

**RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE**  
**À L'INTENTION DES MEMBRES ACTIFS ET RETRAITÉS DE**  
**L'ASSOCIATION DES POMPIERS DE MONTRÉAL INC.**

Le titulaire du contrat :	<b>ASSOCIATION DES POMPIERS DE MONTRÉAL INC.</b>
N° de police :	<b>21047</b>
Prise d'effet :	<b>Le 1<sup>er</sup> mai 2001</b>
Date de révision :	<b>Le 1<sup>er</sup> janvier 2005</b>
L'assureur :	<b>L'INDUSTRIELLE-ALLIANCE COMPAGNIE D'ASSURANCE SUR LA VIE</b>

---

## Mot du président

---

La présente brochure est conforme au contrat d'assurance collective de l'Association des Pompiers de Montréal Inc. Ce régime est offert au bénéfice des membres actifs et retraités.

De plus, tous les efforts nécessaires à l'amélioration du régime sont entrepris par l'Association des Pompiers de Montréal Inc., tant au niveau des primes que des bénéfices offerts à tous les utilisateurs.

N'hésitez pas à communiquer avec notre administrateur, Burrowes courtiers d'assurances, pour toute question que vous jugeriez utile.

Cordialement vôtre.

Le président,

Michel Crevier

---

## Mot du trésorier

---

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

En effet, cette brochure se veut un outil indispensable de référence pour mieux comprendre nos protections, tant au niveau des soins médicaux et hospitaliers, que de l'assistance et l'assurance voyage sans oublier l'assurance dentaire. De plus, notre contrat comprend une protection spéciale à la couverture décès et mutilation accidentelle qui inclut une clause d'indemnité en cas de fracture.

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

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

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

Sincèrement vôtre,

Le trésorier

Stéphane Sasseville

---

## TABLE DES MATIÈRES

---

	<u>Page</u>
TABLEAU SOMMAIRE	TS-1
CONDITIONS GÉNÉRALES	1-1
DÉFINITIONS	1-1
ASSURANCE	1-3
PRESTATIONS	1-5
REMPLACEMENT DE CONTRAT OU D'UNE GARANTIE	1-7
ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT	2-1
ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU PARTICIPANT	2-3
ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE	2-5
ASSURANCE VIE FACULTATIVE DES PERSONNES À CHARGE	2-6
ASSURANCE-MÉDICAMENTS	3-1
ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE	4-1
ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA	5-1
ASSURANCE SOINS DENTAIRES	6-1
ASSURANCE DÉCÈS OU MUTILATION OU FRACTURES PAR ACCIDENT	7-1
RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES	8-1

---

## TABLEAU SOMMAIRE

N° de police : 21047

Prise d'effet : 2001-05-01

---

### DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

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

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

#### Comptes

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

#### Catégories

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

---

## TABLEAU SOMMAIRE (Suite)

N° de police : 21047

Prise d'effet : 2001-05-01

---

### Catégories (suite)

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

### **POUR LA PROTECTION D'ASSURANCE VIE**

- 600 – Veuves âgées de moins de 65 ans et personnes à charge des participants décédés des catégories 100- 200-201-202, décédés le ou après le 2000-01-01
- 601 – Veuves âgées de 65 ans ou plus et personnes à charge des participants décédés des catégories 100- 200-201-202, décédés le ou après le 2000-01-01
- 610 – Veuves âgées de moins de 65 ans et personnes à charge des participants décédés des catégories 210-211-212, décédés le ou après le 2000-01-01
- 611 – Veuves âgées de 65 ans ou plus et personnes à charge des participants décédés des catégories 210-211-212, décédés le ou après le 2000-01-01
- 620 – Veuves âgées de moins de 65 ans et personnes à charge des participants décédés des catégories 110-220-221-222, décédés le ou après le 2000-01-01
- 621 – Veuves âgées de 65 ans ou plus et personnes à charge des participants décédés des catégories 110-220-221-222, décédés le ou après le 2000-01-01

### **POUR LA PROTECTION DE FRAIS MÉDICAUX ET HOSPITALIERS SANS MÉDICAMENTS**

- 600 – Veuves âgées de moins de 65 ans et personnes à charge des participants décédés des catégories 100-200, décédés le ou après le 2000-01-01
- 601 – Veuves âgées de 65 ans ou plus et personnes à charge des participants décédés des catégories 100-201, décédés le ou après le 2000-01-01

---

## TABLEAU SOMMAIRE (Suite)

N° de police : 21047

Prise d'effet : 2001-05-01

---

### Catégories (suite)

- 610 – Veuves âgées de moins de 65 ans et personnes à charge des participants décédés des catégories 210, décédés le ou après le 2000-01-01
- 611 – Veuves âgées de 65 ans ou plus et personnes à charge des participants décédés des catégories 211, décédés le ou après le 2000-01-01
- 620 – Veuves âgées de moins de 65 ans et personnes à charge des participants décédés des catégories 110-220, décédés le ou après le 2000-01-01
- 621 – Veuves âgées de 65 ans ou plus et personnes à charge des participants décédés des catégories 110-221, décédés le ou après le 2000-01-01

---

## TABLEAU SOMMAIRE (Suite)

N° de police : 21047

Prise d'effet : 2001-05-01

---

### CONDITIONS GÉNÉRALES

#### DATE D'ADMISSIBILITÉ

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

- a) à la date de prise d'effet du contrat, s'il est alors à l'emploi de l'employeur et membre de l'Association des Pompiers de Montréal inc., retraité, veuve ou à l'emploi du Service des incendies de Verdun et de LaSalle, selon le statut déclaré au gestionnaire,
- ou
- b) dès le premier jour de service auprès de l'employeur, s'il est membre de l'Association des Pompiers de Montréal inc. ou répond à la définition de l'une des catégories de participants du présent contrat.

#### PARTICIPATION MINIMALE

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

#### ÂGE NORMAL DE LA RETRAITE

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

---

**TABLEAU SOMMAIRE (suite)**

N° de police : 21047

Prise d'effet : 2001-05-01

---

**ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT**

<b><u>Catégories</u></b>	<b><u>Capital assuré</u></b>
100	Deux fois le salaire annuel d'un pompier de première classe au 1 <sup>er</sup> janvier de l'année courante, le résultat étant arrondi au 1 000 \$ suivant.
110	30 000 \$
200, 201, 202	30% du montant d'assurance en vigueur à la date de la retraite du participant
210, 211, 212	20% du montant d'assurance en vigueur à la date de la retraite du participant
220, 221, 222	Montant d'assurance en vigueur le 2001-04-30 auprès de l'assureur précédent. Ces montants sont : 10 000 \$ 7 500 \$ 5 000 \$ 4 000 \$ 2 000 \$ 1 000 \$; selon les conditions en vigueur à la date de la retraite du participant.
420	8 000 \$
410	2 000 \$
600, 601, 610, 611, 620, 621	Sans objet

**Terminaison :****Catégories 100-110:**Cette garantie se termine le 60<sup>e</sup> jour suivant la date à laquelle le participant prend sa retraite.

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

---

## TABLEAU SOMMAIRE (suite)

N° de police : 21047

Prise d'effet : 2001-05-01

---

### ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

#### Catégories

#### Capital assuré

100, 110, 200, 201, 202, 210, 211, 212,  
220, 221, 222, 410, 420

Tranches de 10 000 \$

Maximum :

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

600, 601, 610, 611, 620, 621

Sans objet

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

#### **Terminaison :**

Cette garantie se termine au 70<sup>e</sup> anniversaire de naissance du participant.

---

**TABLEAU SOMMAIRE (suite)**

N° de police : 21047

Prise d'effet : 2001-05-01

---

**ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE**

<u>Catégories</u>	<u>Capital assuré</u>
100	Conjoint : 25 000 \$ Chaque enfant - moins de 24 heures : Sans objet - de 24 heures à 14 jours : 2 000 \$ - 14 jours et plus : 4 000 \$
110, 220, 221, 222, 620, 621	Conjoint : Si le participant détient une protection de 10 000 \$, le conjoint a droit à 5 000 \$ Si le participant détient une protection de 30 000 \$, de 7 500 \$ ou de 4 000 \$, le conjoint a droit à 2 000 \$ Si le participant détient une protection de 5 000 \$, de 2 000 \$ ou de 1 000 \$, le conjoint ne bénéficie d'aucune assurance vie Chaque enfant - moins de 14 jours : Sans objet - 14 jours et plus : 1 000 \$
200, 201, 202, 600, 601	Conjoint : 12 500 \$ Chaque enfant - moins de 24 heures : Sans objet - de 24 heures à 14 jours : 2 000 \$ - 14 jours et plus : 4 000 \$
210, 211, 212, 610, 611	Conjoint : 5 000 \$ Chaque enfant - moins de 24 heures : Sans objet - de 24 heures à 14 jours : 2 000 \$ - 14 jours et plus : 4 000 \$
410, 420	Sans objet

**Terminaison :**Catégories 100–110 :Cette garantie se termine le 60<sup>e</sup> jour suivant la date de la retraite du participant.

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

---

## TABLEAU SOMMAIRE (suite)

N° de police : 21047

Prise d'effet : 2001-05-01

---

### ASSURANCE VIE FACULTATIVE DES PERSONNES À CHARGE

#### Catégories

#### Capital assuré

100, 110, 200, 201, 202, 210, 211, 212,  
220, 221, 222, 410, 420

Conjoint : Tranches de 10 000 \$

Maximum :

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

Chaque enfant

- moins de 14 jours : Sans objet
- 14 jours et plus : Tranches de 2 500 \$  
Maximum : 50 000 \$

600, 601, 610, 611, 620, 621

Sans objet

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

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

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

Pour les enfants, cette garantie se termine au 70<sup>e</sup> anniversaire de naissance du participant.

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

- a) le 70<sup>e</sup> anniversaire de naissance du participant
- b) le 70<sup>e</sup> anniversaire de naissance du conjoint

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

---

## TABLEAU SOMMAIRE (suite)

N° de police : 21047

Prise d'effet : 2001-05-01

---

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

#### Contribution maximale par adulte et par année civile :

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

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

#### Franchise :

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

#### Remboursement de l'assureur :

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

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

Catégories 100-110 : Cette garantie se termine au 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance du participant ou le 60<sup>e</sup> jour suivant la date de sa retraite, si elle est antérieure, sous réserve des DISPOSITIONS PARTICULIÈRES POUR LES PERSONNES DE 65 ANS ET PLUS prévues à la présente garantie.

Catégories 200-210-220 : Cette garantie se termine au 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance du participant.

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

## TABLEAU SOMMAIRE (suite)

N° de police : 21047

Prise d'effet : 2001-05-01

### ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

#### FRAIS D'HOSPITALISATION AU CANADA

Catégories 100-110-200-201-202-210-211-212-220-221-222-600-601-610-611-620-621

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

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

Catégories 100-110-200-201-202-210-211-212-220-221-222-600-601-610-611-620-621

Franchise :	Remboursement :	Maximum par personne assurée :
Aucune	100 %	4 000 000 \$ à vie (1 000 000 \$ à vie dans le cas des retraités)

#### AUTRES FRAIS MÉDICAUX AU CANADA

##### Catégories

100, 110	<p>Franchise :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– protection individuelle : 25 \$</li> <li>– protection familiale : 50 \$</li> </ul> <p>Remboursement : 80 % des premiers 3 450 \$ de frais admissibles par famille, par année civile, et 100% de l'excédent.</p> <p>Maximum : 25 000 \$ par période de 5 années consécutives, par personne assurée (excluant la maison de réadaptation, la maison de convalescence et la maison de soins pour malades chroniques). <b>Il n'y a aucun maximum pour les médicaments.</b></p>
200, 210, 220, 600, 610, 620  <b>(il n'y a aucun médicament pour les catégories 600,610,620)</b>	<p>Franchise :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– protection individuelle : 25 \$</li> <li>– protection familiale : 50 \$ (maximum de 25 \$ par personne assurée)</li> </ul> <p>Remboursement : 80 % des premiers 3 450 \$ de frais admissibles par famille, par année civile, et 100% de l'excédent.</p> <p>Maximum : 25 000 \$ à vie, par personne assurée (excluant la maison de réadaptation, la maison de convalescence et la maison de soins pour malades chroniques). <b>Il n'y a aucun maximum pour les médicaments.</b></p>

## TABLEAU SOMMAIRE (suite)

N° de police : 21047

Prise d'effet : 2001-05-01

### ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

#### AUTRES FRAIS MÉDICAUX AU CANADA (suite)

##### Catégories

201, 211, 221 601, 611, 621  <b>(il n'y a aucun médicaments pour ces catégories)</b>	Franchise : – protection individuelle : 75 \$ – protection familiale : 75 \$  Remboursement : 80 % des premiers 3 450 \$ de frais admissibles par famille, par année civile, et 100% de l'excédent.  Maximum : 25 000 \$ à vie par personne assurée (excluant la maison de réadaptation, la maison de convalescence et la maison de soins pour malades chroniques)
202, 212, 222	<u>Médicaments</u> : Franchise de 100 \$ par personne assurée Maximum de 200 \$ par famille  Remboursement : 75 % des premiers 2 600 \$ de frais admissibles par famille, par année civile, et 100% de l'excédent.  Maximum : Illimité  <u>Autres frais</u> : Franchise : – protection individuelle : 75 \$ – protection familiale : 75 \$  Remboursement : 80 % des premiers 3 450 \$ de frais admissibles par famille, par année civile, et 100% de l'excédent.  Maximum : 25 000 \$ à vie, par personne assurée (excluant la maison de réadaptation, la maison de convalescence et la maison de soins pour malades chroniques). <b>Il n'y a aucun maximum pour les médicaments.</b>
410, 420	Sans objet

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

##### **Terminaison :**

Catégories 100-110 :

Cette garantie se termine le 60<sup>e</sup> jour suivant la date de la retraite du participant.

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

---

## TABLEAU SOMMAIRE (suite)

N° de police : 21047

Prise d'effet : 2001-05-01

---

### ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

#### Frais médicaux

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

---

## TABLEAU SOMMAIRE (suite)

N° de police : 21047

Prise d'effet : 2001-05-01

---

### ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

#### Frais médicaux

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

---

## TABLEAU SOMMAIRE (suite)

N° de police : 21047

Prise d'effet : 2001-05-01

---

### ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

#### Frais médicaux

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums admissibles par personne assurée et remboursés à 80 % des premiers 3 450 \$ de frais admissibles par famille, par année civile, et 100% de l'excédent, sauf si mention contraire</u>
Honoraires paramédicaux d'un orthophoniste, d'un audiologiste, d'un ostéopathe, d'un homéopathe <sup>(*)</sup> , d'un acupuncteur, d'un kinésithérapeute, d'un électrothérapeute et d'un mécanothérapeute	Remboursement maximal de 750 \$ par année civile pour chacun de ces spécialistes. Un (1) traitement par jour.
Honoraires paramédicaux d'un naturopathe <sup>(*)</sup> et d'un naturothérapeute <sup>(*)</sup>	Remboursement maximal de 750 \$ par année civile pour l'ensemble de ces spécialistes (effectif le 2004/05/01). Un (1) traitement par jour.
Honoraires paramédicaux d'un chiropraticien	15 \$ par visite. Maximum de 26 visites par année civile. Un (1) traitement par jour. <b>Ces frais ne comportent aucune franchise et sont remboursés à 100%.</b>
Honoraires paramédicaux d'un psychiatre	20 \$ par visite. Maximum de 50 visites par année civile. Un (1) traitement par jour. <b>Ces frais sont remboursés à 50%.</b>
Honoraires paramédicaux d'un psychologue et d'un travailleur social <sup>(*)</sup>	Remboursement maximal de 500 \$ par année civile pour l'ensemble de ces spécialistes (effectif le 2004/09/01). Un (1) traitement par jour. <b>Ces frais sont remboursés à 50 %.</b>
Honoraires paramédicaux d'un podiatre	10 \$ par visite. Maximum de 26 visites par année civile. Un (1) traitement par jour. <b>Ces frais ne comportent aucune franchise et sont remboursés à 100%.</b>

<sup>(\*)</sup> Les honoraires paramédicaux d'un homéopathe, d'un naturopathe, d'un naturothérapeute et d'un travailleur social sont admissibles dans le cas des catégories 100 et 110 seulement.

---

## TABLEAU SOMMAIRE (suite)

N° de police : 21047

Prise d'effet : 2001-05-01

---

### ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

#### Frais médicaux

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

---

## TABLEAU SOMMAIRE (suite)

N° de police : 21047

Prise d'effet : 2001-05-01

---

### ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

#### Frais médicaux

##### Frais couverts

##### Maximums par personne assurée

Examens de la vue \*

Un examen par année civile.

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

\* *Les examens de la vue ne sont couverts que pour les personnes assurées des catégories 100 et 110.*

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

Frais oculaires

Catégories 100 et 110 :

Lunettes (verres correcteurs et monture) ou lentilles cornéennes jusqu'à concurrence d'un maximum de 175 \$, ou lentilles cornéennes, si médicalement nécessaires, jusqu'à concurrence de 200 \$ (incluant les frais d'examen de la vue).

Un seul de ces maximums s'applique par période de 24 mois consécutifs.

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

**(enfants à charge seulement) :**

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

ou

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

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



---

## CONDITIONS GÉNÉRALES

---

### DÉFINITIONS

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

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

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

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

**Employé** : Tout membre de l'Association des Pompiers de Montréal inc. qui est effectivement au travail sur une base permanente et qui touche régulièrement un salaire pour ses services.

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

**Gestionnaire** : Le gestionnaire désigné par le titulaire : William E. Burrowes - courtiers d'assurances.

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

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

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

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

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

---

## CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

---

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

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

a) Conjoint

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

b) Enfant

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

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

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

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

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

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

**Titulaire** : L'Association des pompiers de Montréal

---

## CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

---

### ASSURANCE

#### ADMISSIBILITÉ

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

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

#### **Personnes à charge**

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

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

#### DEMANDE DE PARTICIPATION

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

#### PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

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

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

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

---

## CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

---

### FIN DE L'ASSURANCE

#### **Participant**

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

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

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

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

---

## CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

---

### Personnes à charge

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

- a) La date à laquelle le participant dont elle est à charge cesse d'être assuré en vertu du contrat.
- b) La date à laquelle la personne à charge ne répond plus à la définition de personnes à charge du présent contrat. (Dans le cas des veuves, seuls les enfants à charge du membre décédé sont admissibles à l'assurance, si cette dernière était en vigueur au moment du décès du membre.)
- c) La plus éloignée des dates suivantes :
  - i) la date indiquée sur un avis écrit reçu du titulaire;
  - ii) la date de réception de cet avis par le gestionnaire.

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

### MODIFICATION AU MONTANT D'ASSURANCE

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

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

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

## PRESTATIONS

### DEMANDE DE RÈGLEMENT ET DÉLAI

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

Toute demande de règlement doit être transmise au gestionnaire dans les quinze (15) mois suivant la fin de l'année civile au cours de laquelle le sinistre donnant droit à des prestations est survenu,

---

## CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

---

au moyen des formulaires fournis par le gestionnaire et, s'il y a lieu, avec les preuves écrites satisfaisantes.

♦ **Autres garanties :**

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

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

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

### DROIT DE RECOUVREMENT

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

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

### EXAMEN MÉDICAL

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

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

### PAIEMENT DES PRESTATIONS

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

---

## CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

---

### REMPLACEMENT DE CONTRAT OU D'UNE GARANTIE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

## ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT

---

### OBJET DE LA GARANTIE

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

### DROIT DE TRANSFORMATION

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

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

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

- a) Le montant choisi par le participant lors de la transformation;
- b) Le montant pour lequel le participant était assuré immédiatement avant la fin de son assurance;
- c) La différence entre le montant pour lequel le participant était assuré immédiatement avant la fin de son assurance et le montant auquel il est admissible en vertu d'un nouveau contrat d'assurance vie collective;
- d) Deux cent mille dollars (200 000 \$).

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

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

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

---

## ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT (suite)

---

### DÉFINITION PARTICULIÈRE

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

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

### DISPOSITIONS GÉNÉRALES

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

---

## ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

---

### OBJET DE LA GARANTIE

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

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

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

### STATUT DE NON-FUMEUR

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

#### **Définition**

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

#### **Fausse déclaration**

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

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

#### **Changement de statut**

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

### EXCLUSION

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

---

## **ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU PARTICIPANT (suite)**

---

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

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

### DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

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

### DISPOSITIONS GÉNÉRALES

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

---

## ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

---

### OBJET DE LA GARANTIE

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

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

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

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

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

### DISPOSITIONS GÉNÉRALES

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

---

## ASSURANCE VIE FACULTATIVE DES PERSONNES À CHARGE

---

### OBJET DE LA GARANTIE

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

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

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

### STATUT DE NON-FUMEUR

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

#### **Définition**

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

#### **Fausse déclaration**

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

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

#### **Changement de statut**

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

### EXCLUSION

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

---

## **ASSURANCE VIE FACULTATIVE DES PERSONNES À CHARGE (suite)**

---

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

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

### **DISPOSITIONS PARTICULIÈRES**

Toute autre disposition de la garantie ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE fait partie intégrante de la présente garantie.

### **DISPOSITIONS GÉNÉRALES**

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

---

## ASSURANCE-MÉDICAMENTS

---

### OBJET DE LA GARANTIE

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

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

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

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

### DÉFINITIONS PARTICULIÈRES

#### **Franchise**

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

#### **Remboursement**

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

#### **Coassurance**

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

#### **Contribution maximale**

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

---

## ASSURANCE-MÉDICAMENTS (suite)

---

### DISPOSITIONS PARTICULIÈRES POUR LES PERSONNES DE 65 ANS ET PLUS

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

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

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

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

### FRAIS COUVERTS

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

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

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

### EXCLUSION

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

### COORDINATION DES PRESTATIONS

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

### DISPOSITIONS GÉNÉRALES

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

---

## ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

---

### OBJET DE LA GARANTIE

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

### DÉFINITIONS PARTICULIÈRES

**Hôpital** : Hôpital désigne une institution de soins de courte durée

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

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

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

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

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

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

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

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

### HOSPITALISATION AU CANADA

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

---

## ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

---

### FRAIS D'URGENCE HORS DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE

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

Les frais doivent être rendus nécessaires en raison d'une maladie subite et inattendue ou d'un accident survenu pendant un séjour hors de la province de résidence dont la durée prévue n'excède pas cent quatre-vingt-trois (183) jours.

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

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

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

### FRAIS MÉDICAUX AU CANADA

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

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

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

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

---

## ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

---

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

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

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

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

Dans le cas des oreillers orthopédiques et des coussins de type *Obusforme*, les frais sont limités à un (1) article à vie.

- vii) Achat d'un tensiomètre, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire;
- viii) Achat de prothèses mammaires, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire;
- ix) Séjour dans une maison de réadaptation, une maison de convalescence ou une maison de soins pour malades chroniques dûment autorisées par un organisme gouvernemental approprié, si la personne assurée est sous les soins d'un médecin ou d'un infirmier autorisé, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire, à condition que ce séjour commence moins de sept (7) jours après la fin d'une hospitalisation;
- x) Frais de chaussures orthopédiques décrits ci-après, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire :
  - Le coût d'une modification à une chaussure conventionnelle ou le coût d'achat, réparation, modification, ajustement d'une orthèse ou d'éléments correctifs ajoutés à une chaussure conventionnelle;
  - Le coût d'achat d'une chaussure orthopédique;
- xi) Frais de stérilets;
- xii) Frais de laboratoire et de radiographies à des fins de diagnostic faits dans un établissement commercial;
- xiii) Achat ou location d'appareils orthopédiques autres que souliers orthopédiques et orthèses podiatriques qui sont obtenus dans un établissement ou dans un laboratoire reconnu et qui sont requis à la suite d'une lésion corporelle ou d'une maladie. L'achat doit être effectué pendant que la présente garantie est en vigueur;
- xiv) Achat de soutiens-gorge chirurgicaux suite à une mastectomie, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire;
- xv) Achat ou location de béquilles, achat de bandes herniaires, corsets, attelles, plâtres et pansements chirurgicaux;

(ns)

---

## ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

---

- xvi) Achat de prothèses capillaires suite à une chimiothérapie, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire;
- xvii) Frais pour injections sclérosantes;
- xviii) Achat d'un dextromètre ou d'un glucomètre lorsque l'état de la personne assurée le nécessite, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire;
- xix) Location d'une salle d'opération et produits anesthésiques, si la loi le permet;
- xx) Frais d'achat de stérilets, insérés par un médecin.
- b) Les soins dentaires donnés hors de l'hôpital par un dentiste et rendus nécessaires par suite d'une blessure accidentelle aux dents naturelles, saines et entières, survenue en cours d'assurance, selon le tarif normal suggéré pour un généraliste;
- Seuls les soins reçus au cours des six (6) mois qui suivent l'accident sont couverts. Les autres frais dentaires sont exclus.
- c) Les honoraires pour les soins paramédicaux donnés par l'un des spécialistes indiqué au Tableau sommaire et jusqu'à concurrence des maximums indiqués au Tableau sommaire.
- Les soins paramédicaux doivent être donnés par une personne dûment autorisée, par l'organisme provincial ou fédéral responsable, à pratiquer sa profession dans les limites définies par les règles de cette profession.
- Les frais de radiographies d'un chiropraticien, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.
- d) Les frais de prothèses auditives suivants : L'achat initial, le remplacement ou la réparation d'une prothèse auditive ou d'accessoires connexes (à l'exception des piles) et les services professionnels d'un audioprothésiste, par suite de l'achat de cette prothèse, s'ils sont prescrits par un médecin, un audiologiste ou un orthophoniste.
- Les frais couverts sont cependant limités au maximum indiqué au Tableau sommaire.
- e) Examens de la vue faits par un ophtalmologiste ou un optométriste pour les personnes assurées âgées de dix-huit (18) ans à soixante-quatre (64) ans inclusivement, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.
- f) Les frais oculaires suivants sont couverts, s'il en est fait mention au Tableau sommaire, et s'ils sont prescrits par un ophtalmologiste ou un optométriste :
- i) Lunettes (verres correcteurs et monture), ou lentilles cornéennes, au choix de la personne assurée, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire;
- ii) Lentilles cornéennes, si médicalement nécessaires, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire, le cas échéant, pourvu que :
- ces lentilles cornéennes soient prescrites dans le cas d'un astigmatisme grave de la cornée, d'une cicatrice grave de la cornée, d'un kératocône (cornée conique) ou d'une aphakie et que
  - l'acuité visuelle soit améliorée suffisamment pour atteindre 20/40 avec ces lentilles cornéennes et que
  - l'acuité visuelle ne puisse atteindre ce niveau de 20/40 avec des lunettes.

---

## ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

---

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

Les frais admissibles comprennent :

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

### EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS

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

---

## ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

---

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

### CALCUL DU REMBOURSEMENT

#### **Franchise**

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

#### **Remboursement**

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

(ns)

---

## ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

---

### Maximum par personne assurée

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

### Coordination des prestations

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

- ◆ de tout régime d'assurance collective, individuelle, familiale, d'assurance voyage, d'assurance des débiteurs et des épargnants,
  - ◆ de tout régime public prévoyant des prestations pour des soins similaires, et
  - ◆ de tout régime d'avantages sociaux non assuré.
- a) Lorsqu'une personne assurée est admissible à recevoir simultanément des prestations en vertu de la présente garantie et de toute autre garantie, la prestation payable pour telle personne assurée suit l'ordre de priorité ci-après :
- i) Les prestations d'une garantie ne contenant pas de clause de coordination des prestations sont payables avant celles qui seraient autrement payables en vertu de la présente garantie;
  - ii) Les prestations de toute garantie contenant une clause de coordination des prestations sont payables, en suivant l'ordre de priorité ci-après, par la garantie en vertu de laquelle la personne assurée se qualifie pour recevoir des prestations :
    - en tant qu'employé; la priorité sera accordée au régime auquel le participant est assuré à titre
      - d'employé en service à plein temps;
      - d'employé en service à temps partiel;
      - de retraité.
    - en tant que conjoint à charge;
    - en tant qu'enfant à charge; la priorité sera accordée comme suit :
      - le régime du parent qui célèbre son anniversaire le premier dans l'année;
      - le régime du parent dont la première lettre du prénom vient en premier dans l'alphabet, si les parents ont tous deux la même date d'anniversaire.
    - en tant qu'enfant à charge de parents séparés ou divorcés; la priorité sera accordée comme suit :
      - le régime du parent ayant la garde de l'enfant;
      - le régime du conjoint du parent ayant la garde de l'enfant;
      - le régime du parent qui n'a pas la garde de l'enfant;
      - le régime du conjoint du parent qui n'a pas la garde de l'enfant.

---

## ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

---

- b) Selon les conditions du présent article, le montant des prestations payables en vertu de la présente garantie ne peut excéder le montant qui aurait été payable en l'absence de cet article.

Lorsque, en vertu du présent article, les prestations de la présente garantie sont payables après celles d'une autre garantie, les prestations payables par la présente garantie sont égales au moindre :

- i) du total des prestations qui auraient été payables en l'absence du présent article;
- ii) du total des frais couverts en vertu du présent contrat, moins les prestations payables par toute autre garantie.

Les prestations payables en vertu de toute garantie incluent les prestations auxquelles le participant aurait eu droit s'il avait dûment soumis une demande de règlement.

- c) Lorsque des frais pour soins dentaires sont engagés à la suite d'un accident aux dents naturelles, ces frais sont remboursables en premier lieu par toute garantie prévoyant le remboursement des frais engagés dans un tel cas.

La partie des frais qui n'est pas couverte en vertu de toute garantie prévoyant le remboursement des frais engagés à la suite d'un accident aux dents naturelles est payable selon les stipulations du présent article.

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

Au décès du participant, l'assurance des personnes à charge est prolongée, avec paiement des primes, **(selon les modalités prévues par la catégorie de la veuve du participant)** jusqu'à la première des dates suivantes :

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

### DISPOSITIONS GÉNÉRALES

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

---

## ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA

---

### OBJET DE LA GARANTIE

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

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

### DÉFINITIONS PARTICULIÈRES

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

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

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

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

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

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

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

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

---

## ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA (suite)

---

### ASSISTANCE MÉDICALE

- a) Les services médicaux suivants sont disponibles en cas d'urgence suite à une maladie ou à une blessure accidentelle :
- i) Accès jour et nuit
    - Accès à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit au service téléphonique polyglotte permettant de mettre en contact la personne assurée avec un réseau de spécialistes, pour toutes les urgences associées à son voyage.
  - ii) Accès médical
    - Organiser des consultations avec des médecins généralistes ou des spécialistes afin d'obtenir les meilleurs soins médicaux disponibles dans la région, à la demande de la personne assurée.
    - Aider à l'admission dans l'établissement hospitalier le plus proche du lieu de la maladie ou de la blessure accidentelle.
    - Vérifier la couverture d'assurance à la demande des médecins et des hôpitaux.
  - iii) Transport médical
    - Organiser et contrôler le transport ou le transfert par tout moyen approprié recommandé par le médecin traitant, en accord avec le service d'assistance médicale, vers un centre hospitalier proche du lieu de la blessure accidentelle ou de la maladie, si l'urgence médicale le nécessite.
    - Organiser le rapatriement de la personne assurée à son domicile ou jusqu'à un centre hospitalier près de son domicile après le traitement initial, par tout moyen de transport adéquat et à la condition que son état de santé le nécessite et le permette. Le service d'assistance médicale organise et contrôle le rapatriement par le mode de transport le plus approprié : avion-ambulance, hélicoptère, avion de ligne commerciale, train ou ambulance.
    - Les frais engagés pour le transport et le transfert de la personne assurée et décrits aux deux paragraphes précédents seront pris en charge par l'assureur.
  - iv) Paiement des dépenses médicales et avance de fonds
    - Prendre les arrangements nécessaires au paiement des dépenses médicales couvertes en vertu de la garantie ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE faisant partie de la présente police émise par l'assureur pour l'hospitalisation et les soins médicaux et chirurgicaux hors du Canada en cas d'urgence.  
  
Si nécessaire, le service d'assistance médicale avance des fonds, après accord préalable de l'assureur, jusqu'à concurrence de dix mille dollars (10 000 \$), en monnaie légale du Canada, pour le participant et ses personnes à charge assurées.  
  
Toute avance de fonds est redevable par le participant à l'assureur, en un seul versement et selon le taux de change en vigueur à la date à laquelle les fonds ont été avancés, dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant son retour au pays. En cas de défaut de paiement, l'assureur se réserve le droit de compenser sur les règlements

---

## ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA (suite)

---

en assurance maladie ou tout autre règlement présenté par le participant ou ses personnes à charge, en vertu de la présente police.

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

Le service d'assistance médicale rembourse les frais reliés au logement et aux repas sur réception de reçus explicatifs.

---

## ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA (suite)

---

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

---

## ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA (suite)

---

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

### EXCLUSIONS

La présente garantie ne couvre pas les éléments suivants :

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

### CERTIFICAT INDIVIDUEL

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

### DISPOSITIONS

#### **Déclaration du sinistre**

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

---

## ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA (suite)

---

### **Prescription**

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

### **Restitution du billet de retour**

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

### RESPONSABILITÉ DU SERVICE D'ASSISTANCE MÉDICALE

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

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

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

### DISPOSITIONS GÉNÉRALES

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

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

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

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

---

## **ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA (suite)**

---

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

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

**RAMQ – Montréal (514) 864-3411**  
**Ailleurs au Québec (sans frais) : 1-800-561-9749**  
**Site internet : [www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca)**

---

## ASSURANCE SOINS DENTAIRES

---

### OBJET DE LA GARANTIE

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

### DÉFINITIONS PARTICULIÈRES

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

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

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

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

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

### FRAIS DENTAIRES

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

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

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

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

---

## ASSURANCE SOINS DENTAIRES (Suite)

---

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

### Soins préventifs

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

### Soins de base

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

---

## ASSURANCE SOINS DENTAIRES (Suite)

---

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

Les lissages (surfaçages) radiculaires ainsi que les curetages sont couverts jusqu'à concurrence d'un maximum de trois (3) sextants ou deux (2) quadrants ou jusqu'à concurrence de quatorze (14) dents par année civile. Ils doivent être effectués en entier par le dentiste et ne sont couverts que dans les cas où le sondage des poches parodontales indique quatre millimètres (4 mm) et plus. Dans tous les cas, les radiographies pertinentes et une charte parodontale doivent être soumises.
  - iv) Appareil visant à corriger le bruxisme (effectif au 1<sup>e</sup> mars 2003)
- f) Prothèses amovibles ou fixes
  - i) réparations, rebasage, regarnissage ou ajustement d'une prothèse après qu'une période d'au moins trois (3) mois se soit écoulée depuis l'installation
  - ii) nettoyage ou polissage d'une prothèse : une fois tous les douze (12) mois

---

## ASSURANCE SOINS DENTAIRES (Suite)

---

- g) Soins orthodontiques
  - i) Installation et entretien d'un appareil de maintien

### **Soins majeurs**

- a) Prothèses amovibles

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

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

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

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

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

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

### **Soins orthodontiques**

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

- a) Surveillance et ajustement
  - i) examen buccal complet
  - ii) orthodontie corrective
  - iii) appareils fixes ou cimentés

---

## ASSURANCE SOINS DENTAIRES (Suite)

---

- iv) appareils de contrôle des habitudes buccales
- v) appareils de rétention
- vi) traitement compréhensif majeur

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

### EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS

- a) La présente garantie ne couvre pas les éléments suivants :
  - i) Tout traitement ou appareil visant à corriger l'occlusion ou la dimension verticale, ou toute dysfonction du joint temporo-mandibulaire;
  - ii) Les soins donnés par un hygiéniste dentaire qui ne sont pas administrés sous la surveillance d'un dentiste;
  - iii) Les soins dentaires couverts en vertu de la garantie d'assurance maladie, si cette garantie fait partie du présent contrat, ou en vertu de tout autre contrat d'assurance collective;
  - iv) Les services et fournitures relatifs au port d'un appareil dans l'exercice d'un sport;
  - v) Tous les frais payables ou remboursables en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou qui habituellement l'auraient été si une demande de règlement avait été soumise;
  - vi) Les soins ou services rendus nécessaires à la suite de toute tentative de suicide ou toute blessure que la personne assurée s'inflige volontairement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
  - vii) Les soins ou services qui résultent d'une agitation civile, d'une insurrection ou d'une guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou de la participation à une émeute;
  - viii) Les soins qui ne sont pas médicalement nécessaires, qui sont donnés dans un but esthétique ou qui excèdent les soins ordinaires normalement donnés en conformité avec les usages courants de la thérapeutique;
  - ix) Les soins ou services donnés gratuitement ou qui le seraient à défaut d'assurance ou ceux qui ne sont pas à la charge de la personne assurée;
  - x) Les soins ou services reliés aux implants;
  - xi) Le remplacement de prothèses perdues ou volées, ainsi que les prothèses amovibles de réserve;
  - xii) Les analyses de diète, les recommandations, les instructions d'hygiène buccale, les programmes de contrôle de la plaque dentaire, les traitements correcteurs relatifs à une malformation congénitale ou évolutive et les rendez-vous manqués
  - xiii) Les applications topiques de fluorure pour les personnes âgées de dix-huit (18) ans et plus;

---

## ASSURANCE SOINS DENTAIRES (Suite)

---

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

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

### MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

#### **Preuves**

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

#### **Option du type de traitement**

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

### CALCUL DU REMBOURSEMENT

#### **Franchise**

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

#### **Remboursement**

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

---

## ASSURANCE SOINS DENTAIRES (Suite)

---

### Maximum par personne assurée

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

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

### Coordination des prestations

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

- ◆ de tout régime d'assurance collective, individuelle, familiale, d'assurance des débiteurs et des épargnants,
  - ◆ de tout régime public prévoyant des prestations pour des soins similaires, et
  - ◆ de tout régime d'avantages sociaux non assuré.
- a) Lorsqu'une personne assurée est admissible à recevoir simultanément des prestations en vertu de la présente garantie et de toute autre garantie, la prestation payable pour telle personne assurée suit l'ordre de priorité ci-après :
- i) Les prestations d'une garantie ne contenant pas de clause de coordination des prestations sont payables avant celles qui seraient autrement payables en vertu de la présente garantie;
  - ii) Les prestations de toute garantie contenant une clause de coordination des prestations sont payables, en suivant l'ordre de priorité ci-après, par la garantie en vertu de laquelle la personne assurée se qualifie pour recevoir des prestations :
    - en tant qu'employé; la priorité sera accordée au régime auquel le participant est assuré à titre
      - d'employé en service à plein temps;
      - d'employé en service à temps partiel;
      - de retraité.
    - en tant que conjoint à charge;
    - en tant qu'enfant à charge; la priorité sera accordée comme suit :
      - le régime du parent qui célèbre son anniversaire le premier dans l'année;
      - le régime du parent dont la première lettre du prénom vient en premier dans l'alphabet, si les parents ont tous deux la même date d'anniversaire.
    - en tant qu'enfant à charge de parents séparés ou divorcés; la priorité sera accordée comme suit :
      - le régime du parent ayant la garde de l'enfant;

---

## ASSURANCE SOINS DENTAIRES (Suite)

---

- le régime du conjoint du parent ayant la garde de l'enfant;
  - le régime du parent qui n'a pas la garde de l'enfant;
  - le régime du conjoint du parent qui n'a pas la garde de l'enfant.
- b) Selon les conditions du présent article, le montant des prestations payables en vertu de la présente garantie ne peut excéder le montant qui aurait été payable en l'absence de cet article.

Lorsque, en vertu du présent article, les prestations de la présente garantie sont payables après celles d'une autre garantie, les prestations payables par la présente garantie sont égales au moins :

- i) du total des prestations qui auraient été payables en l'absence du présent article;
- ii) du total des frais couverts en vertu du présent contrat, moins les prestations payables par toute autre garantie.

Les prestations payables en vertu de toute garantie incluent les prestations auxquelles le participant aurait eu droit s'il avait dûment soumis une demande de règlement.

- c) Lorsque des frais pour soins dentaires sont engagés à la suite d'un accident aux dents naturelles, ces frais sont remboursables en premier lieu par toute garantie prévoyant le remboursement des frais engagés dans un tel cas.

La partie des frais qui n'est pas couverte en vertu de toute garantie prévoyant le remboursement des frais engagés à la suite d'un accident aux dents naturelles est payable selon les stipulations du présent article.

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

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

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

### DISPOSITIONS GÉNÉRALES

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

---

## ASSURANCE DÉCÈS OU MUTILATION OU FRACTURES PAR ACCIDENT

N° de police : 9223591

Prise d'effet : 2002-01-01

---

**L'ASSUREUR DE LA POLICE DÉCÈS OU MUTILATION OU FRACTURES PAR ACCIDENT EST  
« LA CITADELLE COMPAGNIE D'ASSURANCES GÉNÉRALES »**

### **Admissibilité**

Si vous êtes un membre en service actif ou libéré à plein temps du service de l'employeur et membre actif de l'exécutif du syndicat, et que vous êtes âgés de moins de 70 ans, vous êtes automatiquement assuré en vertu de ce programme.

### **De quelle protection bénéficiez vous?**

L'assurance vous protège contre tout accident entraînant le décès, la mutilation, la paralysie, la perte de l'usage d'un membre, la perte de la vue, de la parole ou de l'ouïe, n'importe où dans le monde, 24 heures sur 24, que vous soyez au travail ou non.

### **Montant de capital assuré**

Le capital assuré est égal à deux (2) fois le revenu annuel arrondi à la tranche supérieure de 1000\$.

### **Qui reçoit la prestation au moment d'une réclamation?**

La prestation de décès sera payable au ou aux bénéficiaires désignés par écrit sur votre fiche d'adhésion au régime d'assurance vie collective de base, en l'absence de désignation, elle sera versée à vos ayants droit.

Toutes les autres prestations, à l'exception de ce qui suit, vous seront remises :

Prestations d'études  
Frais de garde des enfants  
Indemnité de formation professionnelle  
Identification de la dépouille mortelle

### **Définitions**

#### **Tel qu'utilisé dans ce livret:**

Par «police», on entend la police collective #9223591, laquelle fait partie des dossiers de votre Association.

---

## ASSURANCE DÉCÈS OU MUTILATION OU FRACTURES PAR ACCIDENT (Suite)

N° de police : 9223591

Prise d'effet : 2002-01-01

---

Par «blessure», on entend le dommage corporel résultant d'un accident qui se produit en cours d'assurance de la police et entraînant directement et indépendamment de toute autre cause, une perte couverte en vertu de la police, vingt-quatre (24) heures sur 24, dans le monde entier.

Par «Association», on entend l'Association des pompiers de Montréal.

Par «assuré», on entend le membre assuré en vertu de la police.

Par «assureur», on entend La Citadelle Compagnie d'Assurances générales.

Par «conjoint», on entend la personne

- a) à laquelle vous êtes marié, ou
- b) avec laquelle vous faites vie commune et que vous présentez publiquement comme votre conjoint depuis au moins 1 an avant la survenance du sinistre. Aucune période de cohabitation minimale n'est exigée si un enfant est issu de cette union.

Une seule personne est admissible à titre de conjoint.

Si, tout en étant toujours marié, vous faites vie commune avec une personne décrite précédemment en b), vous pouvez choisir par écrit laquelle est assurée à titre de conjoint. La déclaration doit être remise à votre Association avant la réalisation du risque assuré, sans quoi elle ne lie pas l'assureur. Si l'assureur ne reçoit aucune déclaration, on présume que le conjoint est la personne à laquelle vous êtes marié.

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

Par «hôpital», on entend un établissement agréé, ouvert jour et nuit, qui traite les malades et les blessés; il y a en tout temps au moins un médecin de service et on y offre 24 heures sur 24 des soins infirmiers dispensés par du personnel infirmier autorisé. L'établissement dispose des installations nécessaires au diagnostic et à la chirurgie et est un hôpital de soins actifs, non principalement un centre médical, une maison de repos, un centre d'hébergement, un hôpital pour convalescents, ou tout établissement de même nature. Aux fins de la présente définition, on y inclut un établissement réservé en tout ou en partie aux soins de réadaptation.

Par «recevoir les soins normaux», on entend les observations et les soins nécessaires, selon les normes actuelles de la médecine, à la guérison de l'affection à l'origine du traitement ou de l'hospitalisation.

---

## ASSURANCE DÉCÈS OU MUTILATION OU FRACTURES PAR ACCIDENT (Suite)

N° de police : 9223591

Prise d'effet : 2002-01-01

---

Par «médecin», on entend un docteur en médecine (M.D.) (sauf l'assuré ou un membre de sa famille immédiate), dûment autorisé à exercer la médecine par un des organismes suivants:

- 1) Un organisme agréé chargé de la délivrance des permis d'exercer dans la région où le traitement est administré, sous réserve que le médecin en soit membre en règle;
- 2) Un organisme gouvernemental ayant pouvoir de réglementation sur la délivrance des permis d'exercer dans la région où le traitement est administré.

Par «logement», on entend un logement à proximité de l'hôpital où séjourne l'assuré.

En vue d'alléger le texte, on n'emploie que le masculin pour désigner les femmes et les hommes.

### Garanties

#### Prestations en cas de perte accidentelle

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

#### Perte

La vie (décès) .....	Le capital assuré
La vue complète des deux yeux .....	Le capital assuré
La parole et l'ouïe des deux oreilles .....	Le capital assuré
Une main et la vue complète d'un oeil.....	Le capital assuré
Un pied et la vue complète d'un oeil.....	Le capital assuré

La vue complète d'un oeil.....	Les deux tiers du capital assuré
La parole.....	Les deux tiers du capital assuré
L'ouïe des deux oreilles .....	Les deux tiers du capital assuré
L'ouïe d'une oreille.....	Le tiers du capital assuré
Tous les orteils d'un pied.....	Le quart du capital assuré

#### Perte ou perte de l'usage

Les deux mains .....	Le capital assuré
Les deux pieds .....	Le capital assuré
Une main et un pied .....	Le capital assuré
Un bras.....	Les trois quarts du capital assuré
Une jambe .....	Les trois quarts du capital assuré
Une main .....	Les deux tiers du capital assuré

---

## ASSURANCE DÉCÈS OU MUTILATION OU FRACTURES PAR ACCIDENT (Suite)

N° de police : 9223591

Prise d'effet : 2002-01-01

---

Un pied ..... Les deux tiers du capital assuré  
Le pouce et l'index ou au moins  
quatre doigts d'une main ..... Le tiers du capital assuré

### Paralysie totale

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

Par «perte», on entend, dans le cas:

d'une main ou d'un pied, le sectionnement total à l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus, mais en dessous de l'articulation du coude ou du genou;

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

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

d'un doigt, le sectionnement total de deux phalanges;

d'un orteil, le sectionnement total d'une phalange du gros orteil et de toutes les phalanges des autres orteils;

d'un oeil, la perte totale et irrémédiable de la vue;

de la parole, la perte totale et irrémédiable de la capacité d'émettre des sons intelligibles;

de l'ouïe, la perte totale et irrémédiable de l'ouïe;

de la quadriplégie, de la paraplégie et de l'hémiparalysie, la paralysie totale et irrémédiable des membres atteints;

de la perte de l'usage, la perte totale et irrémédiable de l'usage; la perte doit toutefois se poursuivre pendant 12 mois consécutifs, au terme desquels elle est déclarée permanente.

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

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

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

---

## ASSURANCE DÉCÈS OU MUTILATION OU FRACTURES PAR ACCIDENT (Suite)

N° de police : 9223591

Prise d'effet : 2002-01-01

---

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

### **Indemnité de rapatriement \***

Si vous décédez accidentellement à plus de 50 kilomètres de votre résidence et que des prestations sont payables aux termes du présent programme, une indemnité maximale de 10 000 \$ sera versée en compensation des frais raisonnables et nécessaires engagés pour le retour de la dépouille mortelle (y compris les frais de préparation du corps en vue du transport) jusqu'au premier endroit choisi (notamment une entreprise de pompes funèbres ou un lieu d'inhumation) à proximité de la résidence du défunt.

### **Prestations d'études \*\***

Si vous venez à décéder par suite d'un accident qui donne droit à des prestations conformément aux conditions contractuelles, des prestations d'études - avec un plafond de 5 % de votre capital assuré jusqu'à concurrence de 5 000 \$ - sont payables à chacun de vos enfants à charge assurés. Pour y avoir droit, l'enfant doit remplir les conditions suivantes:

- 1) Il doit déjà être inscrit à plein temps dans un établissement d'enseignement postsecondaire;  
ou
- 2) Il doit déjà être inscrit dans une école secondaire et s'inscrire à plein temps, au plus tard 365 jours après votre décès, dans un établissement d'enseignement postsecondaire.

Ces prestations correspondent aux frais raisonnables et nécessaires effectivement supportés et sont versées chaque année pendant un maximum de 4 années consécutives d'études postsecondaires.

Sont exclus les frais engagés avant le décès de l'assuré, les frais de pension et autres frais habituels de subsistance, les frais de déplacement et d'habillement.

Si aucun de vos enfants à charge assurés ne remplit les conditions mentionnées ci-dessus ou celles figurant à la garantie «Frais de garde des enfants», une somme correspondant à 5 % de votre capital assuré jusqu'à concurrence de 2 500 \$ est versée à votre bénéficiaire.

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

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

---

## ASSURANCE DÉCÈS OU MUTILATION OU FRACTURES PAR ACCIDENT (Suite)

N° de police : 9223591

Prise d'effet : 2002-01-01

---

Par «enfant à charge», on entend un enfant légitime ou non, un enfant adopté, un enfant d'un autre lit ou tout enfant avec lequel l'assuré a un lien de filiation. Il doit avoir moins de vingt-six (26) ans, être célibataire et dépendre de l'assuré pour sa subsistance.

### Frais de garde des enfants \*\*

Si vous venez à décéder par suite d'un accident qui donne droit à des prestations conformément aux conditions contractuelles, des prestations - avec un plafond de 5 % de votre capital assuré jusqu'à concurrence de 5 000 \$ - sont payables pour chacun de vos enfants à charge assurés. Pour y avoir droit, l'enfant de moins de 13 ans doit remplir les conditions suivantes:

- 1) Il doit être inscrit à une garderie de jour autorisée à la date du décès; ou
- 2) Il doit y être inscrit au plus tard 365 jours après votre décès.

Ces prestations correspondent aux frais raisonnables et nécessaires effectivement supportés et sont versées chaque année pendant un maximum de 4 années consécutives de fréquentation d'une garderie de jour autorisée.

Sont exclus les frais engagés avant votre décès, les frais de pension et autres frais habituels de subsistance, les frais de déplacement et d'habillement.

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

Si aucun de vos enfants à charge assurés ne remplit les conditions mentionnées ci-dessus ou celles figurant à la garantie «Prestations d'études», une somme correspondant à 5 % de votre capital assuré jusqu'à concurrence de 2 500 \$ est versée à votre bénéficiaire.

Les définitions suivantes s'appliquent seulement à la présente disposition:

Par «garderie de jour», on entend un établissement qui est exploité conformément à la législation en vigueur sur les garderies de jour et qui offre, sur une base régulière, des services de garde à un groupe d'enfants. Sont exclus de la présente définition tout hôpital, le domicile de l'enfant, tout endroit où se trouve l'enfant pendant les heures normales de classe (de la 1<sup>re</sup> à la 12<sup>e</sup> année) ou toute garderie de jour dont les services sont offerts gratuitement.

---

## ASSURANCE DÉCÈS OU MUTILATION OU FRACTURES PAR ACCIDENT (Suite)

N° de police : 9223591

Prise d'effet : 2002-01-01

---

Par «enfant à charge», on entend un enfant légitime ou non, un enfant adopté, un enfant d'un autre lit ou tout enfant avec lequel l'assuré a un lien de filiation. Il doit avoir moins de treize (13) ans et dépendre de l'assuré pour sa subsistance.

### **Indemnité de réadaptation professionnelle\***

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

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

### **Indemnité de formation professionnelle \***

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

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

### **Déplacement pour raisons familiales \***

Si par suite d'une perte couverte en vertu du présent programme vous êtes hospitalisé ou si par suite de toute autre blessure vous êtes hospitalisé pour 4 jours et que tel hôpital est à plus de 150 kilomètres de votre résidence, la présente garantie prévoit le remboursement des frais raisonnables et nécessaires de logement et de transport (selon le trajet le plus court) engagés par les membres de votre famille immédiate, sous réserve d'un maximum de 1 500 \$ par accident. Les frais de déplacement dans un véhicule particulier sont couverts, sous réserve d'un maximum de 0,20 \$ du kilomètre.

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

### **Identification de la dépouille mortelle \***

---

## ASSURANCE DÉCÈS OU MUTILATION OU FRACTURES PAR ACCIDENT (Suite)

N° de police : 9223591

Prise d'effet : 2002-01-01

---

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

### **Garantie pour le port de la ceinture de sécurité \*\***

Si un assuré se trouve à bord d'un véhicule comme conducteur ou passager et porte adéquatement une ceinture de sécurité au moment d'un accident et que tel accident entraîne une perte couverte par le présent programme, le montant du capital assuré sera alors augmenté de 10 %, sous réserve d'un maximum de vingt-cinq mille dollars (25 000 \$) s'appliquant à toutes les polices de même nature établies au nom de l'Association par l'assureur.

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

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

Par «ceinture de sécurité», on entend toute ceinture constituant un dispositif d'attache, y compris un siège pour bébés utilisé correctement avec une ceinture, ainsi que tout dispositif d'attache qui fait partie d'une civière et dont on se sert pour le transport des malades et des blessés en ambulance.

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

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

Si, suite à la perte ou la perte de l'usage des deux pieds ou des deux jambes, à la quadriplégie, la paraplégie ou l'hémiplégie donnant droit à des prestations payables conformément aux conditions contractuelles, l'assuré a besoin d'un fauteuil roulant pour se déplacer, nous nous engageons à rembourser, dans les 3 années qui suivent l'accident et jusqu'à concurrence de 10 000 \$, les frais raisonnables et nécessaires effectivement supportés de travaux d'aménagement de sa résidence principale et/ou d'un véhicule automobile, à son usage personnel. Ces travaux doivent permettre à

---

## ASSURANCE DÉCÈS OU MUTILATION OU FRACTURES PAR ACCIDENT (Suite)

N° de police : 9223591

Prise d'effet : 2002-01-01

---

l'assuré d'accéder à sa résidence et/ou à son véhicule en fauteuil roulant. Il faut en outre obtenir, le cas échéant, l'approbation des autorités chargées de la délivrance des permis.

### Indemnité hospitalière \*\*

Si, suite à une perte couverte à la section «Prestations en cas de pertes accidentelles», l'assuré est hospitalisé et reçoit les soins normaux d'un médecin, vous avez droit à une indemnité quotidienne équivalant à 1/30 % de votre capital assuré, jusqu'à concurrence de 2 500 \$ par mois. L'indemnité vous est versée dès la 1<sup>re</sup> journée d'hospitalisation pendant un maximum de 365 jours par accident.

Si le traitement d'une blessure non couverte à la section «Prestations en cas de pertes accidentelles» nécessite une hospitalisation, celle-ci est également couverte sous réserve qu'elle commence au cours des 365 jours suivant l'accident à l'origine de la blessure et qu'elle se produise en cours d'assurance. L'indemnité est versée dès la 1<sup>re</sup> journée si l'hospitalisation dure au moins 4 jours.

L'hospitalisation peut être un séjour unique et ininterrompu ou plusieurs séjours successifs résultant du même accident, sous réserve toutefois que l'intervalle entre chaque séjour ait moins de 90 jours et que tous les séjours se produisent au plus tard 730 jours après l'accident.

Dans le cas de toutes les blessures de l'assuré résultant d'un même accident, une seule hospitalisation - définie au paragraphe précédent - est payable.

REMARQUE: Les garanties suivies d'un astérisque (\*) ne donnent droit à des prestations qu'en vertu d'un seul contrat émis à votre Association par **La Citadelle**.

Les garanties suivies de deux astérisques (\*\*) sont assujetties au maximum global indiqué dans tout autre contrat émis à votre Association par **La Citadelle** pour les garanties similaires..

### Garantie de dysfonctionnement cardiaque et circulatoire

Si vous recevez les soins d'un médecin en raison d'un dysfonctionnement cardiaque ou circulatoire résultant directement de la participation à une opération d'urgence, sauf les exercices d'entraînement, au plus tard dans les vingt-quatre (24) heures, l'assureur s'engage à verser ce qui suit:

- Le capital en cas de la perte de la vie se produisant au cours des soixante-douze (72) heures après réception des soins;

---

## ASSURANCE DÉCÈS OU MUTILATION OU FRACTURES PAR ACCIDENT (Suite)

N° de police : 9223591

Prise d'effet : 2002-01-01

---

Toutefois, vous ne devez pas avoir reçu, au cours des cinq (5) années précédant la date de votre participation à une opération d'urgence, sauf les exercices d'entraînement, de soins, diagnostics ou conseils liés à une maladie ou une affection cardiovasculaire.

L'expression "participation à une opération d'urgence, sauf les exercices d'entraînement" comprend l'aller et retour par voie directe entre votre résidence et les lieux d'une opération d'urgence; par "voie directe", on entend le trajet habituel ou tout autre trajet raisonnable effectué sans détour, délai ni halte.

### Indemnité en cas de fracture, dislocation, sectionnement du tendon ou autres lésions

Si, suite à une blessure, vous subissez l'une des lésions figurant au Barème ci-après au plus tard trois cent soixante-cinq (365) jours après l'accident, l'assureur s'engage à payer une seule indemnité par accident, soit la plus généreuse, sous réserve toutefois d'un maximum de 10 000 \$ pour "Fracture complète (y compris la fracture en bois vert)" et 5 000 \$ pour "Dislocation complète", "Sectionnement du ou des tendons" et "autres lésions" et selon le pourcentage stipulé ci-après.

### Fracture complète (y compris la fracture en bois vert)

#### Pourcentage

Crâne (enfonceur localisé) .....	100 %
Crâne (sans enfonceur localisé) .....	33 %
Colonne vertébrale (une ou plusieurs vertèbres) .....	50 %
Mâchoire (mandibule ou maxillaire) .....	33 %
Fémur .....	33 %
Bassin .....	33 %
Rotule .....	27 %
Jambe (tibia ou péroné) .....	25 %
Omoplate .....	25 %
Cheville (tarses) .....	25 %
Poignet (carpes) .....	25 %
Avant-bras (fracture ouverte ou comminutive) .....	23 %
Avant-bras (fracture non ouverte) .....	12 %
Sacrum ou coccyx .....	17 %
Sternum .....	17 %
Bras (entre le coude et l'épaule) .....	17 %
Clavicule .....	12 %
Nez .....	12 %
Au moins deux côtes .....	10 %
Main (un ou plusieurs métacarpiens) .....	8 %
Pied (un ou plusieurs métatarses) .....	8 %
Os du visage .....	8 %
Une côte .....	5 %
Tout autre os .....	3 %

---

## ASSURANCE DÉCÈS OU MUTILATION OU FRACTURES PAR ACCIDENT (Suite)

N° de police : 9223591

Prise d'effet : 2002-01-01

---

### Dislocation complète

Hanche .....	42 %
Genou (soins de première ligne à ciel ouvert) .....	33 %
Épaule (réduction de fracture par un traitement chirurgical) .....	25 %
Poignet.....	17 %
Cheville .....	17 %
Coude .....	12 %
Os du pied (sauf les orteils) .....	8 %

### Sectionnement du ou des tendons

Talon (tendon d'Achille).....	22 %
Cheville .....	20 %
Genou .....	18 %
Pied (sauf les orteils).....	17 %
Coude .....	17 %
Poignet.....	12 %
Main (y compris les doigts) .....	12 %

### Autres lésions

Rupture du rein (peut donner lieu à une opération).....	27 %
Rupture du foie (peut donner lieu à une opération) .....	27 %
Rupture de la rate (peut donner lieu à une opération).....	27 %
Ponction pulmonaire et intervention à ciel ouvert.....	23 %
Brûlures exigeant une ou plusieurs greffes cutanées.....	22 %
Blessure au genou exigeant une opération (en l'absence de fracture ou de dislocation).....	22 %
Amputation de la fraction de l'os atteint (en l'absence de fracture ou de dislocation).....	20 %

### Assurance de voyages aériens

L'assurance couvre vos voyages à titre de passager seulement et non à titre de pilote, d'opérateur ou de membre d'équipage à bord de tout aéronef pour lequel on a émis un certificat de navigabilité valable (à l'exception de tout appareil possédé, loué ou exploité par votre employeur ou en son nom) à condition que le pilote détienne un brevet en bonne et due forme. La couverture s'applique également lorsque vous voyagez à titre de passager à bord d'aéronef militaire et pendant l'embarquement, la descente ou le heurt par tout aéronef.

---

## ASSURANCE DÉCÈS OU MUTILATION OU FRACTURES PAR ACCIDENT (Suite)

N° de police : 9223591

Prise d'effet : 2002-01-01

---

### Exposition aux éléments et disparition

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

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

### Montant global d'indemnisation

Le montant global d'indemnisation suite à toutes les pertes résultant d'un même accident est de 2 500 000 \$. S'il ne suffit pas à couvrir le plein montant de la prestation auquel a droit chaque assuré, le montant payable à chacun est alors réduit proportionnellement de sorte que le total équivaut à 2 500 000 \$.

La présente disposition ne s'applique que si la perte est couverte en vertu des dispositions suivantes:

### Prestations en cas de pertes accidentelles

#### Quand votre assurance termine t-elle?

Votre assurance se termine dès que survient une des éventualités suivantes:

- 1) La résiliation de la police.
- 2) À la date d'échéance de la prime, si votre Association omet de payer la prime requise, sauf en cas d'erreur commise par inadvertance.
- 3) À la date d'échéance de la prime qui suit votre soixante-dixième (70e) anniversaire.
- 4) À la date à laquelle vous cessez d'être effectivement au service du contractant, en raison d'un congé autorisé, d'une mise à pied, d'un congé de maternité, d'une invalidité, d'une démission, d'un congédiement ou d'un départ à la retraite, sauf comme il est prévu en vertu d'une des dispositions suivantes:

Exonération de primes

Maintien en vigueur de l'assurance lors d'une absence autorisée

Prolongation d'assurance

---

## ASSURANCE DÉCÈS OU MUTILATION OU FRACTURES PAR ACCIDENT (Suite)

N° de police : 9223591

Prise d'effet : 2002-01-01

---

### Exonération de primes

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

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

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

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

Nonobstant toute stipulation contraire de la police, les prestations payables en raison d'une perte subie lors de l'exonération de primes ne peuvent dépasser le montant payable au début de l'invalidité.

### Maintien en vigueur de l'assurance lors d'une absence autorisée

Sous réserve du paiement de la prime, votre assurance est maintenue en vigueur pendant un maximum de 12 mois lors d'une absence autorisée, d'une mise à pied ou d'un congé de maternité. Dans le cas de l'invalidité, l'assurance prévue en vertu de la présente disposition prend fin dès que survient l'une des éventualités suivantes: votre 65<sup>e</sup> anniversaire, l'entrée en jeu d'une garantie d'exonération de primes ou votre retour au travail.

Toutes les conditions contractuelles, y compris celles prévoyant la réduction du montant d'assurance, s'appliquent lors de l'absence.

Nonobstant toute stipulation contraire de la police, les prestations payables en raison d'une perte subie lors du maintien en vigueur ne peuvent dépasser le montant payable au début de l'absence.

### Prolongation de l'assurance

La présente police peut être prolongée jusqu'à un maximum de douze (12) mois si le contractant met fin à votre emploi, sous réserve que la prolongation soit exigée par la Loi sur les normes d'emploi et que la prime soit acquittée.

---

## ASSURANCE DÉCÈS OU MUTILATION OU FRACTURES PAR ACCIDENT (Suite)

N° de police : 9223591

Prise d'effet : 2002-01-01

---

La prolongation prend fin à 0 h 1, heure normale, dès que survient une des éventualités suivantes: le premier (1er) du mois suivant une période de douze (12) mois ou le retour au travail, à n'importe quel titre.

La présente disposition est sous réserve des conditions contractuelles qui s'appliquent à la cessation d'emploi, y compris toute disposition prévoyant la réduction du montant d'assurance.

Nonobstant toute stipulation contraire de la police, la prestation payable en raison d'une perte subie pendant la prolongation de l'assurance ne peut en aucun cas dépasser le montant qui aurait été payable à l'assuré à la cessation d'emploi.

### **Droit de transformation**

Si, pendant que la police est en vigueur, votre assurance prend fin pour un des motifs ci-dessous:

- 1) La cessation d'emploi;
- 2) La non-admissibilité à l'assurance;
- 3) Le non-retour au travail à la fin de l'invalidité totale;

Vous pouvez transformer, sans preuve d'assurabilité, votre assurance (non celle de vos personnes à charge) en un contrat d'assurance individuelle.

Vous devez demander la transformation avant votre 70e anniversaire et dans les 31 jours suivant la résiliation de votre assurance.

Seules sont offertes les garanties stipulées à la section «Prestations en cas de pertes accidentelles» établi par La Citadelle à la transformation. Le montant à transformer ne peut dépasser celui qui est en vigueur à la cessation d'emploi (total global de 750 000 \$). La prime est calculée d'après le tarif en vigueur établi par La Citadelle à la transformation.

La police individuelle d'assurance accident est renouvelable annuellement et la prime annuelle est payable par anticipation.

### **Exclusions**

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

---

## ASSURANCE DÉCÈS OU MUTILATION OU FRACTURES PAR ACCIDENT (Suite)

N° de police : 9223591

Prise d'effet : 2002-01-01

---

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

### Procédure pour une réclamation

Vous ou votre bénéficiaire devez informer immédiatement votre administrateur « Burrowes, courtiers d'assurances » au 514-522-2661.

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

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

<p>Ce livret résume en langage non technique les termes et conditions de votre programme d'assurance en cas d'accident et devrait être conservé pour référence. Tous les droits et obligations sont régis en accord avec la police collective # 9223591 et non pas avec ce livret. Pour plus d'informations veuillez communiquer avec votre administrateur « Burrowes, courtiers d'assurances » au 514-522-2661.</p>
--

---

**ASSURANCE DÉCÈS OU MUTILATION OU FRACTURES PAR ACCIDENT (Suite)**

**N° de police : 9223591**

**Prise d'effet : 2002-01-01**

---

**CE PROGRAMME D'ASSURANCE EST ÉTABLI PAR**

**WILLIAM E. BURROWES INC.**

**ET SOUSCRIT PAR**

**LA CITADELLE COMPAGNIE D'ASSURANCES GÉNÉRALES**

---

## RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

---

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

**BURROWES, courtiers d'assurances**

**Téléphone : 514-522-2661**

**Télécopieur : 514-522-2662**