTATIONS DE VOYAGE

Les [prestations de voyage](#) s'ajoutent à votre régime provincial d'assurance-maladie. Les services hospitaliers et médicaux ne sont admissibles que si votre régime provincial d'assurance-maladie contribue au paiement des services reçus. Les services indiqués ci-dessous sont admissibles s'ils sont nécessaires sur le plan médical pour traiter une maladie ou une blessure, et le remboursement correspondra aux frais [raisonnables et habituels](#) applicables à la région où ils sont engagés.

	Option 1	Option 2	Option 3
<u>Franchise</u> par année civile (par personne/par famille)	Aucune franchise	Aucune franchise	Aucune franchise
Votre <u>quote-part</u>	Services d'orientation - 50 % Toutes les autres prestations de voyage – 0 %	Services d'orientation - 50 % Toutes les autres prestations de voyage – 0 %	Services d'orientation - 50 % Toutes les autres prestations de voyage – 0 %
Nombre maximum de jours par voyage	90 jours	90 jours	90 jours
Couverture de votre régime	Maximum payé par le régime	Maximum payé par le régime	Maximum payé par le régime
Services d'urgence	5 000 000 \$ à vie	5 000 000 \$ à vie	5 000 000 \$ à vie
Services d'orientation	50 000 \$ à vie	50 000 \$ à vie	50 000 \$ à vie

Avant de partir, rendez-vous à greenshield.ca pour prendre connaissance des renseignements importants qui vous serviront si une urgence médicale survient pendant votre voyage.

SOMMAIRE DES PRESTATIONS DE SOINS DENTAIRES

Les [soins dentaires](#) indiqués ci-dessous sont remboursables s'ils sont nécessaires pour prévenir ou traiter une maladie ou une blessure dentaire, et le remboursement sera limité au montant indiqué dans le guide des tarifs de l'association dentaire provinciale mentionné ci-dessous.

	Option 1	Option 2	Option 3
<u>Franchise</u> par année civile (par personne/par famille)	Aucune franchise	Aucune franchise	Aucune franchise
<u>Guide des tarifs</u> dentaires (Praticiens généralistes)	Province de résidence actuelle	Province de résidence actuelle	Province de résidence actuelle
Votre <u>quote-part</u>			
Soins de base	25 %	15 %	10 %
Soins de base étendus	25 %	20 %	10 %
Soins majeurs:	30 %	50 %	50 %
Orthodontie	30 %	50 %	Aucune couverture
Couverture de votre régime			
Soins de base	3 000 \$ par année de régime pour tous les soins de base, soins de base étendus et soins majeurs combinés	2 500 \$ par année de régime pour tous les soins de base, soins de base étendus et soins majeurs combinés	2 000 \$ par année de régime pour tous les soins de base, soins de base étendus et soins majeurs combinés
Soins de base étendus			
Soins majeurs			
Orthodontie	3 000 \$ à vie par enfant à charge de 18 ans et moins	2 500 \$ à vie par enfant à charge de 18 ans et moins	Aucune couverture

Année de régime : Du 1^{er} juin au 31 mai

Sommaire des soins couverts

Soins de base : Examens de rappel tous les 9 mois (Option 1) et tous les 6 mois (Options 2 et 3), obturations et extractions.
Soins de base étendus : Traitement de canal, détartrage parodontal ou surfaçage radiculaire, ajustement ou rebasage et réparation des prothèses.
Soins majeurs : Couronnes, prothèses dentaires et ponts (pas plus d'un remplacement de chacun tous les 5 ans).
Orthodontie : Traitement pour redresser les dents et corriger l'occlusion.

SOMMAIRE DU COMPTE DE FRAIS POUR SOINS DE SANTÉ

Ce [compte de frais pour soins de santé \(CFSS\)](#) est provisionné par le promoteur de votre régime et administré par GSC. Il peut servir à régler les frais de soins de santé et dentaires qui ne sont pas couverts par votre régime de prestations collectif ou par votre régime provincial d'assurance-maladie.

Montant forfaitaire par membre du régime	Selon les prestations flexibles choisies chaque année de régime
Année de régime : Du 1 ^{er} juin au 31 mai	

COMPTE DE DÉPENSES PERSONNELLES

Ce [compte de dépenses personnelles](#) consiste en un compte de dépenses provisionné par le promoteur de votre régime. Ce compte peut servir à régler une variété de frais engagés pour votre bien-être personnel non couverts par votre régime de prestations collectif ou votre régime provincial d'assurance-maladie. Les dépenses faisant l'objet d'une demande de règlement sont assujetties à l'impôt sur le revenu selon les directives de l'Agence du revenu du Canada.

Montant forfaitaire par membre du régime	Selon les prestations flexibles choisies chaque année de régime
Année de régime : Du 1 ^{er} juin au 31 mai	

AU SUJET DE CE SOMMAIRE

Ce sommaire vise à vous donner un aperçu des couvertures offertes. Le détail de ces couvertures, y compris les limites et exclusions applicables aux prestations figurant dans ce sommaire, qui fera partie de votre livret du régime de prestations, pourra être consulté en ligne à greenshield.ca.

Ce sommaire décrit les [franchises, quotes-parts](#) et maximums qui peuvent s'appliquer si vous faites partie de la division indiquée sur la page de couverture du présent sommaire. Tous les montants maximums sont exprimés en dollars canadiens.

Seules les protections que vous avez précisément demandées et auxquelles le promoteur de votre régime vous a déclaré admissible s'appliquent à vous. Vous devez obligatoirement être couvert pour que vos personnes à charge soient couvertes aussi. Votre couverture se termine dès que vous atteignez 75 ans ou à la date à laquelle le promoteur de votre régime avise GSC que vous n'êtes plus admissible, la date la plus rapprochée étant retenue. La couverture de vos personnes à charge se termine à la fin de votre couverture ou à la date à laquelle votre personne à charge ne répond plus à la définition de [personne à charge](#), la date la plus rapprochée étant retenue.

Vous recevrez une ou plusieurs cartes d'identification indiquant le numéro d'identification GSC que vous devrez transcrire sur tous vos formulaires de demande de règlement et votre correspondance, et que vous devrez utiliser pour vous identifier auprès du Centre de service à la clientèle. Votre numéro figure au recto de la carte; il se termine par les caractères -00. Les numéros des personnes à charge sont indiqués au verso.

SERVICES EN LIGNE DES MEMBRES DU RÉGIME – DE L'INFORMATION À VOTRE FAÇON

En plus de vous fournir ce sommaire et de vous donner accès à notre Centre de service à la clientèle, nous vous donnons accès à notre site Web sécurisé. Le libre-service du site Web de GSC rend les choses plus faciles, pratiques et efficaces. Inscrivez-vous auprès de GSC pour :

- visualiser votre livret du régime de prestations;
- accéder à des renseignements personnels sur vos demandes de règlement, y compris les étapes du traitement de vos demandes de règlement;
- simuler une demande de règlement pour savoir immédiatement ce qui sera couvert;
- soumettre certaines demandes de règlement en ligne;
- rechercher un médicament afin d'obtenir des renseignements se rapportant à votre propre couverture ou à celle de votre famille;
- rechercher des fournisseurs admissibles de soins dentaires, soins paramédicaux et soins de la vue dans une région donnée (au Canada);
- rechercher des fournisseurs de soins de la vue ou auditifs qui offrent des rabais aux membres du régime GSC par l'entremise de notre réseau de fournisseurs privilégiés;
- demander le dépôt direct des paiements sur votre compte bancaire;
- imprimer des formulaires de demande de règlement personnalisés et des cartes d'identification de remplacement;
- imprimer des relevés personnels d'Explication des prestations aux fins de la coordination de vos prestations.

Inscrivez-vous en ligne à greenshield.ca et voyez ce que notre site Web peut faire pour vous!

NOTRE ENGAGEMENT EN MATIÈRE DE CONFIDENTIALITÉ

Le Code de confidentialité de GSC assure l'équilibre entre les droits en matière de confidentialité de notre groupe, des membres du régime et des personnes à leur charge ainsi que de nos employés, d'une part, et le besoin légitime d'information nécessaire au service à la clientèle, d'autre part. Pour consulter nos politiques et procédures de confidentialité, veuillez vous rendre à greenshield.ca.

TABLE DES MATIÈRES

DÉFINITIONS	1
ADMISSIBILITÉ.....	3
Pour vous	3
Pour les personnes à votre charge	3
Date d'entrée en vigueur.....	3
Adhésion.....	3
Renouvellement de l'inscription	3
Résiliation	4
Enfants à charge – Maintien de la couverture	4
Survivants – Maintien de la couverture	4
Vous perdez votre régime de prestations collectif?	5
DESCRIPTION DES PRESTATIONS	6
RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ.....	6
Médicaments sur ordonnance.....	6
Soins de santé complémentaires	7
VOYAGES	13
RÉGIME DE SOINS DENTAIRES	20
Soins de base	20
Soins de base étendus	20
Soins majeurs.....	21
Services orthodontiques (options 1 et 2 seulement).....	22
COMPTE DE FRAIS POUR SOINS DE SANTÉ (CFSS)	26
COMPTE DE DÉPENSES PERSONNELLES (CDP).....	27
RENSEIGNEMENTS SUR LES DEMANDES DE RÈGLEMENT	28
AVERTISSEMENT	31

MON LIVRET

Green Shield Canada (GSC) est le fournisseur pour les prestations suivantes :

régime de soins de santé; régime de prestations de voyage et de soins dentaires

Green Shield Canada (GSC) est l'administrateur pour les comptes de frais suivants qui sont financés par le promoteur du régime :

compte de frais pour soins de santé (CFSS) et compte de dépenses personnelles (CDP)

VOTRE LIVRET D'ASSURANCE COLLECTIVE

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. est l'assureur pour les prestations suivantes :

assurance-vie du participant, assurance-vie facultative du participant, assurance-vie facultative du conjoint et des personnes à charge et assurance invalidité de longue durée

DÉFINITIONS

Sauf indication contraire, les définitions suivantes s'appliquent dans le présent livret.

Montant permis désigne, selon GSC :

- a) Médicaments – politique nationale de tarification de GSC ou frais [raisonnables et habituels](#);
- b) Soins de santé complémentaires – frais [raisonnables et habituels](#) pour le service ou le produit, jusqu'à concurrence des montants exigés à l'endroit où les frais sont engagés pour un service ou un produit semblable;
- c) Soins dentaires – [guide des tarifs](#) indiqué dans le Sommaire des prestations.

Année de régime désigne la période de 12 mois consécutifs allant du 1^{er} juin au 31 mai de chaque année.

Année civile désigne la période de 12 mois consécutifs allant du 1^{er} janvier au 31 décembre de chaque année.

Quote-part désigne

- a) pour les [médicaments sur ordonnance](#), le montant facturé qui doit être payé par vous ou votre personne à charge avant que le remboursement d'une dépense soit effectué;
- b) pour tous les autres soins de santé et dentaires, le montant admissible permis qui doit être payé par vous ou la personne à votre charge avant que le remboursement d'une dépense soit effectué.

Personne couverte désigne le membre inscrit au régime ou ses personnes à charge inscrites.

Bottes ou chaussures sur mesure désignent des bottes ou chaussures utilisées par une personne dont l'état ne lui permet pas de porter les bottes ou chaussures normalement offertes sur le marché. La fabrication de telles bottes ou chaussures consiste à faire un moulage unique des pieds de la personne et à utiliser 100 % de matières premières. (Elles sont utilisées en cas d'anomalies osseuses et structurelles des pieds et des jambes résultant de traumatismes, de maladies ou de malformations congénitales.)

Orthèse plantaire sur mesure désigne un dispositif fabriqué à partir d'un modèle en trois dimensions du pied de la personne, en utilisant des matières premières. (Ce dispositif est utilisé pour soulager la douleur liée au désalignement biomécanique des pieds et des membres inférieurs.)

Franchise désigne le montant qui doit être payé par vous ou pour vous ou la personne à votre charge pendant toute année de régime avant que le remboursement d'une dépense admissible soit effectué.

Personne à charge désigne l'une ou l'autre des personnes suivantes :

- a) Votre conjoint, si vous êtes légalement marié, ou si vous n'êtes pas légalement marié, la personne avec qui vous vivez dans une union de fait depuis plus d'un an. Un seul conjoint sera considéré à tout moment comme étant couvert aux termes du contrat collectif;
- b) Votre enfant non marié de moins de 21 ans;
- c) Votre enfant non marié de moins de 26 ans, s'il est inscrit à temps plein à un collège, une université ou un autre établissement d'enseignement reconnu;
- d) Votre enfant non marié (peu importe son âge) devenu totalement invalide alors qu'il était admissible en vertu de la clause b) ou c) ci-dessus, invalide sur une base permanente depuis cette date et considéré comme une personne à charge en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu; et
- e) pour le compte de frais pour soins de santé, en plus des personnes à votre charge ci-dessus, un membre de votre parenté qui est résident canadien, dont vous subvenez aux besoins et pour qui vous demandez une déduction fiscale dans votre déclaration de revenus fédérale.

Votre enfant (votre enfant biologique ou adopté ou l'enfant biologique ou adopté de votre conjoint) doit résider avec vous dans une relation parent-enfant ou être à votre charge (ou les deux) et ne pas occuper d'emploi régulier.

Les enfants qui étudient à plein temps dans un établissement agréé ne sont pas tenus d'habiter avec vous ni d'étudier dans votre province. Si l'établissement se trouve dans une autre province, vous devez demander à votre régime provincial d'assurance-maladie une extension de couverture afin que votre enfant continue d'être couvert au titre d'un régime provincial d'assurance-maladie.

Guide des tarifs désigne la liste des codes de procédure dentaire établis et maintenus par l'Association dentaire canadienne, adoptés par l'association dentaire de la province ou du territoire où le service est fourni (ou votre province de résidence si le service dentaire est fourni à l'extérieur du Canada) et en vigueur au moment où le service est fourni. Pour l'Alberta, puisqu'il n'existe pas de guide des tarifs, le remboursement sera effectué en fonction du barème des frais établi par GSC pour cette province.

Première demande de règlement payée désigne la date réelle de prestation des services au titre de la demande de règlement initiale ou d'une demande antérieure payée par GSC.

Blessure désigne un événement inattendu ou imprévu qui survient comme une conséquence directe de l'action violente, soudaine et imprévue d'une cause extérieure.

Chaussures orthopédiques désignent les chaussures en vente libre, prêtes à porter, prescrites pour les personnes couvertes chez qui on a diagnostiqué un trouble médical particulier qui affecte leurs pieds et nécessite des chaussures spécialisées pour traiter leur trouble et faciliter leur mobilité. Les chaussures peuvent être modifiées ou ajustées pour s'adapter aux pieds de la personne couverte.

Membre du régime vous désigne, dès lors que vous êtes inscrit au régime.

Chambre individuelle pour l'hospitalisation désigne une pièce ne comportant qu'un seul lit de traitement.

Frais raisonnables et habituels désignent, de l'avis de GSC, les frais habituels du fournisseur pour le service ou le produit en l'absence d'une couverture, jusqu'à concurrence des frais en vigueur à l'endroit où ils sont perçus pour un service ou un produit semblable.

Montant facturé désigne le montant demandé par un fournisseur pour un service et soumis pour remboursement dans une demande de règlement.

Chambre à deux lits pour l'hospitalisation désigne une pièce ne comportant que deux lits de traitement.

ADMISSIBILITÉ

Pour vous

Pour être admissible à la couverture, vous devez être un membre du régime et :

- a) résident du Canada;
- b) être couvert par votre régime provincial d'assurance-maladie;
- c) être âgé de moins de 75 ans; et
- d) être activement au travail et travailler un minimum de 20 heures par semaine de façon régulière (sauf pour les membres du régime retraités).

Pour les personnes à votre charge

Pour être admissible à la couverture, vous devez :

- a) être couvert au titre de ce régime;
- b) veiller à ce que chaque personne à charge soit couverte par un régime provincial d'assurance-maladie.

Date d'entrée en vigueur

Votre couverture commence à la date où vous devenez admissible, avez satisfait aux critères d'admissibilité et êtes inscrit au régime.

Vous devenez admissible le premier jour qui suit une période de trois mois d'emploi effectif continu.

La couverture des personnes à votre charge débutera à la même date que votre couverture.

Le promoteur de régime assume l'entière responsabilité de la soumission de tous les formulaires nécessaires à GSC à compter de la date d'entrée en vigueur du présent régime ou de la date à laquelle vous devenez admissible.

Adhésion

Pour vous inscrire, vous devez présenter une demande de couverture en fournissant à l'administrateur les renseignements appropriés dans les 31 jours suivant la date d'admissibilité au régime de prestations. Trois options sont offertes pour chacune des quatre catégories suivantes : médicaments sur ordonnance, articles et services médicaux, services paramédicaux et soins de la vue et soins dentaires. Si vous refusez la catégorie des articles et services médicaux, vous refusez également les prestations de voyage, et les crédits flexibles correspondants seront perdus.

Vous pouvez choisir différentes options de couverture tant pour le régime de soins de santé que pour le régime de soins dentaires.

Période d'attente

Une fois que vous aurez choisi vos options, vous pourrez augmenter ou diminuer votre couverture :

- a) à la date d'adhésion après 12 mois de couverture; ou
- b) dans les 31 jours qui suivent un événement marquant admissible.

Protection par défaut

Si vous ne vous inscrivez pas dans les 31 jours suivant la date d'admissibilité, vous obtiendrez la protection individuelle de l'option 1 seulement pour les soins médicaux et dentaires.

Renouvellement de l'inscription

Vous devez vous réinscrire tous les 12 mois et vos choix prennent effet le 1^{er} juin. Vous pouvez modifier vos choix ou conserver la même option pour la prochaine période du régime (sous réserve des restrictions de blocage). Si vous ne vous réinscrivez pas, vous conserverez automatiquement votre protection actuelle.

Renonciation aux prestations

La participation à ce régime est obligatoire. Cependant, si vous avez renoncé à votre admissibilité parce que vous disposez déjà d'une couverture au titre du régime de prestations de votre conjoint, vous devez présenter une demande de couverture au promoteur de votre régime dans les 31 jours qui suivent la date de fin de la couverture offerte par le régime de votre conjoint.

Événements marquants de la vie

Si un événement marquant admissible survient dans votre vie, vous pouvez augmenter votre niveau de protection autant que vous le voulez ou le diminuer d'un niveau seulement dans un délai de 31 jours. Les événements marquants de la vie comprennent :

- a) la naissance ou l'adoption d'un enfant;
- b) un changement qui touche l'admissibilité d'un enfant à charge;
- c) le décès du conjoint ou d'un enfant à charge;
- d) un changement dans la situation de famille;
- e) la perte de couverture du conjoint au titre d'un autre régime;
- f) un changement dans votre situation d'emploi (c'est-à-dire que vous passez d'un emploi à temps plein à un emploi à temps partiel); ou
- g) un déménagement dans une autre province.

Résiliation

Votre couverture prendra fin à la première des dates suivantes :

- a) date à laquelle votre emploi se termine;
- b) date à laquelle vous ne travaillez plus activement (sauf pour les membres du régime retraités);
- c) date à laquelle vous atteignez 75 ans;
- d) fin de la période pour laquelle des primes ont été versées à GSC pour votre couverture;
- e) date à laquelle le contrat collectif prend fin.

La couverture d'une personne à charge prendra fin à la première des dates suivantes :

- a) date à laquelle votre couverture prend fin;
- b) date à laquelle la personne n'est plus une personne à charge admissible;
- c) Date à laquelle votre enfant à charge atteint l'âge limite spécifié;
- d) fin de la période pour laquelle des montants ont été versés pour la couverture de la personne à charge;
- e) date à laquelle le contrat collectif prend fin.

Enfants à charge – Maintien de la couverture

Tout enfant dont la couverture prend fin parce qu'il a atteint l'âge limite peut être admissible à une couverture continue, sous réserve des conditions suivantes :

- a) l'enfant est à votre charge en raison d'une déficience mentale ou physique survenue avant d'atteindre l'âge limite;
- b) l'enfant est invalide de façon permanente depuis cette date.

Survivants – Maintien de la couverture

(ne s'applique pas au compte de frais pour soins de santé ni au compte de dépenses personnelles)

Dans le cas de votre décès durant la couverture, celle-ci se poursuivra pour les personnes à votre charge admissibles couvertes jusqu'à la première des dates suivantes :

- a) 12 mois après la date de votre décès;
- b) date à laquelle la personne couverte ne serait plus considérée comme une personne à charge au titre du régime si vous étiez encore en vie;
- c) Date à laquelle se termine la protection prévue pour la personne à charge qui est couverte.

Vous perdez votre régime de prestations collectif?

Si votre couverture au titre du régime de prestations du promoteur de votre régime prend fin, vous pouvez faire une demande pour l'un des régimes de soins de santé et dentaires de GSC. L'acceptation à ces régimes est garantie, pourvu que GSC reçoive votre demande dans les 90 jours suivant la cessation des prestations du régime collectif de votre employeur ainsi que le paiement initial. Il n'y a aucun questionnaire sur votre état de santé ni examen à passer au moment de la demande. Ces régimes prévoient le remboursement des médicaments servant au traitement de maladies préexistantes. Mieux encore, ils vous offrent une couverture à vie.

Régimes SantéAssurée^{MC} LIEN – Achetez directement de GSC

Visitez santeassuree.ca pour obtenir plus de renseignements sur les options offertes par les régimes SantéAssurée^{MC} LIEN. Vous pouvez y demander une trousse d'information, obtenir des soumissions et souscrire votre couverture en ligne. C'est simple et rapide. Vous pouvez aussi nous appeler au 1 844 833-7873 – nous pourrions répondre à vos questions et prendre votre demande d'adhésion par téléphone.

PRISM CONTINUUM^{MD} – Achetez d'un conseiller

L'équipe de Special Benefits Insurance Services (SBIS) est là pour vous renseigner. Composez le 416 601-0429 ou le 1 800 667-0429 pour parler avec un spécialiste au sujet du programme Prism Continuum. Il pourra examiner les différentes options qui s'offrent à vous et vous donner des conseils sur la couverture qui répond le mieux à vos besoins.

^{MC} Marque de commerce de Green Shield Canada.

^{MD} Marque déposée de Special Benefits Insurance Services.

DESCRIPTION DES PRESTATIONS

RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ

Les prestations indiquées dans cette section sont admissibles, jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le Sommaire des prestations, si elles sont nécessaires sur le plan médical pour traiter une maladie ou une blessure. Le remboursement sera limité aux frais [raisonnables et habituels](#), sous réserve des limites et maximums indiqués dans le Sommaire des prestations et dans la Description des prestations.

Médicaments sur ordonnance

Remboursement des médicaments sur ordonnance, jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le Sommaire des prestations, selon les conditions suivantes :

- a) être prescrits par un praticien ou dentiste dûment qualifié, comme la loi l'autorise;
- b) nécessiter une ordonnance et avoir un numéro d'identification du médicament (DIN); et
- c) être réglés par paiement direct.

S'il est approuvé par GSC, ce régime comprend les médicaments comportant un numéro d'identification du médicament (DIN) qui ne nécessitent pas une ordonnance, y compris l'insuline et tous les autres produits injectables approuvés, ainsi que les fournitures connexes (seringues et aiguilles pour diabétiques, lancettes et agents réactifs).

Certains médicaments peuvent nécessiter une approbation préalable. Votre pharmacien connaît les médicaments qui entrent dans cette catégorie.

Pour le Québec :

La quantité distribuée ne doit jamais dépasser un approvisionnement de trois mois par ordonnance (six mois en période de vacances), et l'approvisionnement doit être de moins de 13 mois au cours de toute période de 12 mois consécutifs.

Pour toutes les autres provinces :

L'achat des médicaments d'entretien nécessaires pour le traitement des maladies chroniques devant durer toute la vie doit être effectué en tout temps en approvisionnement de 90 jours par ordonnance. L'achat des médicaments autres que ceux d'entretien peut être effectué en tout temps en approvisionnement d'au plus trois mois (90 jours) par ordonnance. Toutefois, l'achat de tous les médicaments peut être effectué approvisionnement de six mois en période de vacances et d'au plus 13 mois au cours de toute période de 12 mois consécutifs.

Substitution par les médicaments génériques

Le montant remboursé équivaudra au prix du médicament équivalent le moins cher, conformément à la réglementation provinciale spécifique, à moins que votre praticien ou votre dentiste n'ait précisé sur l'ordonnance que le médicament prescrit ne peut faire l'objet d'aucune substitution.

REMARQUE :

Prestations pour les médicaments sur

ordonnance pour les personnes de 65 ans et plus : La quote-part et la franchise (le cas échéant) dans votre province de résidence constituent des frais admissibles.

Résidents du Québec seulement : La loi oblige GSC à se conformer aux directives de remboursement de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour tous les résidents du Québec. Si vous avez moins de 65 ans, vous devez vous inscrire au régime de remboursement des médicaments de GSC, auquel cas ce dernier sera le seul payeur. Si vous êtes âgé de 65 ans ou plus, l'inscription à la RAMQ est automatique, l'inscription au régime de prestations pour les médicaments sur ordonnance de GSC est facultative, et la RAMQ est alors le premier payeur.

Si des dispositions de ce régime ne répondent pas aux exigences minimales de la RAMQ, les modifications nécessaires se font automatiquement.

Les frais admissibles au titre d'une protection n'incluent pas les éléments suivants, et aucun remboursement ne sera effectué pour eux :

- a) Médicaments pour le traitement de l'obésité, du dysfonctionnement érectile et de l'infertilité;
- b) Vitamines qui ne nécessitent pas une ordonnance;
- c) Vaccins;
- d) Produits de substitution de la nicotine (timbres, gomme, pastilles et inhalateurs);
- e) Produits qui peuvent être légalement vendus ou offerts à la vente autrement que par les pharmacies de détail, et qui ne sont pas normalement considérés par les praticiens comme des médicaments pour lesquels une ordonnance est nécessaire ou requise;
- f) Ingrédients ou produits qui n'ont pas été approuvés par Santé Canada pour le traitement d'un trouble médical ou d'une maladie et qui sont réputés être de nature expérimentale ou au stade des essais;
- g) Mélanges préparés par un pharmacien non conformes à la politique actuelle de GSC sur les composés.

Soins de santé complémentaires

Hospitalisation : À condition que le régime provincial d'assurance-maladie ait accepté ou convenu de payer le tarif pour une salle commune ou le tarif normal, le remboursement des frais d'hospitalisation indiqué dans le Sommaire des prestations sera limité à ce qui suit :

- a) [frais raisonnables et habituels](#) à l'endroit où les soins ont été reçus pour l'hébergement dans un hôpital général public;
- b) pour l'hébergement dans un hôpital de convalescence ou de réadaptation, une aile de convalescence ou de réadaptation dans un hôpital général public ou un hôpital public pour malades chroniques ou une unité de soins aux malades chroniques d'un hôpital général public (lorsque le membre du régime est admis dans les 14 jours qui suivent son congé de l'hôpital général public), selon les maximums suivants :
 - Option 1 - 20 \$ par jour, maximum de 180 jours par année de régime
 - Option 2 - 30 \$ par jour, maximum de 180 jours par année de régime
 - Option 3 - 40 \$ par jour, maximum de 180 jours par année de régime

Soins auditifs : Remboursement des prothèses auditives, réparations ou pièces de rechange, si celles-ci sont recommandées ou approuvées par le praticien dûment qualifié, jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le Sommaire des prestations. Aucun montant ne sera versé pour les piles.

Articles et services médicaux : Lorsque prescrits par un praticien dûment qualifié, à moins d'avis contraire ci-dessous, remboursement des frais [raisonnables et habituels](#), jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le Sommaire des prestations, le cas échéant, pour :

- a) les articles visant à faciliter la vie quotidienne, comme des lits semblables aux lits d'hôpital, y compris les côtés de lit et le matelas, des bassins de lit, chaises d'aisance standard, fournitures pour décubitus (personnes alitées), tiges à soluté, perroquets et urinoirs;
- b) les chaussures, lorsque prescrites par votre médecin traitant, infirmier praticien, podiatre ou podologue et fournies par votre podiatre, podologue, chiropraticien, orthésiste ou podo-orthésiste :
 - i) [orthèses plantaires sur mesure ou](#) ajustements aux orthèses plantaires sur mesure;
 - ii) [bottes ou chaussures faites sur mesure](#), ajustements des [chaussures orthopédiques](#), ou chaussures faisant partie d'un appareil orthopédique (sous réserve d'une autorisation médicale préalable);
- c) les appareils orthopédiques, les plâtres;
- d) le matériel pour diabétiques, comme les glucomètres, pompes à insuline, fournitures pour pompe à insuline et fournitures pour diabétiques;
- e) les services médicaux, comme les tests de diagnostic, les radiographies et les tests de laboratoire;

- f) les articles d'incontinence ou de stomie, comme les fournitures de cathétérisme et de stomie;
- g) les aides à la mobilité, comme les cannes, béquilles, déambulateurs et fauteuils roulants (y compris les batteries de fauteuil roulant);
- h) les prothèses standard :
 - i) bras, main, jambe, pied, œil, larynx;
 - ii) prothèses mammaires externes, maximum de 150 \$ par période de 24 mois;
 - iii) soutien-gorge (mastectomie);
 - iv) lunettes et lentilles cornéennes pour cataracte, maximum de 200 \$ à vie pour les personnes couvertes de 65 ans et moins;
- i) les articles respiratoires ou de cardiologie, tels que les compresseurs, les dispositifs d'inhalothérapie, les fournitures de trachéotomie et l'oxygène;
- j) les bas de contention avec pression d'au moins 15 mm Hg, maximum de 100 \$ par année de régime;
- k) les perruques, en cas de perte des cheveux temporaire ou permanente attribuable à une affection médicale, maximum de 150 \$ par année de régime.

Certains articles peuvent nécessiter une autorisation préalable. Pour confirmer votre admissibilité avant d'acheter ou de louer de l'équipement, envoyez un formulaire d'autorisation préalable à GSC.

Limites

- a) Le prix de la location d'équipement médical durable ne doit pas dépasser le prix d'achat. La décision de GSC concernant l'achat ou la location sera fondée sur l'estimation du praticien dûment qualifié quant à la durée du besoin selon l'ordonnance initiale. L'autorisation de la location peut être accordée pour la durée prescrite. Le matériel qui a été rénové par le fournisseur pour la revente n'est pas admissible aux prestations.
- b) L'équipement médical durable doit être adapté pour une utilisation à domicile, être capable de résister à une utilisation répétée et n'être généralement pas utile en l'absence de maladie ou de blessure.
- c) Quand le matériel médical de luxe est couvert par le régime, le remboursement se fait uniquement lorsque les caractéristiques de luxe sont nécessaires pour que la personne couverte utilise efficacement le matériel. Les articles qui ne sont pas principalement médicaux de nature ou qui sont conçus pour offrir confort et commodité ne sont pas admissibles.

Transport d'urgence : Remboursement des frais raisonnables et habituels pour le transport professionnel en ambulance terrestre ou aérienne jusqu'à l'hôpital le plus près doté de l'équipement nécessaire pour offrir le traitement requis, en cas de nécessité médicale attribuable à une blessure, maladie ou invalidité physique grave.

Soins infirmiers en service privé à domicile : Remboursement des services prodigués à domicile par un infirmier autorisé (inf. aut.) ou un infirmier auxiliaire autorisé (inf. aux. aut.) par visite ou par quart de travail, jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le Sommaire des prestations. Aucun montant ne sera payé pour des services de garde ni pour des services qui ne requièrent pas le niveau d'aptitude d'un infirmier autorisé (inf. aut.) ou d'un infirmier auxiliaire autorisé (inf. aux. aut.).

Un formulaire d'autorisation préalable pour les soins infirmiers en service privé doit être rempli par le médecin traitant et soumis à GSC.

Praticiens paramédicaux : Remboursement des services des praticiens inclus, jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le Sommaire des prestations, lorsque le praticien qui prodigue le service est autorisé par son organisme de réglementation provincial ou est un membre enregistré d'une association professionnelle et que cette association est reconnue par GSC. Communiquez avec le Centre de service à la clientèle de GSC pour confirmer l'admissibilité du praticien.

REMARQUE :

- Les services de podologie sont admissibles en coordination avec votre régime provincial d'assurance-maladie.

Soins dentaires consécutifs à un accident : Remboursement des frais de soins dentaires sur dents naturelles prodigués par un dentiste autorisé à pratiquer sa profession lorsque ces soins sont nécessaires par suite d'un coup direct reçu sur la bouche et non à cause d'un objet placé sciemment ou non dans la bouche. L'accident doit survenir pendant que la protection est en vigueur. Lorsque les dents naturelles ont été endommagées, les services admissibles sont limités à un jeu de dents artificielles. Vous devez aviser GSC immédiatement après l'accident et le traitement doit être entrepris dans les 180 jours qui suivent l'accident.

GSC ne peut être tenue responsable des services fournis après la première des deux éventualités suivantes : a) 365 jours après l'accident ou b) la date à laquelle votre protection ou celle de votre personne à charge cesse dans le cadre du régime.

Aucun montant ne sera versé pour les traitements de périodontie ou d'orthodontie, ni pour la réparation ou le remplacement de dents artificielles.

Les frais seront basés sur le [guide des tarifs](#) en vigueur de l'association dentaire provinciale pour les praticiens généralistes dans la province où les services sont rendus. L'approbation sera basée sur l'état actuel ou le niveau de protection de la personne couverte au moment où on nous avise de l'accident. Toute modification de la couverture modifiera la responsabilité de GSC.

Dans le cas d'un accident dentaire, les demandes de règlement doivent être présentées dans le cadre du régime de soins de santé avant d'être soumises dans le cadre du régime de soins dentaires.

Soins de la vue (option 1) :

Remboursement, jusqu'à concurrence des montants indiqués dans le Sommaire des prestations, des examens d'optométrie de l'acuité visuelle effectués par un optométriste, ophtalmologiste ou médecin autorisé. Cette protection est offerte uniquement dans les provinces où les examens de la vue ne sont pas couverts par le régime provincial d'assurance-maladie;

Elle exclut les lunettes et lentilles cornéennes d'ordonnance, les lentilles cornéennes jugées nécessaires d'un point de vue médical et tout service connexe, pour lesquels aucuns frais ne seront remboursés.

Soins de la vue (options 2 et 3) :

Remboursement des services fournis par un optométriste, opticien ou ophtalmologiste autorisé, jusqu'à concurrence des montants indiqués dans le Sommaire des prestations, relativement à ce qui suit :

- a) Lunettes ou lentilles cornéennes d'ordonnance;
- b) Examens d'optométrie de l'acuité visuelle effectués par un optométriste, ophtalmologiste ou médecin autorisé. Cette protection est offerte uniquement dans les provinces où les examens de la vue ne sont pas couverts par le régime provincial d'assurance-maladie;
- c) Lentilles cornéennes nécessaires sur le plan médical lorsqu'une acuité visuelle d'au moins 20/40 ne peut être obtenue d'une autre manière dans le meilleur œil ou lorsque cela est nécessaire en raison d'un kératocône, d'un astigmatisme irrégulier, d'une courbure irrégulière de la cornée ou d'une difformité physique faisant en sorte qu'il est impossible de porter des montures normales;
- d) Pièces de rechange pour lunettes d'ordonnance;
- e) Opération des yeux au laser;
- f) Lunettes de soleil planes prescrites par un praticien dûment qualifié pour le traitement de certaines maladies ou affections ophtalmologiques;

Les frais admissibles au titre d'une protection n'incluent pas les éléments suivants, et aucun remboursement ne sera effectué pour eux :

- a) Traitement médical ou chirurgical, sauf l'opération des yeux au laser;
- b) Procédures particulières ou inhabituelles comme le traitement orthoptique, l'entraînement visuel, les prothèses pour vision subnormale et les verres iséiconiques;
- c) Rendez-vous de suivi pour la fourniture et l'ajustement de lentilles cornéennes;
- d) Frais relatifs aux étuis à lunettes.

Exclusions des prestations de soins de santé

Les frais admissibles au titre d'une protection ne comprennent pas les éléments suivants, et aucun remboursement ne sera effectué pour eux :

1. Services ou fournitures reçus à la suite d'une maladie ou d'une blessure attribuable à :
 - a) un acte de guerre déclarée ou non;
 - b) la participation à une émeute ou à des troubles civils;
 - c) une infraction criminelle;
2. Services ou fournitures reçus en servant dans les forces armées d'un pays;
3. Omission de se présenter à un rendez-vous avec un praticien ou dentiste dûment qualifié;
4. Fait de remplir un formulaire de demande de règlement ou des rapports d'assurance;
5. Tout traitement ou médicament répondant aux critères suivants :
 - a) Il ne répond pas aux normes acceptées de la pratique médicale, dentaire ou ophtalmologique, y compris les frais pour services ou fournitures qui sont de nature expérimentale, ou il n'est pas considéré comme efficace (médicalement ou du point de vue du coût, selon l'indication d'utilisation approuvée par Santé Canada);
 - b) Il est un médicament d'appoint prescrit dans le cadre d'un traitement ou un médicament qui n'est pas couvert par le régime;
 - c) Il est administré dans un hôpital ou doit être administré dans un hôpital conformément à l'indication approuvée par Santé Canada;
 - d) Il n'est pas fourni par le pharmacien conformément au mode de paiement prévu par le régime de prestations pour les médicaments sur ordonnance;
 - e) Il n'est pas utilisé ni administré conformément à l'indication approuvée par Santé Canada, même si le médicament ou la procédure peuvent habituellement être utilisés dans le traitement d'autres maladies ou blessures.
6. Les services ou fournitures répondant aux conditions suivantes :
 - a) Ils ne sont pas recommandés, fournis ni approuvés par un praticien ou dentiste traitant dûment qualifié (de l'avis de GSC) comme l'autorise la loi;
 - b) Ils sont légalement exclus par le gouvernement;
 - c) Vous n'êtes pas obligé de les payer ni aucuns frais ne seraient perçus en l'absence de couverture, ou le paiement est effectué en votre nom par une association de remboursement anticipé sans but lucratif, une compagnie d'assurance, un administrateur tiers, un organisme équivalent ou une partie autre que GSC, le promoteur de votre régime ou vous-même;
 - d) Ils sont fournis par un professionnel de la santé dont l'agrément octroyé par la réglementation provinciale ou une association professionnelle a été suspendu ou révoqué;
 - e) Ils ne sont pas fournis par un fournisseur de services désigné à la suite d'une ordonnance délivrée par un professionnel de la santé dûment qualifié;
 - f) Ils sont utilisés uniquement pour des activités récréatives ou sportives et ne sont pas médicalement nécessaires pour les activités régulières;
 - g) Ils sont fournis principalement à des fins cosmétiques ou esthétiques, ou pour corriger des malformations congénitales;
 - h) Ils sont fournis par un membre de la famille immédiate qui vous est lié par la naissance, par adoption ou par mariage, ou un praticien qui habite normalement sous votre toit. Un membre de la famille immédiate comprend un parent, un conjoint, un enfant, un frère ou une sœur;
 - i) Ils sont fournis par votre promoteur de régime ou un praticien employé par votre promoteur de régime, dans le cadre d'un régime autre que le régime d'aide aux employés;

- j) Ils visent le remplacement d'objets perdus, égarés ou volés ou d'articles qui sont endommagés par négligence. Les remplacements sont admissibles lorsqu'ils sont nécessaires en raison de l'usure, de la croissance naturelle ou d'un changement pertinent dans votre état de santé, mais seulement lorsque l'équipement ou les prothèses ne peuvent pas être ajustés ou réparés à un coût moindre, mais qu'ils sont toujours médicalement requis.
- k) Il s'agit de vidéos éducatives, de manuels d'information ou de brochures;
- l) Ils sont fournis pour un traitement visuel ou auditif médical ou chirurgical;
- m) Il s'agit de procédures particulières ou inhabituelles comme le traitement orthoptique, l'entraînement visuel, les prothèses pour vision subnormale et les verres iséconiques;
- n) Il s'agit de frais de livraison et de transport;
- o) Il s'agit de pompes à insuline et de fournitures connexes (sauf celles couvertes par le régime);
- p) Ils concernent des examens médicaux ou tests d'évaluation d'appareils auditifs;
- q) Ils concernent des batteries, sauf si ces dernières sont expressément admissibles au titre d'une protection;
- r) Ce sont des dispositifs ou appareils prothétiques de rechange;
- s) Ils proviennent d'un organisme gouvernemental et sont obtenus sans frais conformément aux lois ou règlements adoptés par un organisme fédéral, provincial, municipal ou autre;
- t) Ils devraient normalement être payés par un régime provincial d'assurance-maladie, une commission ou un tribunal de sécurité professionnelle et d'assurance contre les accidents du travail, le Programme des appareils et accessoires fonctionnels ou tout autre organisme gouvernemental, ou ils auraient dû être payables au titre d'un tel régime si une demande de couverture avait été produite en bonne et due forme, ou si les demandes de règlement avaient été soumises correctement et en temps opportun;
- u) Ils ont déjà été fournis ou payés par un organisme gouvernemental, mais ils ont été modifiés, suspendus ou interrompus à la suite de la modification de la loi provinciale sur le régime d'assurance-maladie ou de la radiation de tout service ou produit de ce dernier;
- v) Ils peuvent notamment inclure les médicaments, les services de laboratoire, les tests de diagnostic ou tout autre service qui est fourni ou administré par une clinique publique ou privée, ou un établissement du même genre, au cabinet d'un médecin ou à domicile, si le traitement ou le médicament ne répond pas aux normes acceptées ou s'il n'est pas considéré comme efficace (médicalement ou du point de vue du coût, selon l'indication approuvée par Santé Canada pour l'utilisation);
- w) Ils sont fournis par un praticien qui a quitté le régime provincial d'assurance-maladie qui aurait normalement payé pour le service admissible;
- x) Ils concernent le traitement des blessures résultant d'un accident de véhicule motorisé;
Remarque : Le paiement de prestations pour les demandes de règlement relatives aux accidents de la route dont la couverture est offerte en vertu d'une police de responsabilité automobile sans égard à la faute n'est envisagé que selon l'une ou l'autre des conditions suivantes :
 - i) Le service ou le matériel réclamé n'est pas admissible;
 - ii) L'engagement financier est terminé;Une lettre de votre compagnie d'assurance automobile est exigée.
- y) Ce sont des services cognitifs ou administratifs ou d'autres frais exigés par un fournisseur de services pour des services autres que ceux directement liés à la prestation du service ou de la fourniture en question.

VOYAGES

Les frais que vous engagez par suite d'une urgence médicale pendant que vous ou une personne à charge admissible vous trouvez à l'extérieur de votre province de résidence habituelle, pour motifs de vacances, d'affaires ou de formation, seront admissibles au titre des prestations de voyage.

Pour recevoir les prestations applicables, les demandeurs doivent être couverts par leur régime provincial d'assurance-maladie respectif, ou l'équivalent, au moment où les frais sont engagés.

Les frais de voyage admissibles seront établis en fonction des frais [raisonnables et habituels](#) à l'endroit où les services ont été reçus, déduction faite du montant payable par votre régime provincial d'assurance-maladie.

Tous les montants maximums et limites sont exprimés en dollars canadiens. Le remboursement sera effectué en dollars canadiens ou en dollars américains, tant aux fournisseurs qu'aux membres du régime, en fonction du pays du bénéficiaire. Lorsqu'une conversion monétaire est requise, le taux de change applicable est celui qui est en vigueur à la date de prestation des services faisant l'objet de la demande de règlement.

Dès qu'il est informé de la nécessité d'un traitement en raison d'une blessure accidentelle ou d'une urgence médicale, **le patient doit communiquer avec le service Assistance-voyage de GSC dans les 48 heures qui suivent le début du traitement.**

Urgence médicale signifie une blessure ou une maladie soudaine et imprévue ou un épisode aigu d'une maladie qui nécessite des soins médicaux immédiats **et qu'on n'aurait pas pu raisonnablement prévoir compte tenu de l'état de santé du patient.** Cela comprend notamment un traitement (non facultatif) pour le soulagement immédiat de douleurs ou de souffrances aiguës ou d'une maladie grave, qui doit être administré sans attendre que vous ou la personne à votre charge soyez médicalement en état de retourner dans votre province de résidence.

Toutes les procédures invasives ou d'investigation doivent être approuvées au préalable par l'équipe d'assistance médicale de GSC.

Les frais admissibles sont limités au maximum de jours par voyage indiqué dans le Sommaire des prestations à compter de la date de départ de votre province de résidence. Si vous êtes hospitalisé le dernier jour indiqué dans le Sommaire des prestations, la protection sera prolongée jusqu'à ce que vous obteniez votre congé de l'hôpital.

Services hospitaliers et d'hébergement selon le tarif standard pour salle commune dans un hôpital général public.

Services médicaux chirurgicaux rendus par un médecin ou chirurgien dûment qualifié pour soulager les symptômes ou guérir d'une maladie ou blessure imprévue.

Transport d'urgence

- **Ambulance terrestre** vers l'établissement médical qualifié le plus près.
- **Ambulance aérienne** – les coûts de l'évacuation aérienne (y compris pour un membre du personnel médical si nécessaire) entre les hôpitaux et pour l'hospitalisation au Canada lorsqu'ils ont été approuvés à l'avance par votre régime provincial d'assurance-maladie, ou à l'établissement médical qualifié le plus près.

Services d'orientation – a) les services hospitaliers et d'hébergement, jusqu'à concurrence du tarif standard pour une salle commune dans un hôpital général public, ou b) les services médicaux chirurgicaux rendus par un médecin ou chirurgien dûment qualifié.

- **Avant le début du traitement, vous devez obtenir une autorisation préalable par écrit** de votre régime provincial d'assurance-maladie et de GSC. Votre régime provincial d'assurance-maladie peut couvrir ces prestations entièrement. Vous devez fournir à GSC une lettre de votre médecin traitant indiquant la raison de la recommandation et une lettre de votre régime provincial d'assurance-maladie décrivant sa responsabilité. **L'omission d'obtenir une autorisation préalable entraînera le non-paiement.**

Services d'un infirmier privé jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par année civile, au tarif [raisonnable et habituel](#) pratiqué par un infirmier autorisé (inf. Aut.) enregistré à l'endroit où le traitement est donné. Vous devez obtenir une autorisation préalable auprès du service Assistance-voyage de GSC.

Tests diagnostiques de laboratoire et radiographies lorsqu'ils sont prescrits par le médecin traitant. Sauf en cas d'urgence, le service Assistance-voyage de GSC doit approuver ces services au préalable (p. ex., cathétérisme cardiaque ou angiographie, angioplastie et pontage).

Remboursement des médicaments sur ordonnance, à savoir les produits pharmaceutiques, sérums et injectables devant faire l'objet d'une ordonnance de par la loi et qui sont prescrits par un praticien dûment qualifié (sauf les vitamines, médicaments brevetés ou spécialités pharmaceutiques). Envoyez au service Assistance-voyage de GSC le reçu original du paiement auprès de la pharmacie, du médecin ou de l'hôpital hors de votre province de résidence, indiquant le nom du médecin prescripteur, le numéro d'ordonnance, le nom de la préparation, la date, la quantité et le coût total.

Appareils médicaux, y compris les plâtres, béquilles, cannes, écharpes, attelles ou la location temporaire d'un fauteuil roulant lorsque cela est jugé médicalement nécessaire et requis en raison d'un accident, et lorsque les appareils sont obtenus à l'extérieur de votre province de résidence.

Traitement par un dentiste, seulement en cas de nécessité en raison d'un coup direct accidentel à la bouche, jusqu'à concurrence de 2 000 \$. Les traitements (avant et après le retour) doivent être fournis dans les 90 jours qui suivent l'accident. Les détails de l'accident doivent être fournis au service Assistance-voyage de GSC, accompagnés des radiographies dentaires.

Retour à la maison – lorsque votre maladie ou blessure est telle que des services sont requis d'urgence :

- L'équipe d'assistance médicale de GSC précise par écrit que vous devez immédiatement retourner dans votre province de résidence pour une attention médicale immédiate, et le remboursement ne sera effectué que pour les coûts supplémentaires liés à l'achat d'un billet d'avion aller simple en classe économique, ainsi que le retour en classe économique supplémentaire au besoin pour le transport d'une civière, pour vous rendre par la voie la plus directe jusqu'à l'aéroport le plus près du point de départ de votre province de résidence.

Cette protection suppose que vous n'êtes pas détenteur d'un billet d'avion aller-retour ouvert valide. Les frais de surclassement, les taxes de départ, les pénalités d'annulation ni les frais de transport aérien pour accompagner les membres de la famille ou des amis ne sont pas inclus.

- L'équipe d'assistance médicale de GSC ou une compagnie aérienne commerciale précise par écrit que vous devez être accompagné par un accompagnateur médical qualifié, et le remboursement sera effectué pour les frais engagés pour un billet d'avion en classe économique aller-retour et les frais [raisonnables et habituels](#) facturés par un membre du personnel médical qui n'est pas votre parent par la naissance, l'adoption ou le mariage et est enregistré dans le territoire dans lequel les soins sont dispensés, auxquels s'ajoutent les frais d'hébergement à l'hôtel et de repas si le membre du personnel le requiert.

Frais de retour de votre véhicule motorisé personnel à votre domicile ou à l'agence de location la plus près en cas d'impossibilité pour vous de vous en charger pour cause de maladie, blessure corporelle ou décès, jusqu'à concurrence de 1 000 \$ par voyage. Nous exigeons les reçus originaux des frais engagés, à savoir l'essence, l'hébergement et les billets d'avion.

Repas et hébergement jusqu'à 1 500 \$ (maximum de 150 \$ par jour pour un maximum de 10 jours) seront remboursés pour les coûts supplémentaires d'hébergement à un hôtel commercial et de repas engagés par vous quand vous restez avec un compagnon de voyage ou une personne incluse dans la couverture « famille », lorsque le voyage est retardé ou interrompu en raison d'une maladie, d'un accident ou du décès d'un compagnon de voyage. Ceci doit être confirmé par écrit par le médecin traitant ou le chirurgien dûment qualifié, avec les reçus originaux à l'appui de l'entreprise commerciale.

Transport jusqu'au chevet du patient incluant le transport aérien en classe économique aller-retour par le parcours le plus direct à partir de votre province de résidence, pour tout conjoint, parent, enfant, frère ou sœur, et jusqu'à 150 \$ par jour pour un maximum de 5 jours pour les repas, et l'hébergement à un établissement commercial sera payé pour ce membre de la famille dans les buts suivants :

- Être avec vous ou votre personne à charge couverte pendant l'hospitalisation. Cette protection nécessite que la personne couverte soit hospitalisée pendant au moins 7 jours à l'extérieur de votre province de résidence, ainsi que la confirmation écrite du médecin traitant que la situation était suffisamment grave pour avoir demandé la visite;
- Identifier la dépouille d'une personne décédée avant son rapatriement.

Vol aller-retour, si votre véhicule automobile personnel ou celui de la personne à votre charge couverte est volé ou rendu inutilisable en raison d'un accident; le remboursement sera effectué pour le prix d'un vol aller simple en classe économique pour vous rendre par le parcours le plus direct à l'aéroport principal le plus près de votre point de départ dans votre province de résidence. Un rapport officiel de la perte ou de l'accident est requis.

Rapatriement de la dépouille jusqu'à concurrence de 5 000 \$ pour couvrir le coût de l'embaumement ou de la crémation en préparation pour le transport du retour, dans un conteneur approprié, de vous-même ou d'une personne à votre charge, lorsque la mort est causée par une maladie ou un accident. La dépouille sera retournée à l'aéroport le plus près du point de départ dans votre province de résidence. La protection ne couvre pas le coût d'un cercueil ni les frais liés aux funérailles, le maquillage, les vêtements, les fleurs, les cartes, la location de l'église, etc.

SERVICE ASSISTANCE-VOYAGE DE GSC

Les services ci-dessous sont offerts 24 heures par jour, 7 jours par semaine par l'organisme international de services médicaux de GSC.

Ces services comprennent :

- Accès au Service d'aide avant départ (avant le départ) : codes canadiens d'appel direct, renseignements sur les vaccinations, mises en garde du gouvernement et exigences de visas ou de documents pour l'entrée dans le pays de destination;
- Assistance multilingue;
- Aide pour localiser les soins médicaux les plus appropriés et les plus près;
- Réseaux de fournisseurs internationaux privilégiés;
- Consultations médicales et services consultatifs de l'équipe d'assistance médicale de GSC, y compris une seconde opinion et l'examen de la pertinence et de la qualité des soins médicaux;
- Aide à l'établissement de contacts avec la famille, le médecin personnel et l'employeur, le cas échéant;

- Suivi des progrès au cours du traitement et de la récupération;
- Services de messagerie d'urgence;
- Services de traduction et renvois à des interprètes locaux, si nécessaire;
- Vérification de la couverture pour faciliter l'entrée et l'admission dans les hôpitaux et autres établissements médicaux;
- Aide spéciale en ce qui concerne la coordination des demandes de paiement direct;
- Coordination des services consulaires;
- Gestion, organisation et coordination du transport médical d'urgence et d'évacuation, si nécessaire;
- Gestion, organisation et coordination du rapatriement de la dépouille;
- Aide spéciale pour prendre les dispositions nécessaires en cas d'interruption et de perturbation des plans de voyage résultant de situations d'urgence afin d'inclure :
 - le retour des compagnons de voyage non accompagnés;
 - le déplacement au chevet d'une personne alitée;
 - la modification du billet pour cause d'accident ou de maladie et autres urgences de voyage;
 - le retour d'un véhicule automobile personnel en panne et des objets personnels connexes.
- Aide essentielle dans la recommandation d'aide juridique;
- Coordination des cautions et autres actes juridiques;
- Aide spéciale pour remplacer les documents de voyage perdus ou volés, y compris les passeports;
- Aide de courtoisie pour obtenir une assistance accessoire et d'autres services de voyage connexes;
- Aide d'urgence et au paiement des frais de soins de santé importants qui entraîneraient des paiements de plus de 200 \$.

Fonctionnement du service Assistance-voyage

Pour obtenir de l'aide, composez le **1 800 936-6226** au Canada ou aux États-Unis, ou appelez à frais virés au **0 519 742-3556** à l'extérieur du Canada ou des États-Unis. Ces numéros figurent sur votre carte d'identification GSC.

Indiquez le numéro collectif d'Assistance-voyage de GSC et votre numéro d'identification GSC qui se trouvent sur votre carte d'identification GSC, et expliquez votre urgence médicale. **Vous devez toujours être en mesure de fournir votre numéro d'identification GSC et le numéro de votre régime provincial d'assurance-maladie.**

Un spécialiste multilingue vous dirigera vers le meilleur établissement médical disponible ou un médecin dûment qualifié en mesure de fournir les soins appropriés.

Lors de votre admission à l'hôpital ou de la consultation d'un médecin ou chirurgien dûment qualifié pour un traitement d'urgence majeur, nous garantissons au fournisseur (hôpital, clinique ou médecin) que vous avez à la fois la couverture du régime provincial d'assurance-maladie et les prestations de voyage de GSC décrites ci-dessus.

Le fournisseur peut alors facturer directement le service Assistance-voyage de GSC pour ces services approuvés pour des montants supérieurs à 200 \$.

L'équipe d'assistance médicale de GSC suivra vos progrès afin de s'assurer que vous recevez le meilleur traitement médical qui soit. Ces médecins restent aussi en communication constante avec votre médecin de famille et votre famille, en fonction de la gravité de votre état.

Lorsque vous appelez à frais virés de l'extérieur du Canada et des États-Unis, il est possible que vous deviez composer un code canadien d'appel direct. Dans le cas où un appel à frais virés ne serait pas possible, conservez vos reçus d'appels téléphoniques faits au service Assistance-voyage de GSC et soumettez-les à votre retour au Canada pour remboursement.

Limites des prestations de voyage

1. La couverture prend effet au moment où vous ou la personne à votre charge traversez la frontière provinciale pour quitter votre province de résidence, et se termine lorsque vous franchissez la frontière pour revenir dans votre province de résidence. Si vous voyagez par avion, la couverture prend effet au moment où l'aéronef décolle dans la province de résidence, et se termine lorsqu'il atterrit dans la province de résidence.
2. Dès la notification de la nécessité d'un traitement pour une blessure accidentelle ou une urgence médicale, l'équipe d'assistance médicale de GSC se réserve le droit de déterminer si le rapatriement est approprié dans le cas où le patient a besoin de soins immédiats ou prévus. Le rapatriement est obligatoire si l'équipe d'assistance médicale détermine que le patient est médicalement apte à voyager et que les dispositions appropriées ont été prises pour admettre le patient dans le système provincial public de soins de santé de sa province de résidence. Le rapatriement assure une couverture continue au titre du régime. Si le patient décide de ne pas être rapatrié ou choisit de subir un tel traitement ou une intervention chirurgicale en dehors de sa province de résidence, les frais de traitement ne seront pas admissibles.

Le patient doit communiquer avec le service Assistance-voyage de GSC dans les 48 heures qui suivent le début du traitement. Le défaut de nous en informer dans les 48 heures peut entraîner la limitation des prestations aux frais engagés durant les 48 premières heures qui suivent le traitement ou l'incident, ou au maximum prévu par le régime, selon le moins élevé des deux montants.

3. Les services d'ambulance aérienne ne seront admissibles que dans les cas suivants :
 - Le service Assistance-voyage de GSC les a approuvés au préalable;
 - Il existe un besoin médical pour vous ou votre personne à charge de voyager en civière en compagnie d'un membre du personnel médical;
 - Vous ou votre personne à charge êtes admis directement à un hôpital dans votre province de résidence
 - Les rapports ou certificats médicaux des médecins au point de départ et au point d'arrivée sont remis au service Assistance-voyage de GSC;
 - La preuve de paiement (y compris les bordereaux du billet d'avion ou les factures des transporteurs aériens) est présentée au service Assistance-voyage de GSC.
4. Si vous prévoyez voyager dans des zones de troubles politiques ou civils, ou dans des zones où Affaires mondiales Canada a émis un avertissement de voyage officiel en ce qui concerne les voyages non essentiels, communiquez avec le service Assistance-voyage de GSC pour obtenir des conseils avant de partir, car nous pourrions être incapables de garantir des services d'assistance.
5. GSC se réserve le droit, sans préavis, de suspendre, restreindre ou limiter ses services dans n'importe quel domaine dans le cas de troubles politiques ou civils, y compris une rébellion, une émeute, un soulèvement militaire, un conflit de travail ou une grève, une catastrophe naturelle, ou le refus des autorités d'un pays étranger de permettre à GSC d'offrir ses services. Cela comprend le voyage n'importe où si, au moment de la réservation du voyage (y compris un retard du voyage), ou avant la date de votre départ, Affaires mondiales Canada a émis un avertissement de voyage officiel conseillant aux Canadiens d'éviter tout voyage ou tout voyage non essentiel dans un pays, une région ou une ville en raison d'une épidémie potentielle ou réelle ou d'une pandémie (le voyage non essentiel étant considéré comme une situation autre qu'une urgence médicale ou familiale significative, comme le décès d'un membre de la famille).

Exclusions des prestations de voyage

En plus des exclusions des prestations de soins de santé, les frais admissibles au titre d'une protection ne comprennent pas les éléments suivants, et aucun remboursement ne sera effectué pour eux :

1. Frais engagés pour un traitement lié directement ou indirectement à un problème de santé préexistant ou diagnostiqué antérieurement qui, au moment de votre départ de votre province de résidence, n'était pas complètement stable (de l'avis de l'équipe d'assistance médicale de GSC) et qui était susceptible de nécessiter, compte tenu des preuves médicales, un traitement ou une hospitalisation durant le voyage. GSC se réserve le droit d'examiner vos renseignements médicaux au moment de la demande de règlement;
2. Frais engagés pour un traitement ou une chirurgie qui n'étaient pas nécessaires pour le soulagement immédiat d'une douleur ou d'une souffrance aiguë selon l'avis d'un médecin ou d'un chirurgien dûment qualifié. Les prestations admissibles ne seront pas versées pour le traitement ou la chirurgie qui pourraient raisonnablement être retardés jusqu'à votre retour dans votre province de résidence;
3. Frais engagés pour un traitement ou une chirurgie non couverts par votre régime provincial d'assurance-maladie ou frais engagés pour un traitement ou une chirurgie que votre régime provincial d'assurance-maladie n'a pas remboursés;
4. Frais engagés pour des services, traitements ou chirurgies reçus une fois que le patient a choisi de ne pas être rapatrié ou que le patient choisit de recevoir en dehors de sa province de résidence;
5. Toute demande de règlement liée directement ou indirectement à un problème médical dont vous souffrez ou que vous contractez dans un pays, une région ou une ville spécifique en raison d'une épidémie ou d'une pandémie si, au moment de réserver le voyage (y compris le retard du voyage), ou avant la date de votre départ, Affaires mondiales Canada a émis un avis conseillant aux Canadiens d'éviter tout voyage ou tout voyage non essentiel dans ce pays, cette région ou cette ville. Dans le cadre de cette exclusion, un problème médical est limité à la raison pour laquelle l'avertissement de voyage officiel a été publié et comprend les complications découlant de l'état de santé;
6. Traitement ou services nécessaires pour les soins courants, une cure de repos, une opération chirurgicale non urgente, un bilan de santé ou un voyage pour des raisons de santé ou dans un centre de santé, même si le voyage est recommandé par un médecin;
7. Traitement ou service que vous choisissez de recevoir à l'extérieur du Canada, lorsque votre état de santé n'empêche pas votre retour au Canada pour un tel traitement;
8. Consommation abusive ou excessive de médicaments, de drogues ou d'alcool et conséquences qui en découlent, y compris celles associées à la conduite d'un véhicule automobile avec des facultés affaiblies par la drogue, l'alcool ou les substances toxiques ou un niveau d'alcool de plus de 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang. (Un véhicule automobile désigne tout moyen de transport qui est mû ou propulsé par un moteur et inclut notamment une automobile, un camion, une motocyclette, un cyclomoteur, une motoneige ou un bateau);
9. Montants payés ou payables au titre d'un régime de santé et de sécurité au travail ou d'un régime similaire;
10. Soins hospitaliers et médicaux à l'accouchement survenant dans les 8 semaines qui précèdent la date prévue de l'accouchement à partir de la date de départ, ou à l'interruption volontaire de grossesse;

11. Traitement ou service fourni dans un établissement de soins de longue durée ou un hôpital psychiatrique, une unité de soins pour maladies chroniques d'un hôpital général, un établissement de soins de longue durée (SLD), un centre de santé ou une maison de soins infirmiers;
12. Services de manipulation reçus d'un chiropraticien, d'un podologue, d'un podiatre ou d'un ostéopathe;
13. Opération de la cataracte ou achat de lunettes ou de prothèses auditives;
14. Frais engagés au cours d'un voyage effectué pour aller suivre un traitement médical ou obtenir un avis médical sans avoir reçu une autorisation préalable comme il est expliqué sous Services d'orientation.

GSC n'assume aucune responsabilité pour tout avis médical donné, notamment par un médecin, pharmacien ou autre fournisseur de soins de santé ou établissement recommandé par le service Assistance-voyage de GSC.

RÉGIME DE SOINS DENTAIRES

Les protections indiquées ci-dessous seront admissibles si elles sont basées sur les frais [raisonnables et habituels](#) du dentiste autorisé à pratiquer sa profession, conformément au [guide des tarifs](#) et aux maximums indiqués dans le Sommaire des prestations.

Soins de base

Services de diagnostic et de prévention de base :

- examens buccaux complets, une fois tous les 2 ans de régime
- examens buccaux d'urgence et spécifiques
- radiographies complètes et panoramiques, une fois tous les 2 ans de régime
- radiographies interproximales :
 - Option 1 - une fois tous les 9 mois (tous les 6 mois pour les personnes couvertes de 18 ans et moins)
 - Option 2 – tous les 6 mois
 - Option 3 – tous les 6 mois
- examens de rappel :
 - Option 1 - une fois tous les 9 mois (tous les 6 mois pour les personnes couvertes de 18 ans et moins)
 - Option 2 – tous les 6 mois
 - Option 3 – tous les 6 mois
- nettoyage des dents (jusqu'à 1 unité de polissage), une fois par période de rappel
- nettoyage des dents (jusqu'à 1 unité de détartrage), une fois par période de rappel (deux fois par année civile au Québec)
- application topique de fluorure, deux fois par année civile (une fois par période de rappel au Québec)
- conseils d'hygiène dentaire, une fois à vie
- nettoyage des prothèses dentaires, une fois par période de rappel
- résines pour scellement des puits et fissures des molaires seulement
- mainteneurs d'espace, pour les personnes couvertes de 17 ans et moins (entretien des mainteneurs d'espace, 2 fois tous les 12 mois)

Services de restauration de base :

- amalgames dentaires, restaurations esthétiques de remplissage et obturations sédatives temporaires
- restaurations d'incrustations – considérées comme des restaurations de base et payées en fonction de l'amalgame non lié équivalent

Chirurgie buccale mineure :

- extractions de dents ou de racines résiduelles

Anesthésie générale, sédation profonde et sédation intraveineuse en concomitance avec la chirurgie buccale admissible

Soins de base étendus

Services de prothèses standard :

- réparations de prothèses dentaires ou ajouts de dents
- rebasage standard superficiel ou complet de prothèses dentaires, une fois tous les 2 ans, au plus tôt 6 mois après la mise en place initiale d'une prothèse
- ajustements de prothèse dentaire et procédures de remontage et d'équilibrage, seulement 3 mois après la mise en place initiale d'une prothèse
- garnitures de conditionnement des tissus mous sur les gencives pour favoriser la guérison
- reconstitution d'une prothèse partielle en utilisant le cadre existant, une fois tous les 5 ans

Chirurgie buccale complète :

- exposition chirurgicale, repositionnement, transplantation ou énucléation de dents
- rénovation et remodelage – façonnage ou restructuration de l'os ou de la gencive
- excision – ablation de kystes et de tumeurs
- incision – drainage ou exploration de tissus mous ou durs
- incision pour l'extraction de corps étrangers produisant une réaction, maximum de 150 \$ par année de régime
- fractures, y compris le traitement de la luxation ou d'une fracture de la mâchoire inférieure ou supérieure et réparation des lacerations des tissus mous
- réduction de fracture, maximum de 750 \$ par année de régime
- malformations maxillo-faciales – frénectomie – chirurgie sur le pli du tissu reliant la lèvre à la gencive ou la langue au plancher de la bouche

Traitement endodontique

- traitement de canal
- pulpotomie (retrait de la pulpe de la partie coronaire de la dent)
- pulpectomie (ablation de la pulpe de la couronne et de la racine de la dent)
- apexification (contribuant à la fermeture de l'extrémité de la racine)
- curetage apical, résections radiculaires et obturations rétrogrades (nettoyer et enlever les tissus malades de l'extrémité de la racine)
- amputation ou hémisection radiculaire
- blanchiment des dents non vitales
- procédures d'urgence, y compris l'ouverture ou le drainage de la gencive ou de la dent

Traitement périodontique :

- traitement de l'os et des gencives malades
- détartrage parodontal ou surfaçage radiculaire, 8 unités de temps tous les 12 mois (10 unités de temps tous les 12 mois au Québec)
- l'équilibration de l'occlusion – meulage sélectif des surfaces dentaires pour ajuster l'occlusion, 2 unités de temps tous les 12 mois

Les frais de traitement parodontal sont basés sur des unités de temps (15 minutes par unité) ou le nombre de dents dans un site chirurgical conformément au guide des tarifs des praticiens généralistes.

- appareil contre le bruxisme, une fois tous les 24 mois

Soins majeurs

- Restaurations standard de couronnes et d'incrustations pour réparer les dents naturelles malades ou endommagées de façon accidentelle, une fois tous les 5 ans
- Ponts standard, y compris les pontiques, points d'appui et couronnes piliers sur des dents naturelles, une fois tous les 5 ans
- Prothèses dentaires ordinaires, prothèses complètes, immédiates, de transition et partielles, une fois tous les 5 ans
- Réparation ou recollage ordinaire de couronnes, d'incrustations et de ponts sur des dents naturelles
- Implants, mais remboursement limité au coût d'un pont à trois composantes une fois par dent à vie

Services orthodontiques (options 1 et 2 seulement)

Remboursement des frais engagés pour des traitements d'orthodontie visant à redresser les dents ou à corriger l'occlusion.

Dans le cas où un paiement forfaitaire a été versé pour des soins d'orthodontie, le montant total de la demande de règlement est divisé en portions égales, soit un paiement initial (environ un tiers du paiement forfaitaire total), et le montant résiduel, réglé sous forme de frais mensuels égaux versés pendant la durée du traitement. Les reçus de paiement doivent être reçus par GSC au plus tard 12 mois à compter de la date de la prestation du service, au cours du traitement et non à la fin du traitement.

Si les soins orthodontiques sont abandonnés pour quelque raison que ce soit avant leur achèvement, l'obligation de verser des prestations cesse à la date d'abandon des soins. Si ces soins sont repris ultérieurement, le versement de prestations recommence pour les soins restants. Les prestations pour soins orthodontiques ne sont versées que durant les mois au cours desquels les soins sont couverts.

Autres traitements

Le régime de prestations collectif remboursera le montant indiqué dans le [guide des tarifs](#) pour les services ou produits les moins coûteux, à condition que les deux cycles de traitement soient couverts au titre du régime.

Prédétermination

Avant le début de vos traitements :

- Dans le cas de tout traitement proposé pour des couronnes, des incrustations, des ponts ou des implants, vous **devez** présenter une évaluation des frais préparée par votre dentiste aux fins d'analyse. Par suite de notre analyse, il est possible que nous décidions de ne couvrir qu'un montant inférieur au coût évalué ou de refuser la couverture des soins. Si vous ne présentez pas une évaluation des frais avant le début des traitements, l'analyse de leur admissibilité sera retardée;
- Si le coût total de tout traitement proposé dépasse 300 \$, nous vous recommandons de soumettre une évaluation des frais dûment remplie par votre dentiste.

Limites

1. Les services de laboratoire doivent être réalisés en concomitance avec d'autres services et sont limités à la quote-part de ces services. Les services de laboratoire qui dépassent 40 % des honoraires du dentiste dans le guide des tarifs applicable figurant dans le Sommaire des prestations seront réduits en conséquence; la quote-part s'applique alors.
2. Le remboursement sera effectué selon les services, fournitures ou traitements de base ou standard. Les dépenses connexes au-delà des services, fournitures ou traitements de base ou standard resteront à votre charge.
3. Le remboursement sera calculé au prorata et réduit en conséquence, lorsque le temps passé par le dentiste est inférieur au temps moyen attribué à un code de procédure de soins dentaires dans le guide des tarifs applicable du Sommaire des prestations.
4. Le remboursement des frais de traitement de canal sera limité à un seul paiement par dent. Les frais supplémentaires exigés pour un accès difficile, une anatomie exceptionnelle, la calcification et les reprises de traitement ne sont pas inclus. Le total des frais pour canal radiculaire comprend les pulpotomies et pulpectomies effectuées sur la même dent.
5. Le remboursement pour l'installation initiale d'implants ou d'un pont ne s'applique pas aux dents manquantes avant la date de votre embauche.

6. Les surfaces communes sur la même dent ou le même jour seront considérées comme une seule surface. Si les surfaces individuelles sont rétablies sur la même dent ou le même jour, le paiement sera évalué selon le code de procédure représentant la surface combinée. Le paiement sera limité à un maximum de 5 surfaces dans toute période de 36 mois.
7. Lorsque plusieurs interventions chirurgicales, y compris de multiples opérations parodontales, sont exécutées lors d'un même rendez-vous ou dans la même région de la bouche, seul l'acte le plus complet sera admissible au remboursement, car les frais pour chaque acte sont basés sur le traitement complet et sont réputés faire partie du facteur des services de restauration multiples.
8. Le facteur de réduction pour services multiples s'applique lorsqu'un minimum de 6 restaurations (obturations) ou des services de périodontie multiples sont effectués au cours du même rendez-vous et que le plein tarif selon le guide est facturé pour chaque obturation ou service de périodontie; le premier service sera payé au complet et le montant du remboursement pour tous les autres services sera réduit de 20 %.
9. Les reconstitutions de dents associées à des traitements pour des couronnes ne sont admissibles qu'à des fins de maintien et de préservation des dents. La nécessité de la reconstitution doit être évidente sur les radiographies montées prises avant les traitements. Les reconstitutions de dents pour faciliter la prise d'empreintes ou bloquer des zones de contre-dépouille sont considérées comme comprises dans le coût d'une couronne.
10. Le surfaçage radiculaire n'est pas admissible s'il est fait en même temps que le curetage gingival.
11. Dans le cas d'un accident dentaire, les demandes de règlement doivent être présentées dans le cadre du régime de soins de santé avant d'être soumises dans le cadre du régime de soins dentaires.

Exclusions aux prestations de soins dentaires

Les frais admissibles au titre d'une protection ne comprennent pas les éléments suivants, et aucun remboursement ne sera effectué pour eux :

1. Services ou fournitures reçus à la suite d'une maladie ou d'une blessure attribuable à :
 - a) un acte de guerre, déclarée ou non;
 - b) la participation à une émeute ou à des troubles civils;
 - c) une infraction criminelle.
2. Services ou fournitures reçus en servant dans les forces armées d'un pays;
3. Omission de se présenter à un rendez-vous avec un dentiste dûment qualifié;
4. Fait de remplir un formulaire de demande de règlement ou des rapports d'assurance;
5. Tout service dentaire qui n'est pas mentionné dans les codes de procédure établis et maintenus par l'association dentaire canadienne, adoptés par l'association dentaire de la province ou du territoire où le service est fourni (ou votre province de résidence si le service dentaire est fourni à l'extérieur du Canada) et en vigueur au moment où le service est fourni;
6. Restaurations nécessaires en raison de l'usure, de l'érosion acide, de la dimension verticale ou d'une occlusion;
7. Appareils liés au traitement du syndrome de douleur myofaciale, y compris tous les modèles de diagnostic, les déterminants gnathologiques, l'entretien, les réglages, réparations et rebasages;
8. Pontiques ou dents postérieures en porte à faux et pontiques ou dents supplémentaires pour remplir les diastèmes ou espaces;

9. Services et frais de soins dentaires sous anesthésie;
10. Diagnostic ou appareils de repositionnement intrabuccal, y compris l'entretien, les réglages, les réparations et les réfections liés au traitement de la dysfonction de l'articulation temporomandibulaire;
11. Tout traitement ou médicament répondant aux critères suivants :
 - a) Il ne répond pas aux normes acceptées de la pratique médicale, dentaire ou ophtalmologique, y compris les frais pour services ou fournitures qui sont de nature expérimentale, ou il n'est pas considéré comme efficace (médicalement ou du point de vue du coût, selon l'indication d'utilisation approuvée par Santé Canada);
 - b) Il est un médicament d'appoint prescrit dans le cadre d'un traitement ou un médicament qui n'est pas couvert par le régime;
 - c) Il est administré dans un hôpital ou doit être administré dans un hôpital conformément à l'indication approuvée par Santé Canada;
 - d) Il n'est pas fourni par le pharmacien conformément au mode de paiement prévu par le régime de prestations pour les médicaments sur ordonnance;
 - e) Il n'est pas utilisé ni administré conformément à l'indication approuvée par Santé Canada, même si le médicament ou la procédure peuvent habituellement être utilisés dans le traitement d'autres maladies ou blessures.
12. Les services ou fournitures répondant aux conditions suivantes :
 - a) Ils ne sont pas recommandés, fournis ni approuvés par un praticien ou dentiste traitant dûment qualifié (de l'avis de GSC) comme l'autorise la loi;
 - b) Ils sont légalement exclus par le gouvernement;
 - c) Vous n'êtes pas obligé de les payer ni aucuns frais ne seraient perçus en l'absence de couverture, ou le paiement est effectué en votre nom par une association de remboursement anticipé sans but lucratif, une compagnie d'assurance, un administrateur tiers, un organisme équivalent ou une partie autre que GSC, votre promoteur de régime ou vous-même;
 - d) Ils sont fournis par un professionnel de la santé dont l'agrément octroyé par la réglementation provinciale ou une association professionnelle a été suspendu ou révoqué;
 - e) Ils ne sont pas fournis par un fournisseur de services désigné à la suite d'une ordonnance délivrée par un professionnel de la santé dûment qualifié;
 - f) Ils sont utilisés uniquement pour des activités récréatives ou sportives et ne sont pas médicalement nécessaires pour les activités régulières;
 - g) Ils sont fournis principalement à des fins cosmétiques ou esthétiques, ou pour corriger des malformations congénitales;
 - h) Ils sont fournis par un membre de la famille immédiate qui vous est lié par la naissance, par adoption ou par mariage, ou un praticien qui habite normalement sous votre toit. Un membre de la famille immédiate comprend un parent, un conjoint, un enfant, un frère ou une sœur;
 - i) Ils sont fournis par votre promoteur de régime ou un praticien employé par votre promoteur de régime, dans le cadre d'un régime autre que le régime d'aide aux employés;
 - j) Ils visent le remplacement d'objets perdus, égarés ou volés ou d'articles qui sont endommagés par négligence. Les remplacements sont admissibles lorsqu'ils sont nécessaires en raison de l'usure, de la croissance naturelle ou d'un changement pertinent dans votre état de santé, mais seulement lorsque l'équipement ou les prothèses ne peuvent pas être ajustés ou réparés à un coût moindre, mais qu'ils sont toujours médicalement requis.
 - k) Il s'agit de vidéos éducatives, de manuels d'information ou de brochures;
 - l) Il s'agit de frais de livraison et de transport;
 - m) Ce sont des dispositifs ou appareils prothétiques de rechange;
 - n) Ils proviennent d'un organisme gouvernemental et sont obtenus sans frais conformément aux lois ou règlements adoptés par un organisme fédéral, provincial, municipal ou autre;

- o) Ils devraient normalement être payés par un régime provincial d'assurance-maladie, une commission ou un tribunal de sécurité professionnelle et d'assurance contre les accidents du travail, ou tout autre organisme gouvernemental, ou ils auraient dû être payables au titre d'un tel régime si une demande de couverture avait été produite en bonne et due forme, ou si les demandes de règlement avaient été soumises correctement et en temps opportun;
- p) Ils concernent le traitement des blessures résultant d'un accident de véhicule motorisé;
Remarque : Le paiement de prestations pour les demandes de règlement relatives aux accidents de la route dont la couverture est offerte en vertu d'une police de responsabilité automobile sans égard à la faute n'est envisagé que selon l'une ou l'autre des conditions suivantes :
 - i) Le service ou le matériel réclamé n'est pas admissible;
 - ii) L'engagement financier est terminé;Une lettre de votre compagnie d'assurance automobile est exigée.
- q) Ce sont des services cognitifs ou administratifs ou d'autres frais exigés par un fournisseur de services pour des services autres que ceux directement liés à la prestation du service ou de la fourniture en question.

COMPTE DE FRAIS POUR SOINS DE SANTÉ (CFSS)

Votre CFSS est assujéti aux règles et aux règlements de la Loi de l'impôt sur le revenu. En cas de disparité, la *Loi de l'impôt sur le revenu* prévaut. La responsabilité du CFSS incombe uniquement à votre promoteur de régime.

Votre CFSS est offert par votre promoteur de régime et est administré par GSC.

Votre CFSS est un compte de frais provisionné par votre promoteur de régime que vous pouvez utiliser pour régler des frais de soins médicaux et dentaires qui ne sont pas couverts par votre régime de prestations collectif ni par votre régime provincial d'assurance-maladie.

Au début de chaque année de régime, un montant forfaitaire prédéterminé, tel qu'il est indiqué dans le Sommaire des prestations, sera porté à votre compte pour couvrir le remboursement de vos dépenses admissibles engagées au cours de cette année de régime. Lorsque vous soumettez une demande de règlement, vous serez remboursé pour le montant des dépenses admissibles jusqu'à concurrence du solde de votre compte.

Tout solde de votre compte au dernier jour de l'année de régime est reporté à l'année de régime suivante, mais pas au-delà de la fin de l'année visée par ce report. Ce solde s'ajoute à vos nouveaux crédits, et le montant des demandes de règlement de la nouvelle année de régime est imputé au compte réapprovisionné, les crédits de l'année de régime précédente étant utilisés en premier lieu. À la fin de la nouvelle année de régime, tout solde reporté de l'année de régime précédente qui reste est perdu.

DÉPENSES ADMISSIBLES

Les dépenses admissibles comprennent notamment les dépenses admissibles en tant que crédits d'impôt pour frais médicaux conformément aux lignes directrices en matière d'impôt sur le revenu de l'Agence du revenu du Canada (ARC). Elles comprennent également le montant de la franchise et le pourcentage non couvert par le régime de prestations collectif ou le montant qui dépasse les maximums prévus par le régime de prestations collectif.

Pour consulter la liste des frais médicaux admissibles, visitez notre site Web à greenshield.ca ou, pour obtenir de plus amples renseignements, rendez-vous à un bureau de l'ARC ou visitez le site Web de l'ARC à cra-arc.gc.ca/medical

Exclusions

Les dépenses non admissibles au remboursement sont assujetties aux restrictions et limites applicables aux frais non admissibles que prévoit la Loi de l'impôt sur le revenu du Canada. En voici des exemples :

- a) primes versées à un régime provincial d'assurance-maladie ou hospitalisation; et
- b) frais médicaux pour lesquels vous ou la personne à votre charge êtes remboursés ou êtes admissibles à un remboursement au titre d'un régime provincial d'assurance-maladie, de votre régime de prestations collectif ou du régime de prestations collectif de votre conjoint.

Congé de maternité, congé d'adoption et congé parental

Si vous décidez de continuer à cotiser à votre régime collectif, vous pouvez soumettre des demandes de règlement pour des dépenses engagées avant et pendant votre congé.

COMPTE DE DÉPENSES PERSONNELLES (CDP)

Votre CDP est offert par votre promoteur de régime et est administré par GSC. Votre promoteur de régime se réserve le droit d'annuler ou de modifier les dispositions du CDP de sorte que le programme réponde à l'objectif souhaité, de favoriser la santé et le bien-être des membres du régime.

Votre CDP consiste en un compte de dépenses provisionné par votre promoteur de régime. Ce compte peut servir à régler une variété de frais engagés pour votre bien-être personnel non couverts par votre régime de prestations collectif ou votre régime provincial d'assurance-maladie. Les dépenses faisant l'objet d'une demande de règlement sont assujetties à l'impôt sur le revenu selon les directives de l'Agence du revenu du Canada.

Au début de chaque année de régime, un montant forfaitaire prédéterminé, tel qu'il est indiqué dans le Sommaire des prestations, sera porté à votre compte pour couvrir le remboursement de vos dépenses admissibles engagées au cours de cette année de régime. Lorsque vous soumettez une demande de règlement, vous serez remboursé pour le montant des dépenses admissibles jusqu'à concurrence du solde de votre compte.

Tout solde sur votre compte au dernier jour de l'année de régime sera reporté. Ce solde s'ajoute à vos nouveaux crédits, et le montant des demandes de règlement de la nouvelle année de régime est imputé au compte réapprovisionné, les crédits de l'année ou des années de régime précédentes étant utilisés en premier lieu.

DÉPENSES ADMISSIBLES

Les éléments suivants sont couverts au titre du compte de dépenses personnelles. Ces éléments constituent une protection imposable. Par conséquent, toutes les dépenses soumises en vue d'un paiement figureront sur le feuillet T4A qui vous sera remis par le promoteur de régime. Avant de vous procurer un élément non compris dans cette liste, il est préférable d'en discuter avec votre service des Ressources humaines afin de déterminer votre admissibilité à un éventuel paiement.

Frais liés aux sports et au conditionnement physique

Frais de programme récréatif, de cours, d'inscription d'équipe

Entraînement personnel, consultation

Cotisations annuelles, club, villégiature, parc

Inscription ou droits pour activités récréatives, participation à une épreuve individuelle

Cotisations annuelles à un gymnase, un centre de conditionnement physique, une piscine

Équipement de conditionnement physique

Équipement de conditionnement physique

Matériel de sport

Vélo (manuel)

Moniteur de fréquence cardiaque

Accessoires et tenue de sport pour athlétisme

Wii Fit ou Xbox Kinect, PlayStation Fitness (système de divertissement non compris)

Matériel de pêche

Outils de suivi de conditionnement physique

Soins familiaux

Garde d'enfants

Soins aux personnes âgées

Produits et services d'aide à domicile (lève-personnes et aides techniques)

Programmes et services de soutien aux aidants naturels

Études et perfectionnement personnel

Passe-temps et cours d'intérêt général
Droits de scolarité et livres
Formation, cours, tutorat, secourisme, RCP
Désignation professionnelle et droits d'adhésion ou cotisations
Ordinateur personnel et accessoires
Matériel et instruments de musique

Services de mieux-être

Programmes d'abandon du tabac
Équipement de sécurité
Évaluations de santé
Programmes de perte de poids, conseils (à l'exclusion des aliments)
Conseils nutritionnels
Vitamines, suppléments, produits naturels
Services de maternité (cours prénatals et services de sages-femmes)
Programmes de gestion du stress
Examens médicaux
Praticiens de médecines parallèles (réflexologue, iridologue, herboriste, homéopathe, praticien de médecine chinoise, thérapeute en shiatsu, acupuncteur)
Services de santé holistique

Services professionnels non liés à la santé

Services juridiques
Services financiers

RENSEIGNEMENTS SUR LES DEMANDES DE RÈGLEMENT

Demandes de renseignements

Pour obtenir des renseignements détaillés, veuillez communiquer avec votre administrateur de prestations ou avec nous :

- ♦ Appelez notre Centre de service à la clientèle au 1 888 711-1119 pour déterminer l'admissibilité d'un article ou d'un service en particulier et les conditions d'autorisation préalable de GSC;
- ♦ Visitez notre site Web à greenshield.ca pour transmettre votre question par courriel

Soumission des demandes de règlement

Les formulaires de demande de règlement, y compris les formulaires d'autorisation préalable et toutes les précisions utiles sur la soumission d'une demande de règlement, se trouvent sur le site greenshield.ca.

Veuillez noter qu'en plus d'un formulaire de demande de règlement dûment rempli, vous devez soumettre l'original du reçu détaillé attestant le paiement des frais **(les reçus de caisse ou de carte de crédit seuls ne sont pas acceptés)**.

Pour le CFSS, envoyez un formulaire de demande de règlement du CFSS et indiquez-y si vous souhaitez que vos dépenses admissibles soient payées à même votre régime de soins de santé ou dentaires de GSC en premier lieu et que toute partie non payée de vos dépenses admissibles soit ensuite imputée à votre CFSS. Ces demandes de règlement doivent d'abord être soumises au titre d'un régime provincial d'assurance-maladie ou de tout régime privé d'assurance-maladie auquel vous auriez adhéré (y compris un autre régime de GSC, le régime du conjoint, etc.).

Votre CFSS ne prévoit pas la coordination automatique avec vos prestations de soins de santé et dentaires. Vous pouvez activer cette fonctionnalité par l'entremise des Services en ligne des membres du régime (le Centre de service à la clientèle de GSC n'est pas en mesure de veiller à la configuration de cette fonction).

Coordination automatique avec le CFSS

Une fois que vous aurez accédé aux Services en ligne des membres du régime et que vous aurez configuré la coordination automatique avec le CFSS, vos demandes de règlement portant sur des frais pour soins de santé et dentaires seront automatiquement coordonnées avec votre CFSS. Vous devez payer le fournisseur de service pour la partie du CFSS de la demande de règlement et vous serez automatiquement remboursé à même votre CFSS sans avoir à soumettre une demande de règlement sur papier. La demande de règlement **ne sera pas** redirigée vers un régime secondaire (coordination des garanties – CDP) avant d'être prise en charge par le CFSS.

Coordination manuelle avec le CFSS

Si vous choisissez de **ne pas** coordonner automatiquement vos demandes de règlement pour soins de santé et dentaires avec votre CFSS, vous devez payer au fournisseur de services la partie de la demande de règlement imputable au CFSS, puis remplir le formulaire de demande de règlement du CFSS, en prenant soin d'y joindre une preuve de paiement. Vous pouvez indiquer sur la demande de règlement si vous souhaitez que vos dépenses admissibles soient payées aux termes du régime de soins de santé ou dentaires de GSC en premier et que toute partie non payée de vos dépenses admissibles soit ensuite imputée à votre CFSS.

Pour le CDP, envoyez un formulaire de demande de règlement du CDP à GSC afin que vos dépenses admissibles soient payées à même votre CDP.

Toutes les demandes de règlement relatives aux soins de santé et dentaires et aux prestations de voyage doivent parvenir à GSC au plus tard 12 mois à compter de la date à laquelle les frais admissibles ont été engagés.

Toutes les demandes de règlement au titre du CFSS doivent être reçues par GSC au plus tard 60 jours après la fin de l'année de régime ou après la date de cessation d'emploi, de départ à la retraite, de décès ou de congé autorisé (à l'exception du congé de maternité, d'adoption ou parental).

Toutes les demandes de règlement au titre du CDP doivent parvenir à GSC au plus tard 60 jours après la fin de l'année de régime ou au plus tard 12 mois après la date à laquelle les frais admissibles ont été engagés après la date de cessation d'emploi.

Remboursement

Le remboursement sera effectué selon l'un des moyens suivants :

- a) Dépôt direct dans votre compte bancaire personnel, le cas échéant;
- b) Chèque de remboursement;
- c) Paiement direct au fournisseur de services, le cas échéant.

Tous les maximums et les limites sont indiqués en dollars canadiens. Le remboursement sera effectué en dollars canadiens ou en dollars américains, tant aux fournisseurs qu'aux membres du régime, en fonction du pays du bénéficiaire.

Voyage en cas d'urgence

Appelez directement le service Assistance-voyage de GSC dans les 48 heures qui suivent le début du traitement.

Veillez téléphoner au Centre de service à la clientèle au 1 855 816-9531 pour obtenir tous les détails sur la façon de soumettre des demandes de règlement.

Si vous avez déboursé de l'argent de votre poche, les demandes de règlement doivent être accompagnées des reçus originaux et soumises au service Assistance-voyage de GSC; par la suite, ce service coordonne avec le régime provincial d'assurance-maladie le remboursement des dépenses admissibles approuvées.

Pour faire une demande, vous devez indiquer le nom du patient, le numéro du régime provincial d'assurance-maladie, l'adresse et le numéro d'identification GSC avec un relevé détaillé indiquant les services rendus et les frais exigés pour chaque service.

Subrogation

GSC se réserve le droit de subrogation des prestations. Cela signifie que si GSC a versé des prestations en votre nom ou au nom de votre personne à charge, mais que ces prestations auraient dû être payées ou sont payées subséquemment, en tout ou en partie, au titre d'une assurance responsabilité civile ou d'une autre protection, GSC a le droit de recouvrer le paiement ou le remboursement. Dans les cas de responsabilité civile, vous devez informer votre avocat de nos droits de subrogation.

Coordination des prestations (CDP)

Si vous avez droit à des prestations de soins de santé et de soins dentaires complémentaires de plus d'un régime, vos prestations au titre de ce régime seront coordonnées avec l'autre de sorte que vous pourrez être remboursé jusqu'à concurrence de 100 % des dépenses admissibles engagées.

Les demandes de règlement doivent d'abord être soumises au payeur principal. Les soldes impayés devraient ensuite être soumis aux régimes secondaires. Utilisez les directives suivantes pour identifier les régimes primaires et secondaires :

Membre du régime de GSC

La couverture de GSC est toujours primaire dans votre cas. Si vous êtes le membre du régime au titre de deux régimes collectifs, la priorité est donnée dans l'ordre suivant :

- Régime où vous êtes un membre à temps plein;
- Régime où vous êtes un membre à temps partiel;
- Régime où vous êtes un retraité.

Conjoint

Si votre conjoint est membre d'un autre régime de prestations, dans son cas le régime de GSC est le régime secondaire. Votre conjoint doit d'abord présenter une demande à son régime.

Enfants

Lorsque les enfants à charge sont couverts à la fois par votre régime de GSC et par le régime de votre conjoint, utilisez l'ordre suivant pour déterminer à qui envoyer les demandes de règlement :

- Régime du parent dont la date de naissance (mois et jour) survient plus tôt dans l'année civile;
- Régime du parent dont le prénom commence par la lettre de l'alphabet la plus près de A, si les parents ont la même date de naissance;
- En cas de séparation ou de divorce et si les enfants sont couverts par plus d'un régime, l'ordre suivant s'applique :
 - Régime du parent qui a la garde de l'enfant à charge;
 - Régime du conjoint du parent qui a la garde de l'enfant à charge;
 - Régime du parent qui n'a pas la garde de l'enfant à charge;
 - Régime du conjoint du parent qui n'a pas la garde de l'enfant à charge.

Si les parents ont la garde conjointe et que les deux ont des enfants inscrits comme personnes à charge au titre de leur régime, les demandes de règlement doivent d'abord être présentées au régime du parent dont la date de naissance (mois et jour) survient plus tôt dans l'année civile. Les soldes peuvent ensuite être soumis au régime de l'autre parent.

Prestations de voyage

Dans le cas d'une demande de règlement liée à un voyage, tous les régimes partageront à parts égales le coût de la demande de règlement.

Si GSC est identifiée comme assureur secondaire, il faut soumettre le relevé original de l'Explication des prestations de l'assureur principal et une copie du formulaire de demande de règlement afin de recevoir tout solde dû.

AVERTISSEMENT

Les prestations d'assurance-vie et d'assurance invalidité de longue durée sont fournies par Industrielle Alliance Groupe financier (iA).

VOTRE LIVRET D'ASSURANCE COLLECTIVE

L'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. est l'assureur des garanties suivantes :

Assurance vie du participant, Assurance vie facultative du participant, Assurance vie facultative du conjoint et des personnes à charge et Assurance salaire de longue durée

VOTRE LIVRET D'ASSURANCE COLLECTIVE

DESIGN GROUP STAFFING INC.

Catégorie 1

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

Titulaire du régime : **DESIGN GROUP STAFFING INC.**

N° de police : **24275**

Prise d'effet de la police : **Le 1^{er} septembre 2005**

Ce livret est fourni dans le but d'expliquer les garanties offertes en vertu de la police collective.

La possession de ce livret ne confère ni ne crée aucun droit contractuel. Tous les droits et obligations relatifs aux garanties offertes en vertu de la police collective seront régis uniquement par les clauses et les conditions de ladite police.

Pour toute question relative au contenu de ce livret ou si de plus amples renseignements sont requis concernant les garanties, le participant devrait communiquer avec son employeur.



TABLE DES MATIÈRES

	Page
TABLEAU SOMMAIRE.....	1
CONDITIONS GÉNÉRALES.....	7
ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT	15
ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU PARTICIPANT	17
ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU CONJOINT ET DES PERSONNES À CHARGE.....	18
ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE.....	20
COMMENT NOUS TRANSMETTRE VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT	25
PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	26

TABLEAU SOMMAIRE

Le TABLEAU SOMMAIRE décrit brièvement les garanties d'assurance collective selon la catégorie à laquelle appartient le participant.

Les pages suivantes donnent une description complète des CONDITIONS GÉNÉRALES et de chacune des GARANTIES.

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

Dans ce livret, le masculin inclut le féminin, sauf si le contexte s'y oppose. De plus, le singulier inclut le pluriel, lorsque requis.

Les participants sont assurés selon la catégorie :

Catégorie

1 – Tous les employés

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

CONDITIONS GÉNÉRALES

DATE D'ADMISSIBILITÉ

Un employé devient admissible à l'une des dates suivantes, sous réserve de toute autre disposition de la police collective :

a) à la date de prise d'effet de la police collective, s'il a complété 3 mois de service continu avec l'employeur,

ou

b) à la date à laquelle il a complété 3 mois de service continu avec l'employeur.

ÂGE NORMAL DE LA RETRAITE

Dans la police collective, l'âge normal de la retraite est le premier jour du mois suivant ou coïncidant avec le 65^e anniversaire de naissance du participant.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT

Capital assuré

1 fois le salaire annuel, le résultat étant arrondi au 1 000 \$ suivant, s'il ne s'agit pas déjà d'un multiple de 1 000 \$.

Maximum : 325 000 \$ sans preuves d'assurabilité
ou
1 000 000 \$* avec preuves d'assurabilité.

(*Combiné avec le montant d'assurance vie facultative du participant.)

Prestation minimale : 5 000 \$

Cette garantie se termine au 70^e anniversaire de naissance du participant ou à la date de la retraite, si elle est antérieure.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

Capital assuré

Tranches de 10 000 \$

Maximum : 500 000 \$*

(*Combiné avec le montant d'assurance vie du participant.)

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

Cette garantie se termine au 70^e anniversaire de naissance du participant ou à la date de la retraite, si elle est antérieure.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU CONJOINT ET DES PERSONNES À CHARGE

Capital assuré

Conjoint : Tranches de 10 000 \$
Maximum : 200 000 \$

Preuve d'assurabilité : Tous les montants qui excèdent 20 000 \$ pour l'assurance vie facultative du conjoint exigent une preuve d'assurabilité.

Chaque enfant dès la naissance vivante : Tranches de 5 000 \$
Maximum : 25 000 \$

Preuve d'assurabilité : Un participant peut obtenir l'assurance vie facultative pour personne à charge pour ses enfants sans preuve d'assurabilité s'il souscrit l'assurance dans les 31 jours suivant la date à laquelle il y est admissible ou s'il souscrit l'assurance dans les 31 jours suivant la date de naissance d'un nouvel enfant.

Cette garantie se termine au 70^e anniversaire de naissance de la personne assurée ou à la date de la retraite du participant, si elle est antérieure.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

Prestation mensuelle

66,67 % des premiers 2 250 \$ du salaire mensuel, plus 50 % des 3 500 \$ suivants, plus 44 % de l'excédent, le résultat étant arrondi au dollar suivant, s'il ne s'agit pas d'un multiple de 1 \$.

Maximum mensuel :
5 000 \$

Toutefois, le maximum de toutes sources ne peut excéder 85 % du salaire mensuel net établi au début de l'invalidité.

Réductions : Le montant payable sera assujéti aux réductions énoncées dans la garantie.

Délai de carence : 120 jours
Le paiement des prestations débutera après la fin de la période maximale de prestations prévue en vertu de la garantie d'assurance salaire de courte durée, si cette garantie fait partie de la police collective.

Période maximale de prestations : Jusqu'au 65^e anniversaire de naissance du participant

Les prestations sont non imposables.

Cette garantie se termine au 65^e anniversaire de naissance du participant ou à la date de la retraite, si elle est antérieure.

CONDITIONS GÉNÉRALES

DÉFINITIONS

Acceptation des preuves d'assurabilité : La date d'acceptation de toute preuve d'assurabilité signifie la date de réception par l'assureur du dernier document qui lui permet d'accepter le risque que représente la personne.

Accident : La survenance soudaine, violente et imprévisible d'un événement extérieur à une personne.

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

Année civile : La période qui s'étend du 1^{er} janvier au 31 décembre inclusivement.

Effectivement au travail : S'il s'agit d'un jour normal de travail, le participant sera considéré être effectivement au travail s'il se présente à son lieu de travail habituel ou à tout autre endroit où les activités de son employeur exigent qu'il soit présent et, lorsqu'il s'y présente, il est en mesure de s'acquitter de toutes les tâches habituelles et coutumières de son poste sur une base régulière et à plein temps.

Si le participant n'est pas au travail car il ne s'agit pas d'un jour normal de travail, ou qu'il s'agit d'un jour de congé ou d'un jour de vacances, le participant sera considéré être effectivement au travail si à telle date il n'est ni (i) hospitalisé, ni (ii) inapte au point de ne pas avoir pu se présenter à son lieu de travail habituel ou à tout autre endroit où les activités de son employeur exigent qu'il soit présent et s'acquitter de toutes les tâches habituelles et coutumières liées à son poste sur une base régulière et à plein temps.

Employé : Toute personne qui occupe un poste permanent et à plein temps pour le compte de son employeur, et qui travaille au moins 20 heures par semaine pour ledit employeur.

Jour : Un jour civil, sauf stipulation contraire dans la police collective.

Maladie : Toute détérioration de la santé qui nécessite des soins médicaux réguliers, continus et curatifs, donnés par un médecin.

Médecin : Une personne légalement licenciée et autorisée à pratiquer la médecine et qui le fait en respectant les limites imposées par sa licence.

Participant : Tout employé qui est assuré en vertu de la police collective.

Période d'admissibilité : La période, telle que prévue au Tableau sommaire, pendant laquelle l'employé doit être effectivement au travail avant d'être admissible à l'assurance en vertu de la police collective.

Personne à charge : Le conjoint du participant ou un enfant du participant ou de son conjoint. Lorsque l'assurance couvre les personnes à charge en vertu de la police collective, les termes «conjoint» et «enfant» sont définis ainsi :

a) Conjoint

La personne liée par un mariage ou une union civile à un participant ou la personne désignée par ledit participant, qu'il présente publiquement comme son conjoint et avec qui il cohabite en permanence depuis au moins 1 an.

La séparation de fait depuis plus de 3 mois fait perdre ce statut de conjoint aux fins de la police collective.

Si d'après cette définition le participant a eu plus d'un conjoint, le terme «conjoint» désigne la dernière personne qui se qualifie à titre de conjoint.

b) Enfant

Tout enfant non marié du participant ou de son conjoint, qui s'en remet entièrement au participant pour sa subsistance et son entretien et remplit au moins une des conditions suivantes :

i) Être âgé de moins de 21 ans; ou

- ii) Être âgé de moins de 26 ans et fréquenter à plein temps une institution d'enseignement reconnue; ou
- iii) Avoir un handicap mental ou physique et être incapable de gagner sa vie en raison de ce handicap, pourvu que le handicap en question se soit déclaré lorsqu'il était enfant tel que défini en vertu de i) ou ii).

Personne assurée : Un participant ou une personne à charge d'un participant qui est assuré en vertu de la police collective.

Résident à temps plein au Canada : Personne qui a un lieu de résidence permanent au Canada et qui y demeure au moins 182 jours par année.

Salaire annuel : La rémunération de base brute annuelle que l'employeur verse au participant et que l'employeur ou le titulaire de la police collective a déclarée à l'assureur, incluant tout revenu additionnel gagné sur une base régulière (heures supplémentaires, bonis, commissions, primes de quart, pourboires) qui est compris conformément aux normes établies en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi.

Pour les participants rémunérés en tout ou en partie sur une base de commissions ou de pourboires, le salaire annuel correspond au total de la rémunération de base brute et des commissions ou pourboires gagnés au cours de l'année civile qui précède immédiatement l'année d'assurance. Si l'employé n'a pas complété une année de service, on utilisera la rémunération annuelle brute de l'employé, estimée par l'employeur.

Salaire hebdomadaire : Le salaire annuel du participant divisé par 52.

Salaire mensuel : Le salaire annuel du participant divisé par 12.

Spécialiste : Un médecin autorisé à pratiquer la médecine, avec une spécialisation, par l'organisme de réglementation provincial approprié.

MODIFICATION AUX RÉGIMES GOUVERNEMENTAUX

Les prestations prévues en vertu de la police collective sont établies en complémentarité des prestations prévues aux régimes gouvernementaux. Toute modification à ces régimes après la date de prise d'effet de la police collective n'aura pas pour effet de modifier les prestations prévues aux présentes, à moins qu'une entente de modification des garanties ne soit signée par les signataires autorisés de l'assureur et du titulaire.

Nonobstant ce que prévoit le paragraphe précédent, le présent régime sera modifié de façon à comporter les changements apportés au maximum de la rémunération assurable déterminé en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi. De plus, si la législation fédérale ou provinciale exige qu'un assureur offre une certaine catégorie ou un certain niveau de protection ou les moyens de fournir une certaine catégorie de protection, la police collective sera réputée avoir été modifiée pour tenir compte des exigences de la législation.

FOURNITURES OU SERVICES MÉDICAUX COUVERTS PAR UN RÉGIME OU UN PROGRAMME GOUVERNEMENTAL

La police collective ne couvre aucune dépense liée, directement ou indirectement, à quelque fourniture ou service médical qui aurait été couvert par un régime ou un programme provincial, si la personne assurée n'avait pas choisi de recevoir sur une base privée les fournitures ou les services médicaux d'un praticien qualifié ou d'un établissement, d'une clinique ou d'un hôpital soit privé, soit public, à moins que ces fournitures ou services ne soient explicitement couverts par la police collective.

INCONTESTABILITÉ

Si l'assureur exige des preuves d'assurabilité pour accepter

- a) l'assurance ou une garantie pour un participant ou une personne à charge; ou
- b) l'augmentation, l'ajout ou la modification de l'assurance ou d'une garantie pour un participant ou une personne à charge;

les déclarations faites par le participant ou la personne à charge comme preuves d'assurabilité seront acceptées comme vraies et ne seront pas contestées par l'assureur après la dernière des dates énumérées ci-dessous, pourvu que le participant ou la personne à charge soit vivant à cette date :

- a) 2 ans après la date de prise d'effet de l'assurance ou de la garantie pour laquelle les preuves d'assurabilité ont été fournies; ou
- b) 2 ans après la date de prise d'effet de l'augmentation, de l'ajout ou de la modification de l'assurance ou de la garantie; ou
- c) 2 ans après la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de l'assurance ou de la garantie.

Cependant, la présente restriction quant au droit de l'assureur de contester les preuves d'assurabilité ne s'applique pas en cas de fraude ou d'erreur sur l'âge.

Si l'assureur exige des preuves pour accepter une augmentation, un ajout ou une modification de l'assurance ou d'une garantie, son droit d'annuler l'assurance ou la garantie se limite à l'augmentation, à l'ajout ou à la modification en question.

MONNAIE LÉGALE

Les sommes dues en vertu de la police collective sont payables en monnaie légale du Canada et selon le taux de change en vigueur au moment de l'événement donnant droit à une prestation.

ASSURANCE CHEZ UN TIERS

Un participant admissible à l'Assurance maladie complémentaire ou à l'Assurance soins dentaires et dont le conjoint bénéficie d'une assurance comparable peut renoncer à telle assurance qui lui est offerte en vertu de la police collective.

Le refus de participer à l'assurance peut être à l'égard du participant et de ses personnes à charge ou de ses personnes à charge uniquement.

Si l'assurance en vertu de la police du conjoint prend fin en raison de la résiliation d'une telle police ou en raison de la perte d'admissibilité, une demande peut être faite afin d'assurer, en vertu de la police collective, ces personnes dont l'assurance a pris fin.

La demande doit être faite dans les 31 jours suivant la cessation de l'assurance en vertu de la police du conjoint et l'assurance en vertu de la police collective entrera en vigueur le jour suivant la date de cessation de l'assurance en vertu de la police du conjoint.

ADMISSIBILITÉ

Employé

Un employé devient admissible à l'assurance en vertu de la police collective à titre de participant à la date (sa «date d'admissibilité») à laquelle il satisfait aux exigences suivantes :

- a) Il répond à la définition d'employé de la police collective;
- b) Il réside à temps plein au Canada;
- c) Il bénéficie d'une assurance en vertu du régime d'assurance-maladie de sa province de résidence;
- d) Il a satisfait à la période d'admissibilité précisée au Tableau sommaire.

Cependant, un employé n'est pas admissible à la garantie d'Assurance salaire de longue durée s'il atteint l'âge de 65 ans avant la fin du délai de carence prévu pour cette garantie au Tableau sommaire.

Personnes à charge

Une personne à charge devient admissible à l'assurance en vertu de la police collective à titre de personne à charge à la date (sa «date d'admissibilité») à laquelle elle satisfait aux exigences suivantes :

- a) Elle répond à la définition d'une personne à charge de la police collective;
- b) Elle réside à temps plein au Canada;
- c) Elle bénéficie d'une assurance en vertu du régime d'assurance-maladie de sa province de résidence;
- d) L'employé dont elle est à la charge est admissible à l'assurance en vertu de la police collective.

DEMANDE DE PARTICIPATION

Tout employé qui devient admissible à l'assurance en vertu de la police collective doit remplir et présenter une demande de participation pour lui-même et pour chacune de ses personnes à charge, à la date respective de leur admissibilité, au moyen des formulaires fournis par l'assureur ou de formulaires qui répondent à ses exigences.

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

Que la participation au régime, en vertu de la police collective, soit obligatoire ou facultative, l'assurance d'un employé et, s'il y a lieu, celle de ses personnes à charge prennent effet à la date d'admissibilité de la personne, si la demande de participation est reçue par l'assureur avant ou à cette date ou dans les 31 jours qui suivent cette date.

Si l'assureur ne reçoit pas la demande de participation dans les 31 jours suivant la date d'admissibilité, l'assurance n'entrera pas en vigueur tant et aussi longtemps que l'assureur n'aura pas reçu et accepté la preuve d'assurabilité de la personne en question. L'employé doit fournir ces preuves sans aucuns frais de la part de l'assureur.

Cependant, si :

- a) l'employé n'est pas effectivement au travail à la date à laquelle son assurance aurait dû prendre effet, l'assurance ne prend effet qu'à la première date à laquelle l'employé retourne effectivement au travail; ou
- b) la personne à charge est hospitalisée à la date à laquelle son assurance aurait dû prendre effet, l'assurance ne prend effet qu'à la première date à laquelle elle n'est plus hospitalisée (cette clause ne s'applique pas à la garantie d'Assurance vie ni dans le cas d'un nouveau-né).

Tout montant d'assurance qui excède le maximum sans preuve d'assurabilité indiqué au Tableau sommaire, le cas échéant, prend effet à la date à laquelle l'assureur reçoit et accepte les preuves d'assurabilité de l'employé.

FIN DE L'ASSURANCE

Participant

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

- a) La date de résiliation de la police collective;
- b) La date à laquelle le participant prend sa retraite, à moins d'indication contraire au Tableau sommaire;
- c) La date à laquelle le participant atteint l'âge limite indiqué au Tableau sommaire, si un âge limite y est indiqué;
- d) La date à laquelle le participant cesse de résider à temps plein au Canada;
- e) La date à laquelle le participant cesse d'être assuré par le régime d'assurance-maladie de sa province de résidence;
- f) La date du décès du participant;

- g) La plus éloignée des dates suivantes :
- i) la date indiquée sur un avis écrit reçu du titulaire;
 - ii) la date de réception de cet avis par l'assureur.
- h) La date à laquelle le participant est incarcéré à la suite de la perpétration d'un acte criminel pour lequel il a été reconnu coupable;
- i) La date à laquelle le participant cesse d'être un employé selon la définition de la police collective.
- L'assurance pourrait être prolongée pour un participant au cours des périodes pendant lesquelles le participant n'est pas effectivement au travail par suite, mais sans s'y limiter, d'une maladie, d'une blessure, ou d'un congé. Pour obtenir plus de renseignements, le participant doit communiquer avec le titulaire de police.

Personnes à charge

L'assurance d'une personne à charge se termine à la première des dates suivantes :

- a) La date à laquelle le participant dont elle est à charge cesse d'être assuré en vertu de la police collective.
- b) La date à laquelle la personne à charge ne répond plus à la définition de personne à charge de la police collective.
- c) La date à laquelle la personne à charge atteint l'âge limite indiqué au Tableau sommaire, si un âge limite y est indiqué.
- d) La date à laquelle la personne à charge cesse de résider à temps plein au Canada.
- e) La date à laquelle la personne à charge cesse d'être assurée par le régime d'assurance-maladie de sa province de résidence.
- f) La plus éloignée des dates suivantes :
 - i) la date indiquée sur un avis écrit reçu du titulaire;
 - ii) la date de réception de cet avis par l'assureur.

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

DEMANDES DE RÈGLEMENT

- **Assurance vie :**

Toute demande de règlement d'Assurance vie doit être reçue par l'assureur le plus rapidement possible après la date de survenance du sinistre donnant droit à une prestation, mais dans tous les cas, à l'intérieur de la période d'un an de la date de survenance du sinistre.

- **Assurance salaire de longue durée :**

Toute demande de règlement d'Assurance salaire de longue durée doit être reçue par l'assureur dans les 90 jours suivant immédiatement la fin du délai de carence du participant.

Si l'assureur reçoit une demande de règlement d'Assurance salaire de longue durée plus de 90 jours après l'expiration du délai de carence du participant, il se réserve le droit de limiter la prestation mensuelle du participant à la période de 90 jours qui précède la date à laquelle il a reçu la demande de règlement de la part du participant.

Toute demande de règlement doit être faite sur les formulaires fournis à cet effet par l'assureur et comporter tous les renseignements jugés nécessaires par ce dernier pour lui permettre de l'évaluer. Si l'assureur ne reçoit pas tous les renseignements exigés, il se réserve le droit de rejeter la demande de règlement.

L'assureur se réserve le droit d'exiger des preuves ou renseignements additionnels relativement à toute demande de règlement lorsqu'il le juge nécessaire.

Si l'assureur ne reçoit pas la demande de règlement dans les délais susmentionnés, ou les preuves ou renseignements additionnels demandés, il se réserve le droit de rejeter la demande de règlement.

Au moment d'une demande de règlement relative à une prestation basée sur le salaire du participant, le montant du salaire qui sert à déterminer la prestation est le moindre :

- a) du salaire le plus récemment déclaré par le titulaire à l'assureur et qui a servi au calcul de la prime à verser; et
- b) du salaire réel du participant au moment de l'événement qui fait l'objet de la demande de règlement, tel qu'établi d'après la définition de salaire indiquée dans ce livret.

BÉNÉFICIAIRE

Le bénéficiaire du participant doit être la ou les personnes désignées par le participant, par écrit, pour recevoir la prestation en cas de décès payable en vertu de la garantie d'Assurance vie du participant et, s'il y a lieu, de la garantie d'Assurance décès et mutilation accidentels du participant, de la garantie d'Assurance vie facultative du participant et de la garantie d'Assurance facultative de décès et mutilation accidentels du participant. Si le participant ne désigne aucun bénéficiaire, toute prestation en cas de décès, qui devient payable en vertu des garanties susmentionnées, est versée à sa succession.

Toutes les prestations, autres que celles prévues par la garantie d'Assurance vie du participant, la garantie d'Assurance décès et mutilation accidentels du participant, la garantie d'Assurance vie facultative du participant et la garantie d'Assurance facultative de décès et mutilation accidentels du participant, sont payables seulement au participant, ou à sa succession, si le participant est décédé au moment du paiement des prestations.

Le participant peut désigner un bénéficiaire ou changer le bénéficiaire désigné en signant à cet effet une déclaration écrite, sous réserve des dispositions de la loi.

L'assureur n'est pas responsable de la convenance ou de la validité de la désignation de bénéficiaire ni du changement de bénéficiaire.

Si le participant a nommé un bénéficiaire en vertu de l'ancienne police collective du titulaire de police, cette désignation s'appliquera à la protection d'assurance prévue par la présente police, à moins que le participant n'ait changé sa désignation par écrit auprès de l'assureur. Le participant doit vérifier la désignation de bénéficiaire effectuée en vertu de l'ancienne police collective du titulaire de police pour s'assurer qu'elle reflète ses intentions actuelles à l'égard de son assurance.

La présente police renferme une disposition qui supprime ou restreint le droit de la personne assurée de désigner des personnes auxquelles ou au profit desquelles des sommes assurées sont payables.

DROIT DE DROIT D'EXAMEN DE DOSSIER ET D'ENQUÊTE DE L'ASSUREUR

L'assureur, à ses propres frais et sa seule discrétion, aura droit, au moment et le nombre de fois qu'il le juge nécessaire, de:

- a) Exiger tout examen médical, psychiatrique, physiologique, fonctionnel, professionnel ou tout autre examen d'un Participant ou de toute Personne assurée pour qui une demande de règlement a été soumise. L'assureur peut désigner, à sa seule discrétion, un Médecin, un Spécialiste, un fournisseur de soins de santé ou tout autre examinateur pour cet examen. Le Participant ou la Personne à charge interrogé doivent se conformer aux modalités et conditions d'un examen qui sont requis par un tel examinateur; et
- b) Exiger une autopsie, lorsque ce n'est pas interdit par la loi.

L'assureur se réserve le droit d'obtenir les notes et dossiers cliniques ou tout autre rapport de tout Médecin ou Spécialiste, y compris mais sans s'y limiter à, un psychologue, un psychiatre, un fournisseur de soins de santé ou tout

autre examinateur qui a traité, examiné ou évalué un Participant qui a soumis une demande de règlement ou d'une Personne assurée pour qui une demande a été soumise. Le Participant ou la Personne assurée doivent coopérer pleinement avec l'assureur pour l'obtention de tout dossier ou rapport.

L'assureur, à ses frais et à sa seule discrétion, aura droit de procéder à toute enquête ou à tout interrogatoire sous serment d'un Participant ayant soumis une demande de règlement ou de toute personne pour laquelle une demande de règlement a été soumise, qu'une poursuite ait été intentée par cette personne ou par le Participant, ou non.

SUBROGATION

Si des prestations sont payables en vertu de la police collective à l'égard d'un Participant ou d'une Personne à charge d'un Participant et que cette personne a le droit de présenter une réclamation en dommages-intérêts contre une personne ou une organisation, l'assureur sera subrogé au recours du Participant ou de la Personne à charge contre ladite personne ou organisation jusqu'à concurrence des prestations payées ou payables à l'avenir.

Sans limiter la généralité de cette disposition, le terme «dommages-intérêts» comprend toute somme forfaitaire ou tout paiement périodique reçu en contrepartie de :

- a) Toute perte passée, présente ou future de salaire, rémunération ou Revenu; et
- b) Toute autre prestation payable ou payée en vertu de la police collective.

Le Participant ou la Personne à charge devra rembourser à l'assureur toute somme jusqu'à concurrence des prestations payées ou payables dans le futur en vertu de la police collective à même les dommages-intérêts obtenus en première instance ou avant le procès par quelque forme de règlement que ce soit, que le Participant ou la Personne à charge ait été pleinement indemnisé ou non, pour sa perte.

Si le Participant ou la Personne à charge touche des dommages-intérêts en une somme forfaitaire, que ce soit sous forme de règlement ou par ordonnance du tribunal, et qu'aucune répartition n'a été prévue dans le règlement quant aux prestations payées ou payables par l'assureur, l'assureur se fera rembourser, à même les dommages-intérêts obtenus, le plein montant de toute prestation qui a été payée au Participant ou à la Personne à charge. L'assureur a également le droit de se faire rembourser un montant, déterminé par l'assureur, qui reflète raisonnablement la valeur des prestations futures qui seraient payables au Participant ou à la Personne à charge en vertu de la police collective. Le montant récupéré par l'assureur à cet égard ne doit pas dépasser le montant des dommages-intérêts ou du règlement obtenu par le Participant ou la Personne à charge. Ce droit de remboursement s'applique quelles que soient les dispositions du règlement ou de l'allocation convenue entre le Participant ou la Personne à charge et le tiers.

Si le Participant ou la Personne à charge omet de rembourser l'assureur conformément à la police collective, l'assureur cessera de verser des prestations jusqu'à ce qu'il ait récupéré :

- a) Le montant total des prestations payées au Participant ou à la Personne à charge; et
- b) Un montant qui reflète raisonnablement, tel que déterminé par l'assureur, le montant total ou la valeur des prestations futures qui seraient payables au Participant ou à la Personne à charge.

Le montant récupéré par l'assureur à cet égard ne doit pas dépasser le montant des dommages-intérêts ou du règlement brut obtenu par le Participant ou la Personne à charge.

L'assureur aura également le droit de réclamer directement du Participant ou de la Personne à charge toute somme payée en trop, faute de remboursement, ou d'exercer tout autre droit ou recours qu'il pourrait avoir en vertu de la police collective ou en vertu de la loi.

Le Participant doit aviser l'assureur aussitôt qu'une action comportant une réclamation en dommages-intérêts contre un tiers est intentée par lui ou par une Personne à sa charge. Le Participant ou la Personne à charge doit informer l'assureur

de tout jugement ou règlement à l'issue d'une réclamation en dommages-intérêts contre un tiers et lui fournir des copies de tous les documents pertinents, de toute procédure écrite et de tout sommaire. Le Participant ou la Personne à charge doit veiller à ce que le droit de subrogation de l'assureur soit mentionné dans tout recours contre un tiers et doit donner à son avocat l'instruction de collaborer entièrement avec l'assureur. L'assureur ne peut être tenu responsable des frais juridiques ou des frais en ce qui concerne l'avancement de son recours subrogatoire à moins qu'il ait expressément accepté ces frais et dépenses par écrit à l'avance. L'assureur se réserve le droit de retenir les services d'un avocat et d'exercer son droit de subrogation contre le tiers et, à cet égard, le Participant ou la Personne à charge et son avocat doivent accorder leur entière collaboration à l'assureur dans le cadre de son recours.

Les demandes de subrogation de l'assureur ne doivent pas être réglées ni compromises de quelque manière que ce soit sans son consentement écrit préalable. Aucun règlement à l'égard d'une réclamation contre un tiers ne lie l'assureur s'il n'a pas donné son consentement préalable et, le cas échéant, l'assureur se réserve le droit de présenter une réclamation directement au Participant ou à la Personne à charge, conformément aux droits qui lui sont conférés en vertu de la police collective ou de la loi.

RESTRICTIONS RELATIVES AUX ACTIONS EN JUSTICE

Aucune action ni procédure judiciaire visant l'assureur ne peut être déposée dans les 60 jours qui suivent immédiatement la date à laquelle une preuve écrite de demande de règlement est transmise à l'assureur conformément aux conditions et modalités de la police collective.

Toute action ou procédure contre un assureur pour le recouvrement des sommes assurées payables en vertu du présent contrat est absolument interdite, sauf si elle est intentée dans le délai prévu par la loi intitulée *Loi sur les assurances* ou par toute législation similaire applicable (p. ex. : *Loi sur la prescription des actions*, 2002 [Ontario]; Code civil [Québec]) dans la province du participant.

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT

Si le participant décède alors qu'il était couvert par la présente garantie, l'assureur s'engage à verser au bénéficiaire le capital assuré indiqué au Tableau sommaire, sous réserve des modalités et des conditions énoncées dans la présente garantie et dans la police collective.

DÉFINITION

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

Invalidité et invalide : L'incapacité totale et continue du participant, par suite d'une maladie ou d'une blessure, qui l'empêche complètement d'exercer tout travail pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de sa scolarité, de sa formation ou de son expérience.

Cependant, si le participant est couvert en vertu de la garantie d'Assurance salaire de longue durée de la police collective, les définitions «invalidité» et «invalide» seront telles que définies dans ladite garantie.

DROIT DE TRANSFORMATION

Le participant dont l'assurance vie est résiliée au moment de son 65^e anniversaire de naissance ou avant en raison

- a) de la cessation de son emploi;
- b) de la fin de son appartenance au groupe; ou
- c) de la cessation de sa police collective et du fait que le participant n'a cessé d'être couvert par une garantie d'assurance vie offerte par le titulaire de la police collective depuis au moins 5 ans,

peut transformer en tout ou en partie son assurance vie en une police d'assurance vie individuelle sans avoir à fournir des preuves d'assurabilité.

Le participant peut choisir de transformer son assurance en :

- a) assurance permanente;
- b) assurance temporaire à 65 ans;
- c) assurance temporaire un an et transformable en assurance permanente ou temporaire à 65 ans à la fin de la période de un an.

Le montant pouvant être transformé en une police d'assurance individuelle comprendra tous les montants d'assurance vie pour lesquels le participant était assuré en vertu de la présente garantie, d'une garantie d'assurance vie facultative ainsi que de toute police d'assurance collective établie par l'assureur et n'excédera pas le moindre :

- a) du montant choisi par le participant;
- b) du montant pour lequel le participant était assuré immédiatement avant la fin de son assurance;
- c) de la différence entre le montant pour lequel le participant était assuré immédiatement avant la fin de son assurance et le montant auquel il est admissible en vertu d'une nouvelle police d'assurance vie collective;
- d) 200 000 \$.

La police d'assurance individuelle ne contient aucune garantie d'invalidité ni de prestation de décès ou mutilation accidentels, et la prime est basée sur les taux de l'assureur alors en usage et qui sont applicables, selon le type et le montant de telle police et selon le sexe et l'âge atteint par le participant.

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

Advenant le décès d'un participant pendant la période de 31 jours suivant la date de la fin de son assurance, l'assureur paie un montant égal au montant d'assurance qui aurait pu être transformé, peu importe que le participant ait ou non demandé de transformer son assurance en une police individuelle.

EXONÉRATION DES PRIMES

- a) Un participant qui devient invalide est admissible à l'exonération du paiement des primes en vertu de la présente garantie, s'il est âgé de moins de 65 ans et à condition qu'il soit admissible aux prestations en vertu de la garantie d'Assurance salaire de longue durée de la police collective, si celle-ci y est incluse.

Si le participant n'est pas admissible à recevoir des prestations en vertu de la garantie d'Assurance salaire de longue durée ou si aucune garantie d'Assurance salaire de longue durée n'est incluse dans la police collective, il sera admissible à l'exonération du paiement de la prime pour la présente garantie s'il répond à chacune des conditions suivantes :

- i) être âgé de moins de 65 ans à la date du début de son invalidité;
 - ii) être devenu invalide avant toute cessation de son emploi, selon la définition d'invalide de la présente garantie, et alors qu'il était assuré en vertu de la présente garantie;
 - iii) être invalide de façon continue depuis au moins 6 mois;
 - iv) la preuve de son invalidité doit être considérée comme satisfaisante par l'assureur et doit lui être remise dans les 9 mois du début de l'invalidité, et ce, sans aucuns frais de la part de l'assureur.
- b) Le montant d'assurance pour lequel le participant est exonéré du paiement de la prime sera celui qui était en vigueur sur sa tête à la date du début de l'invalidité; ce montant sera réduit ou résilié tel qu'il est indiqué au Tableau sommaire, le cas échéant, comme si le participant avait été effectivement au travail.
- c) L'exonération des primes du participant débute à la première des dates suivantes :
- i) le jour suivant la fin du délai de carence de la garantie d'Assurance salaire de longue durée, le cas échéant;
 - ii) le jour suivant une période d'invalidité continue de 6 mois.
- d) Le participant dont les primes sont exonérées en vertu de cet article doit soumettre à l'assureur une preuve de la persistance de son invalidité aussi souvent que l'assureur peut raisonnablement l'exiger. Cette preuve devra être présentée sans aucuns frais de la part de l'assureur.
- e) L'exonération des primes d'un participant cessera à la première des dates suivantes :
- i) la date à laquelle le participant cesse d'être invalide;
 - ii) la date à laquelle le participant omet de se faire examiner par le médecin désigné par l'assureur;
 - iii) la date à laquelle le participant prend sa retraite ou atteint l'âge normal de la retraite aux termes du régime de retraite de l'employeur, mais sans jamais dépasser l'âge normal de la retraite indiqué au Tableau sommaire de la police collective;
 - iv) la date à laquelle le participant atteint l'âge de cessation indiqué au Tableau sommaire relativement à la garantie d'assurance vie, le cas échéant;
 - v) la date à laquelle le participant omet de soumettre une preuve d'invalidité demandée par l'assureur;
 - vi) la date à laquelle le participant est incarcéré à la suite de la perpétration d'un acte criminel pour lequel il a été reconnu coupable.
- f) Si, à la date à laquelle l'exonération des primes prend fin pour le participant, ce dernier n'est pas admissible à la garantie d'Assurance vie du participant, il pourra exercer son droit de transformation conformément à la présente garantie.

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

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

Le capital assuré dont le participant pourra se prévaloir correspondra au montant d'assurance demandé tel qu'indiqué au Tableau sommaire.

Si le participant décède alors qu'il était couvert par la présente garantie, l'assureur s'engage à verser au bénéficiaire le capital assuré au moment du décès du participant, sous réserve des conditions et des modalités énoncées dans la présente garantie et dans la police collective.

STATUT DE NON-FUMEUR

Si l'assureur offre des taux de primes réduits pour les non-fumeurs, le participant qui désire bénéficier de ces taux accordés aux non-fumeurs doit faire une déclaration de non-fumeur sur sa demande de participation à l'assurance vie facultative.

Fausse déclaration touchant le statut de non-fumeur

Le participant qui déclare être non-fumeur sur sa demande de participation ou sur sa dernière preuve de déclaration d'assurabilité, si elle est plus récente, alors qu'il est un fumeur, sera réputé avoir fait une fausse déclaration.

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

Preuve de statut

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

EXCLUSION

Si un participant se suicide, qu'il soit sain d'esprit ou non, alors qu'il est assuré depuis moins de 24 mois consécutifs suivant la date d'entrée en vigueur de la présente garantie, aucune prestation ne sera versée par l'assureur. L'assureur ne remboursera au bénéficiaire que les primes relatives à l'assurance vie facultative perçues pour ce participant et ce remboursement le libérera de toutes obligations en vertu de la présente garantie.

Le délai de 24 mois débute à nouveau à la date à laquelle :

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

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

Toute autre disposition de la garantie Assurance vie du participant qui n'est pas incompatible aux dispositions de la présente garantie fera partie intégrante de la présente garantie.

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU CONJOINT ET DES PERSONNES À CHARGE

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

Le capital assuré dont le conjoint pourra ou les personnes à charge pourront se prévaloir correspondra au montant d'assurance demandé tel qu'indiqué au Tableau sommaire.

Si le conjoint ou une personne à charge décède alors qu'elle était couverte par la présente garantie, l'assureur s'engage à verser au participant le capital assuré au moment du décès, sous réserve des modalités et des conditions énoncées dans la présente garantie et dans la police collective.

EXONÉRATION DES PRIMES

Lorsqu'un participant est exonéré du paiement de ses primes d'assurance vie en vertu de l'article Exonération des primes de la garantie d'Assurance vie du participant, il sera aussi admissible à l'exonération du paiement des primes relatives à la présente garantie sous réserve des mêmes modalités et des mêmes conditions.

DROIT DE TRANSFORMATION

Un participant dont l'assurance vie facultative du conjoint est résiliée (i) avant ou au moment de son 65^e anniversaire de naissance ou (ii) avant ou au moment du 65^e anniversaire de naissance de son conjoint, selon le premier des deux événements, en raison de la terminaison de :

- a) son emploi;
- b) son appartenance au groupe; ou
- c) sa police collective et dont le conjoint n'a cessé d'être assuré par la garantie d'Assurance vie des personnes à charge offerte par le titulaire de la police collective depuis au moins 5 ans,

peut transformer en tout ou en partie l'assurance vie facultative de son conjoint en une police d'assurance vie individuelle sans avoir à fournir des preuves d'assurabilité.

Un conjoint dont l'assurance vie facultative est résiliée (i) avant ou au moment de son 65^e anniversaire de naissance ou (ii) avant ou au moment du 65^e anniversaire de naissance du participant, selon le premier des deux événements, en raison du décès du participant, pourra transformer son assurance vie facultative en tout ou en partie en une police d'assurance vie individuelle sans avoir à fournir des preuves d'assurabilité.

Le participant ou le conjoint, le cas échéant, pourra transformer son assurance vie facultative en un des types d'assurance suivants :

- a) permanente;
- b) temporaire à 65 ans; ou
- c) temporaire un an et transformable en assurance permanente ou temporaire à 65 ans à la fin de la période de un an.

Le montant pouvant être transformé en une police d'assurance individuelle comprendra tous les montants d'assurance vie facultative pour lesquels le conjoint était assuré en vertu de la présente garantie, d'une garantie d'assurance vie ainsi que de toute police d'assurance collective établie par l'assureur et n'excédera pas le moindre :

- a) du montant choisi par le participant ou le conjoint, le cas échéant;
- b) du montant pour lequel le conjoint était assuré immédiatement avant la fin de son assurance; et
- c) de la différence entre le montant pour lequel le conjoint était assuré immédiatement avant la fin de son assurance et le montant auquel il est admissible en vertu d'une nouvelle police d'assurance vie collective; et
- d) 200 000 \$.

La police d'assurance individuelle ne contient aucune garantie d'invalidité ni de prestation de décès ou mutilation accidentels, et la prime est basée sur les taux de l'assureur alors en usage et qui sont applicables selon le type et le montant de telle police et selon le sexe et l'âge atteint du conjoint.

La police individuelle n'est établie que si une demande écrite à cet effet et si un dépôt couvrant la prime mensuelle d'une police temporaire un an sont reçus par l'assureur dans les 31 jours suivant la date de la fin de l'assurance facultative du conjoint et ne prend effet qu'à l'expiration de cette période.

Advenant le décès du conjoint pendant la période de 31 jours suivant la date de la fin de son assurance, l'assureur versera au participant ou à sa succession un montant égal au montant d'assurance qui aurait pu être transformé, peu importe que le participant ou le conjoint, le cas échéant, ait ou non demandé de transformer son assurance en police individuelle.

STATUT DE NON-FUMEUR

Si l'assureur offre des taux de primes réduits pour les non-fumeurs, le conjoint qui désire bénéficier de ces taux accordés aux non-fumeurs doit faire une déclaration de non-fumeur sur sa demande de participation à l'assurance vie facultative.

Fausse déclaration touchant le statut de non-fumeur

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

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

Preuve de statut

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

EXCLUSION

Si une personne assurée se suicide, qu'elle soit saine d'esprit ou non, moins de 24 mois suivant la date d'entrée en vigueur de sa protection en vertu de la présente garantie, aucune prestation ne sera versée par l'assureur. L'assureur ne remboursera au participant que les primes relatives à l'assurance vie facultative perçues pour telle personne et le remboursement le libère de toutes les obligations en vertu de la présente garantie.

Le délai de 24 mois débute à nouveau à la date à laquelle :

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

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

L'assureur s'engage à verser au participant qui devient invalide alors qu'il était couvert par la présente garantie le montant de prestation mensuelle prévue dans la présente garantie pour chaque mois ou partie de mois durant lequel ou laquelle persiste l'invalidité, sous réserve des conditions et des modalités énoncées dans la présente garantie et dans la police collective.

DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

Invalidité et invalide : Au cours du délai de carence accordé au participant et des 24 premiers mois suivant le délai de carence, le participant est incapable, par suite d'une maladie ou d'une blessure, d'exercer en grande partie toutes les tâches essentielles de son travail régulier et de gagner plus de 80 % de son salaire indexé brut mensuel avant son invalidité, tel que défini par l'assureur.

Par la suite, le participant est incapable d'exercer en grande partie toutes les tâches essentielles de son travail régulier ou de tout emploi pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de sa formation, de sa scolarité ou de son expérience, et est dans l'incapacité de gagner plus de 70 % de son salaire indexé brut mensuel par suite d'une maladie ou d'une blessure, tel que défini par l'assureur.

Cependant, un participant qui occupe tout emploi, à l'exception de ce qui est prévu dans la présente garantie, ne sera plus considéré comme invalide.

Salaire indexé brut mensuel avant l'invalidité : Le salaire brut mensuel reçu par le participant, immédiatement avant la date de début de l'invalidité, augmenté chaque 1^{er} mars qui coïncide ou qui suit le prochain anniversaire de la date à laquelle le participant a eu droit à la prestation mensuelle selon l'indice des prix à la consommation (tel que publié par le gouvernement du Canada) de l'année civile qui précède.

Salaire brut mensuel avant l'invalidité : Le salaire mensuel reçu par le participant immédiatement avant la date de début de son invalidité.

Salaire net mensuel avant l'invalidité : Le salaire mensuel reçu par le participant immédiatement avant la date de début de son invalidité, réduit des retenues d'impôts, du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada et d'assurance-emploi effectuées par l'employeur.

Délai de carence : La période indiquée au Tableau sommaire pendant laquelle le participant doit être absent du travail en raison d'une invalidité avant d'avoir droit à des versements de prestation mensuelle.

MODALITÉS DE LA PRESTATION

Début des versements de la prestation

Le paiement de la prestation mensuelle commence après l'expiration du délai de carence indiqué au Tableau sommaire.

Montant des versements de la prestation

Le montant de la prestation mensuelle payable en vertu de la présente garantie est calculé selon la formule établie au Tableau sommaire et sera limité au maximum mensuel indiqué à ce même tableau.

Réduction des versements de la prestation

La prestation mensuelle payable sera réduite, après l'application du maximum mensuel indiqué au Tableau sommaire, de toute prestation d'invalidité payable ou qui serait payable au participant si une demande satisfaisante avait été faite en vertu :

- a) du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada, à l'exclusion des prestations pour les enfants à charge;
- b) d'une loi sur les accidents du travail;
- c) d'une loi provinciale sur l'assurance automobile;
- d) d'une loi provinciale d'indemnisation des victimes d'actes criminels.

De plus, le montant de la prestation mensuelle payable par l'assureur sera réajusté pour que la somme de tous les revenus, les compensations, les indemnités et les prestations que le participant recevrait ou pourrait recevoir, en raison de son invalidité (a) du titulaire, (b) de l'employeur, (c) de tout organisme gouvernemental, (d) d'un régime d'assurance souscrit par une franchise ou une association, (e) d'une assurance collective ou d'un régime de retraite auquel contribue le titulaire ou l'employeur, (f) d'un tiers sous la forme de dommages en raison d'une perte de revenu, ne puisse en aucun cas excéder le maximum de toutes sources, tel qu'il est défini au Tableau sommaire.

Après que les premières réductions sont effectuées pour les organismes énumérés dans la présente disposition, l'indexation future des montants versés par de tels organismes n'entraînera aucune autre réduction.

Cessation des versements de la prestation

Les versements de la prestation mensuelle cessent à la première des dates suivantes :

- a) La date à laquelle se termine la période maximale de prestations spécifiée au Tableau sommaire;
- b) La date à laquelle le participant cesse d'être invalide;
- c) La date à laquelle le participant atteint l'âge de 65 ans;
- d) La date à laquelle le participant prend sa retraite ou atteint l'âge normal de la retraite aux termes du régime de retraite de l'employeur, mais sans jamais dépasser l'âge normal de la retraite indiqué au Tableau sommaire de la police collective;
- e) La date du décès du participant;
- f) La date à laquelle le participant omet de se faire examiner par le médecin désigné par l'assureur;
- g) La date à laquelle le participant omet de soumettre les preuves d'invalidité demandées par l'assureur;
- h) La date à laquelle le participant refuse, de bonne foi, de participer à un programme de travail modifié ou de réadaptation ou d'occuper un emploi à l'essai ou à temps partiel que l'assureur a recommandé;
- i) La date à laquelle le participant est incarcéré à la suite de la perpétration d'un acte criminel pour lequel il a été reconnu coupable.

PÉRIODES SUCCESSIVES D'INVALIDITÉ

Si un participant qui était invalide reprend le travail à temps plein puis redevient invalide durant l'effet de la présente garantie, l'invalidité sera considérée comme la continuation de l'invalidité précédente, si :

- a) elle résulte de la ou des mêmes causes que l'invalidité précédente;
- b) au cours du délai de carence, le participant a repris le travail à temps plein pour une période inférieure à 15 jours; et
- c) le participant est retourné au travail à temps plein pour une période inférieure à 6 mois après l'expiration du délai de carence.

Cependant, si la période d'invalidité subséquente résulte d'une ou de plusieurs causes non liées à la cause de l'invalidité antérieure, elle sera considérée comme une nouvelle invalidité et un nouveau délai de carence sera imposé.

EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS

- a) La prestation mensuelle ne couvre aucune invalidité attribuable à l'une des causes suivantes :
- i) Toute agitation civile, toute insurrection ou guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou toute participation à une émeute;
 - ii) Toute tentative de suicide ou toute blessure que le participant s'inflige volontairement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
 - iii) Tout soin qui n'est pas médicalement nécessaire ou qui est donné dans un but esthétique, sauf si le soin est dû à une blessure accidentelle et a débuté dans les 90 jours de l'accident;
 - iv) Toute perpétration, toute tentative de perpétration d'un acte criminel ou toute provocation d'une agression ou d'un acte criminel.
- b) Aucune prestation mensuelle n'est payable :
- i) Durant tout congé pris conformément à une loi provinciale ou fédérale ou au cours de tout congé pris en accord avec l'employeur;
 - ii) Durant toute prolongation d'un tel congé, si le participant avait droit à ce congé et en avait fait la demande.
- Toutefois, si la garantie du participant est maintenue en vigueur pendant le congé, le délai de carence de l'assurance salaire débutera à la date prévue du retour au travail du participant, s'il n'avait pas été invalide.
- c) Aucune prestation mensuelle ne sera versée lors de toute période au cours de laquelle le participant ne bénéficie pas des soins et des traitements prodigués par un médecin, autre que lui-même, qui est un spécialiste en médecine diplômé dans une discipline liée à l'invalidité ou au cours de laquelle le participant ne suit pas un traitement médical ou qu'il ne participe pas à un programme de réadaptation qui, selon l'assureur, est nécessaire du point de vue médical.
- d) La prestation mensuelle ne sera pas versée à un participant qui s'absente du Canada et des États-Unis pour une période de 90 jours consécutifs et plus. Le droit du participant de recevoir la prestation mensuelle sera de nouveau rétabli à son retour au Canada ou aux États-Unis, sous réserve de toute autre disposition de la présente garantie.
- e) La prestation mensuelle ne sera pas versée dans le cas d'une invalidité qui survient pendant une grève, un lock-out ou une mise à pied temporaire, si la garantie du participant n'a pas été maintenue en vigueur pendant la grève, le lock-out ou la mise à pied temporaire.
- Toutefois, si la garantie du participant est maintenue en vigueur durant la grève, le lock-out ou la mise à pied temporaire, le délai de carence de la prestation mensuelle débutera à la date prévue du retour au travail du participant, s'il n'avait pas été invalide.
- f) La prestation mensuelle ne sera pas versée à un participant qui refuse de travailler à l'essai ou à temps partiel ou de participer à un programme de travail modifié ou de réadaptation, tel que recommandé par l'assureur.

EXCLUSION RELATIVE À L'ÉTAT DE SANTÉ ANTÉRIEUR

Comme il est stipulé dans la présente disposition, l'état de santé antérieur signifie une blessure ou une maladie :

- a) qui a été contractée par le participant ou dont il a souffert; ou
- b) dont les symptômes ont amené le participant à subir un traitement donné par un médecin; ou
- c) dont les symptômes ont été analysés ou examinés par un médecin; ou
- d) pour lesquelles le participant a pris des médicaments, tels que prescrits par un médecin,

au cours de la période de 3 mois précédant la date à laquelle le participant était couvert par la présente garantie.

Aucune prestation mensuelle n'est payable pour une invalidité qui

- a) découle directement ou indirectement d'un état de santé antérieur ou est liée ou est attribuable, d'une quelconque façon ou à un quelconque degré, à un état de santé antérieur; et
- b) a débuté au cours des 12 premiers mois après que le participant a été couvert par la présente garantie.

Toutefois, advenant que la police collective remplace une autre police, une prestation mensuelle sera versée pour une invalidité causée par un état de santé antérieur, pourvu que le participant :

- a) ait été couvert par la précédente police à la date de sa résiliation; et
- b) ait été couvert par la présente garantie à la date de l'entrée en vigueur de la police collective; et
- c) ait été effectivement au travail à la date de l'entrée en vigueur de la police collective; et
- d) respecte la période d'exclusion relative à l'état de santé antérieur de la police collective, compte tenu de la période continue écoulée en vertu des deux polices, ou de la police antérieure, compte tenu de la période continue écoulée en vertu des deux polices.

La prestation mensuelle payable au participant sera établie selon la prestation de la présente garantie, mais ne dépassera en aucun cas la prestation mensuelle maximale de la police antérieure.

EXONÉRATION DES PRIMES

Lorsqu'un participant est exonéré du paiement de ses primes en vertu de l'article Exonération des primes de la garantie d'Assurance vie du participant, il est aussi admissible à l'exonération du paiement des primes relatives à la présente garantie sous réserve des mêmes conditions.

RETOUR AU TRAVAIL

Si un participant invalide :

- a) occupe un emploi à l'essai, un emploi à temps partiel ou participe à un programme de travail modifié approuvé par l'assureur; ou
- b) participe à un programme de réadaptation approuvé par l'assureur;

avec l'intention de retourner au travail afin d'occuper son propre emploi ou un autre emploi et qu'à ce moment, il est dans l'incapacité de gagner plus de 80 % de son salaire indexé mensuel brut avant l'invalidité en raison de la maladie ou de la blessure dont résulte son invalidité, il sera toujours considéré par l'assureur comme invalide et continuera de recevoir une prestation mensuelle.

L'assureur se réserve le droit de demander à un participant invalide de participer à un programme de réadaptation, de travail modifié ou d'occuper un emploi à l'essai ou à temps partiel recommandé par l'assureur afin de l'aider à retrouver un emploi rémunérateur, si l'assureur établit que le programme est pertinent pour le participant compte tenu de son invalidité et de son niveau de scolarité, de sa formation et de son expérience. Si le participant ne collabore pas ou ne participe pas au programme, il ne sera plus admissible à recevoir une prestation mensuelle.

Si le participant invalide reçoit un revenu pour sa participation à un programme de travail modifié, de réadaptation ou pour un emploi à l'essai ou à temps partiel, le montant de la prestation mensuelle qui lui sera versé en vertu des dispositions de la présente garantie ne sera pas réduit à moins que la prestation mensuelle totale reçue conformément à la présente garantie, le revenu reçu pour sa participation au programme ainsi que les sources de revenu énumérées dans la disposition Réduction des versements de la prestation ne dépassent :

- a) 100 % de son salaire brut mensuel avant l'invalidité, s'il est imposé pour la prestation mensuelle; ou

- b) 100 % de son salaire net mensuel avant l'invalidité, s'il n'est pas imposé pour la prestation mensuelle. (Aux fins de ce calcul, le revenu perçu par l'entremise de ce programme devra être net.)

Si le total du revenu mensuel reçu par le participant dépasse 100 % du salaire, le montant de prestation mensuelle versé au participant selon les dispositions de la présente garantie sera réduit de manière à ce que le revenu mensuel total ne dépasse pas 100 % de ce salaire.

L'assureur paiera les frais engagés par le participant, autres que les frais habituels liés à son emploi, qui sont reliés à l'emploi à l'essai recommandé, à l'emploi à temps partiel ou au programme de travail modifié ou de réadaptation, pourvu que les frais soient approuvés par écrit par l'assureur avant d'être engagés.

PRESTATION DE SURVIVANT

Advenant le décès du participant alors qu'il recevait une prestation mensuelle ou alors qu'il avait droit à une prestation mensuelle en vertu de la présente garantie, l'assureur versera une prestation au conjoint survivant admissible ou, s'il y a lieu, aux survivants. S'il n'y a aucun survivant à la date du décès, aucune prestation ne sera alors versée.

Le montant de la prestation mensuelle à verser au survivant admissible ou, s'il y a lieu, aux survivants, correspondra au triple du montant de la prestation nette mensuelle qui a été versée ou qui aurait été versée au participant par l'assureur immédiatement avant son décès.

Si la prestation peut être versée aux enfants du participant, l'assureur effectuera le paiement aux enfants ou à la personne qui, légalement, a le droit de recevoir le paiement au nom des enfants. Si deux enfants ou plus ont droit à une prestation, ils devront se partager la prestation en parts égales.

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

Survivant admissible : Le conjoint ou les enfants du participant, si le participant n'a pas de conjoint au moment de son décès.

Conjoint : Tel que défini selon la définition de personne à charge de la disposition Définitions.

Enfants : Tels que définis selon la définition de personne à charge de la disposition Définitions.

COMMENT NOUS TRANSMETTRE
VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT

Demandes de règlement pour les garanties d'Assurance salaire

Le participant doit remplir le formulaire correspondant et le transmettre à l'adresse suivante :

Pour les participants résidant au Québec

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.

Assurance collective - Service des règlements invalidité

C.P. 800, succursale Maison de la Poste

Montréal (Québec) H3B 3K5

Pour les participants résidant à l'extérieur du Québec

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.

Assurance collective - Service des règlements invalidité

522, avenue University, bureau 400

Toronto (Ontario) M5G 1Y7

PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

L'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (ci-après « la Société ») tient à protéger la confidentialité des renseignements personnels obtenus sur tout participant et ses personnes à charge dans le cadre de services fournis en vertu du régime collectif établi pour le titulaire de la police. La Société reconnaît et respecte le droit de toute personne à sa vie privée et à la confidentialité des renseignements qui la concernent.

Dès l'adhésion du participant au régime collectif, la Société ouvre un dossier confidentiel pour y consigner tout renseignement personnel obtenu à l'égard du participant. Ce dossier sera conservé aux bureaux de la Société.

Ne peuvent avoir accès au dossier que les employés, les représentants et les fournisseurs de services de la Société qui en ont besoin dans l'exercice de leurs attributions, ainsi que les personnes qui ont reçu l'autorisation du participant, ou qui y sont autorisées par la loi.

À la Société, les renseignements personnels recueillis sont utilisés dans le cadre de services administratifs exigés par le régime collectif. Ces services administratifs comprennent notamment :

- l'établissement de l'admissibilité au régime collectif ou à une quelconque garantie;
- l'inscription des participants au régime collectif;
- l'évaluation et le règlement des sinistres;
- la sélection des risques (y compris l'établissement des taux applicables au régime collectif).

Droit d'accès du participant aux renseignements personnels obtenus à son égard

Le participant a le droit de consulter les données recueillies à son sujet et de demander, par écrit, la correction de toute information inexacte. Le participant peut en outre demander que toute donnée périmée ou superflue soit supprimée.

Si la Société a au dossier du participant des renseignements médicaux qu'elle n'a pas obtenus directement de ce dernier, elle ne les communiquera au participant que par l'entremise de son médecin traitant.

Pour demander l'accès aux renseignements personnels le concernant, ou pour demander qu'on enlève son nom de la liste utilisée à l'intérieur de la Société, le participant doit communiquer par écrit avec le responsable du droit d'accès à l'information à l'adresse ci-dessous :

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.

Responsable du droit d'accès à l'information

1080, Grande Allée Ouest

C.P. 1907, succursale Terminus

Québec (Québec) G1K 7M3