

**Régime
d'assurance collective**

pour

**LE GROUPE VIDÉOTRON LTÉE
(Syndiqués de Montréal)**

N° de police: 13279

Prise d'effet: 1er mai 1992

Date de modification: 1^{er} janvier 2006

TABLE DES MATIÈRES

TABLEAU SOMMAIRE	2
CONDITIONS GÉNÉRALES	6
GARANTIE D'ASSURANCE-VIE DU PARTICIPANT	12
GARANTIE D'ASSURANCE-VIE DES PERSONNES À CHARGE	16
GARANTIE DE RENTE MENSUELLE D'INVALIDITÉ	17
GARANTIE D'ASSURANCE-MALADIE	21
GARANTIE DE SOINS DENTAIRES	29
GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS ET DE MUTILATION ACCIDENTELS (La Compagnie d'Assurances American Home est l'assureur de cette garantie)	37

LF-201.DOC

TABLEAU SOMMAIRE

Ce tableau sommaire décrit brièvement les garanties de votre régime d'assurance collective selon la catégorie de salariés à laquelle vous appartenez. Afin d'obtenir une description complète des garanties, veuillez consulter les pages qui s'y rapportent.

VOTRE ASSURANCE PERSONNELLE

Assurance-vie et Décès et mutilation accidentels

Assuré sans personne à charge

Une fois et demie votre salaire annuel, arrondi au 1 000 \$ suivant, si ce n'est pas déjà un multiple de 1 000 \$, maximum 1 297 000 \$.

Assuré avec personnes à charge

Trois fois votre salaire annuel, arrondi au 1 000 \$ suivant, si ce n'est pas déjà un multiple de 1 000 \$, maximum 1 297 000 \$.

Rente mensuelle d'invalidité

75 % de votre salaire mensuel de base jusqu'à concurrence d'un maximum mensuel de 12 000 \$, sous réserve des réductions applicables. Toutefois, le maximum global ne peut excéder 85 % de votre salaire mensuel établi au début de l'invalidité.

Délai de carence: 119 jours. Toutefois, si une invalidité en raison d'un accident survient pendant vos vacances et est conséquente au type de vacances choisies ou à l'endroit où vous les passez, le délai de carence de 119 jours débutera à la date à laquelle vous auriez normalement repris le travail.

Période maximale d'indemnisation: Jusqu'au premier jour du mois qui coïncide ou qui suit votre 65e anniversaire de naissance.

Les prestations sont imposables.

ASSURANCE SUR LA VIE DES PERSONNES À VOTRE CHARGE

Capital assuré

Conjoint	5 000 \$
Chaque enfant dès la naissance	2 000 \$

GARANTIE-MALADIE POUR VOUS-MÊME ET LES PERSONNES À VOTRE CHARGE

Hospitalisation dans la province de résidence

Chambre semi-privée
Sans franchise et sans limite quant au nombre de jours.

Hospitalisation au Canada mais hors de la province en cas d'urgence

Chambre semi-privée
Sans franchise et sans limite quant au nombre de jours.

Hospitalisation hors Canada en cas d'urgence

Chambre semi-privée
Sans franchise et sans limite quant au nombre de jours.

Soins médicaux et chirurgicaux engagés hors province en cas d'urgence

Le montant maximal remboursable est de 1 000 000 \$ par événement par personne couverte (incluant l'hospitalisation hors Canada).

Hospitalisation, soins médicaux et chirurgicaux reçus hors province sur recommandation médicale

Le montant maximal remboursable est de 1 000 000 \$ par événement par personne couverte.

Frais médicaux

Remboursement

La franchise au cours d'une année civile, par personne couverte, est de 25 \$, jusqu'à concurrence d'un maximum de 25 \$ par famille. Toutefois, les frais oculaires ne comportent aucune franchise.

Les frais couverts sont remboursés à 100 %.

Le montant maximal remboursable, par personne couverte, pour les frais engagés au Canada, est illimité.

Frais couverts

Soins donnés par un chiropraticien, naturopathe, ostéopathe ou podiatre (pédicure), jusqu'à concurrence d'un maximum de 750 \$ par année civile pour chaque spécialiste. Les examens radiographiques jusqu'à concurrence de 100 \$ par année civile pour tous les examens.

Soins donnés par un psychologue, jusqu'à concurrence d'un maximum de 750 \$ par année civile.

Soins professionnels psychiatriques, jusqu'à concurrence d'un maximum de 750 \$ par année civile.

Services d'un diététiste, jusqu'à concurrence d'un maximum de 750 \$ par année civile.

Services d'un acupuncteur, jusqu'à concurrence d'un maximum de 750 \$ par année civile.

Bas de soutien, jusqu'à concurrence d'un maximum de 120 \$ par année civile.

Frais oculaires; les lunettes (verres correcteurs et monture) ou lentilles cornéennes, jusqu'à concurrence d'un maximum de 250 \$ pour chaque période de vingt-quatre mois consécutifs.

SOINS DENTAIRES POUR VOUS-MÊME ET LES PERSONNES À VOTRE CHARGE

Le régime prévoit le remboursement des soins préventifs, des soins de base, des soins majeurs et des soins orthodontiques.

La franchise au cours d'une année civile, par personne couverte, est de 35 \$, jusqu'à concurrence d'un maximum de 35 \$ par famille. Cette franchise s'applique aux soins majeurs seulement.

Les frais couverts sont remboursés à:

- 100 % pour les soins préventifs
- 100 % pour les soins de base
- 75 % pour les soins majeurs
- 50 % pour les soins orthodontiques

Le montant maximal remboursable pour les soins préventifs, les soins de base et les soins majeurs, par personne couverte, est limité à 1 200 \$ par année civile.

Le montant maximal remboursable pour les soins orthodontiques, par personne couverte, est limité à un maximum à vie de 1 750 \$.

Les frais couverts sont remboursés selon le tarif courant des Actes Bucco-Dentaires.

RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS

Admissibilité

Vous êtes admissible au régime dès le premier jour de travail.

Réductions

Le premier jour du mois qui coïncide avec ou qui suit votre soixante-cinquième anniversaire de naissance, votre assurance-vie et l'assurance en cas de décès et de mutilation accidentels seront réduites de 50 %.

Preuves d'assurabilité

Si vous êtes admissible à des montants d'assurance-vie et de rente mensuelle d'invalidité en excédent des montants indiqués ci-dessous, vous devez soumettre des preuves d'assurabilité à l'assureur. Votre employeur vous remettra le formulaire approprié.

Montants maximums sans preuve d'assurabilité

	Moins de 65 ans	65 à 69 ans	70 ans ou plus
Assurance sur la vie du participant	1 000 000 \$	500 000 \$	500 000 \$
Rente mensuelle d'invalidité	12 000 \$		

Fin de l'assurance

Assurance sur la vie des personnes à charge	À votre retraite.
Rente mensuelle d'invalidité	À votre 65e anniversaire de naissance ou à votre retraite, si antérieure.
Assurance-maladie	À votre retraite.
Soins dentaires	À votre retraite.
Assurance en cas de décès et de mutilation accidentels du participant	À votre retraite.

N.B. Si vous êtes retraité à compter du 1er novembre 1993 et âgé de cinquante ans ou plus, vous êtes assuré en vertu du présent régime d'assurance collective pour la garantie suivante:

ASSURANCE SUR LA VIE DU PARTICIPANT

Montant d'assurance-vie: 10 000 \$

CONDITIONS GÉNÉRALES

DÉFINITIONS

Blessure accidentelle

Une lésion corporelle accidentelle qui est subie pendant que votre assurance est en vigueur, qui résulte directement et exclusivement d'une cause externe, soudaine, violente et involontaire, qui est indépendante de toute maladie et qui nécessite les soins d'un médecin ou d'un spécialiste approprié dans les trente jours qui suivent l'événement.

Effectivement au travail

L'état d'un salarié qui est physiquement et mentalement capable d'effectuer tous et chacun des travaux relatifs à son emploi et qui est effectivement au travail sur une base permanente et à plein temps selon un horaire prévoyant au moins vingt-cinq heures de travail par semaine ou qui est effectivement au travail sur une base permanente et à temps partiel et a complété cinq cent quarante heures de travail comme personnel administratif ou cinq cent soixante-dix heures de travail comme personnel technique, à la place d'affaires de son employeur ou à tout autre endroit où il doit se rendre pour accomplir une tâche précise dans l'exercice de ses fonctions.

Maladie

Tout état pathologique qui résulte d'une altération de la santé, qui nécessite des soins médicaux réguliers et continus effectivement donnés par un médecin ou un spécialiste approprié et une thérapie appropriée, considérés comme satisfaisants par l'assureur.

Médecin

Une personne dûment autorisée selon la loi provinciale à pratiquer la médecine et membre en règle d'un corps médical professionnel.

Personne à charge

Votre conjoint ou vos enfants ou ceux de votre conjoint, pris individuellement ou collectivement selon le cas. Lorsque l'assurance couvre les personnes à charge, les termes "conjoint" et "enfant" sont définis ainsi:

Conjoint

- a) Votre conjoint légitime.
- b) Une personne que vous reconnaissez publiquement comme votre conjoint et avec qui vous vivez en union de fait de façon permanente depuis plus d'un an. Toutefois, lorsque la personne est la mère ou le père biologique ou adoptif d'au moins un de vos enfants, le conjoint sera reconnu à compter de la date de naissance ou d'adoption, si elle précède la fin de la période d'un an de cohabitation.

La personne que vous désignez par écrit à l'assureur comme votre conjoint est considérée comme personne à charge jusqu'à indication contraire de votre part.

La dissolution du mariage par divorce ou annulation ou dans le cas d'une union de fait, la séparation de fait depuis plus de trois mois, fait perdre ce statut de conjoint.

Enfant

Tout enfant célibataire légitime, naturel ou adopté, de vous-même ou de votre conjoint, qui dépend de vous pour sa subsistance et qui remplit au moins une des conditions suivantes:

- a) Être âgé de moins de dix-huit ans;
- b) Être âgé de moins de vingt-six ans et fréquenter à plein temps une institution d'enseignement;
- c) Être devenu invalide de façon totale et permanente alors qu'il était considéré comme une personne à charge en vertu de a) ou b) ci-dessus.

Salaire

La rémunération que votre employeur a déclarée à l'assureur.

Salarié

Toute personne qui travaille effectivement à plein temps, ou à temps partiel, s'il y a lieu, sur une base permanente pour l'employeur et touche régulièrement un salaire pour ses services.

Spécialiste

Un médecin détenteur d'un certificat de spécialiste émis par le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada ou par la Corporation professionnelle des médecins du Québec, ou les deux.

ADMISSIBILITÉ

Vous devez remplir pour vous-même et, s'il y a lieu, pour les personnes à votre charge, une demande de participation disponible auprès de votre employeur.

Vous devenez admissible à l'assurance après avoir complété la période d'admissibilité spécifiée au tableau sommaire.

Les personnes à votre charge sont admissibles à l'assurance à la dernière des dates suivantes :

- a) La date de votre admissibilité.
- b) La date à laquelle vous avez pour la première fois une personne à votre charge.

Si votre employeur reçoit votre demande d'assurance après le trente et unième jour qui suit la date de votre admissibilité, vous devez fournir à l'assureur des preuves d'assurabilité, et ce, sans aucuns frais de la part de l'assureur. Toutefois, pour la garantie-maladie cette obligation ne s'applique pas pour un salarié, résident du Québec et ses personnes à charge. La garantie prendra effet à la date à laquelle votre employeur reçoit la demande de participation.

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

Votre assurance et celle de vos personnes à charge, s'il y a lieu, prennent effet à l'une des dates suivantes :

- a) La date d'admissibilité, si la demande de participation est reçue par votre employeur à ou avant cette date.
- b) La date d'admissibilité si la demande de participation est reçue par votre employeur dans les trente et un jours qui suivent cette date.
- c) La date à laquelle l'assureur accepte les preuves d'assurabilité exigibles dans tous les autres cas. Vous devez fournir ces preuves sans aucuns frais de la part de l'assureur. Toutefois, la garantie-maladie d'un salarié, résident du Québec prend effet, sans preuve d'assurabilité, à la date à laquelle votre employeur reçoit la demande de participation

Si vous n'êtes pas effectivement au travail à la date à laquelle votre assurance aurait dû prendre effet, l'assurance ne prend effet qu'à la date à laquelle vous retournez effectivement au travail.

Si vos personnes à charge sont déjà assurées, toute personne qui, par la suite, devient personne à charge est immédiatement assurée sans qu'aucun avis soit nécessaire.

MODIFICATION AU MONTANT D'ASSURANCE

Votre employeur est tenu d'aviser immédiatement par écrit l'assureur, de tout événement susceptible de modifier votre assurance, et ce, au moyen des formulaires fournis à cet effet. 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 votre employeur reçoit l'avis avant cette date, à condition que vous soyez alors effectivement au travail;
- b) La date à laquelle votre employeur reçoit l'avis écrit, si cet avis lui parvient après la date de l'événement, à condition que vous soyez alors effectivement au travail.

Il est entendu que pour un salarié à temps partiel, les changements de salaire se font au 1^{er} janvier et au 1^{er} juillet de chaque année.

Cependant, si vous n'êtes 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 votre retour au travail.

FIN DE L'ASSURANCE

Votre assurance ou celle des personnes à votre charge prend fin à la première des dates suivantes:

- a) La date à laquelle vous cessez d'être un salarié admissible;
- b) La date de résiliation de la garantie ou du contrat;
- c) Le dernier jour de la période pour laquelle la prime a été payée par votre employeur.

Les dates de cessation des différentes garanties ainsi que les dates de réduction des montants d'assurance sont indiquées au tableau sommaire.

DEMANDE DE RÈGLEMENT

Si vous présentez une demande de règlement, vous devez soumettre des preuves satisfaisantes dans les délais précisés ci-après. Les demandes de règlement doivent être soumises soit par le biais d'un réseau électronique reconnu ou au moyen des formulaires appropriés, qui doivent être dûment remplis, datés et signés. Les demandes de règlement doivent être soumises, sans frais pour la Standard Life, au siège social de la Standard Life ou à un bureau régional désigné. Vous pouvez obtenir auprès de l'administrateur de votre régime ou à partir de notre site Web protégé, le Salon VIP, à l'adresse www.standardlife.ca, les formulaires appropriés et l'information nécessaire pour soumettre une demande de règlement.

Assurance maladie

La Standard Life doit recevoir les demandes de règlement au plus tard 15 mois après la date à laquelle la dépense est engagée. Toutefois, si la protection d'un participant est résiliée, y compris la résiliation de la garantie ou du contrat, toutes les demandes de règlement doivent être reçues par la Standard Life au plus tard 3 mois après la date de la résiliation. Toute demande de règlement reçue par la Standard Life après ces délais sera refusée.

Dépenses engagées à l'extérieur du Canada en vertu de l'assurance maladie

Les demandes de règlement pour l'hospitalisation et les services d'un médecin assurés à l'extérieur du Canada devraient être reçues par la Standard Life dans les 90 jours qui suivent le traitement ou le congé de l'hôpital.

Soins dentaires

La Standard Life doit recevoir les demandes de règlement au plus tard 15 mois après la date à laquelle la dépense est engagée. Toutefois, si la protection d'un participant est résiliée, y compris la résiliation de la garantie ou du contrat, toutes les demandes de règlement doivent être reçues par la Standard Life au plus tard 3 mois après la date de la résiliation. Toute demande de règlement reçue par la Standard Life après ces délais sera refusée.

Invalidité

En cas d'invalidité, vous devez fournir une preuve d'invalidité jugée satisfaisante par la Standard Life, et ce, dans les 90 jours qui suivent la date à laquelle vous avez eu droit pour la première fois à des indemnités d'invalidité et, par la suite, aussi souvent que la Standard Life peut raisonnablement l'exiger.

Assurance vie

Une demande de règlement d'assurance vie doit être soumise dans les délais prescrits par la loi. La Standard Life se réserve le droit d'exiger une autopsie, à moins que la loi ne l'interdise.

BÉNÉFICIAIRE

Vous pouvez désigner un ou plusieurs bénéficiaires. Vous devez cependant aviser votre employeur par écrit, au moyen des formulaires fournis à cet effet, de toute nomination ou de tout changement de bénéficiaire.

Si vous n'avez pas désigné de bénéficiaire ou si votre bénéficiaire décède avant vous, le capital assuré sera versé à vos ayants droit.

Vous êtes bénéficiaire de l'assurance-vie des personnes à votre charge, si le régime couvre ces dernières.

GARANTIE D'ASSURANCE-VIE DU PARTICIPANT

CAPITAL ASSURÉ

À votre décès, le capital-décès indiqué au tableau sommaire est versé à votre bénéficiaire.

DROIT DE TRANSFORMATION

A votre soixante-cinquième anniversaire ou avant, vous pouvez dans les trente et un jours qui suivent la cessation de votre emploi, transformer la totalité ou une partie de votre protection d'assurance, exception faite de l'exonération des primes, en un contrat d'assurance-vie individuelle dont le montant ne dépasse pas celui que vous détenez en vertu de la présente assurance collective, et ce, sans fournir de preuves d'assurabilité.

Toutefois, le montant d'assurance transformable ne peut en aucun cas être supérieur au moindre de ces deux montants: a) deux cent mille dollars ou b) la différence entre le montant d'assurance que vous détenez en vertu de la présente assurance collective et le montant d'assurance prévu dans tout autre contrat d'assurance collective auquel vous êtes admissible au moment d'exercer votre droit de transformation.

PROLONGATION D'ASSURANCE-VIE SANS PAIEMENT DE PRIME

Si vous quittez votre emploi à votre soixante-cinquième anniversaire ou si vous êtes âgé de moins de soixante-cinq ans à cette date, votre assurance-vie est prolongée, sans paiement de prime, jusqu'au trente et unième jour qui suit la date de cessation d'emploi.

EXONÉRATION DES PRIMES

Si vous devenez incapable, par suite d'une maladie ou d'une blessure accidentelle, d'exercer la plupart des fonctions de votre travail régulier durant le délai de carence de la Garantie de rente mensuelle d'invalidité et durant les vingt-quatre mois qui suivent immédiatement ce délai et par la suite, toute fonction ou tout emploi rémunéré pour lequel vous êtes raisonnablement qualifié en raison de votre formation, de votre instruction et de votre expérience et que votre état nécessite des soins médicaux réguliers et continus effectivement donnés par un spécialiste approprié et une thérapie appropriée, considérés comme satisfaisants par l'assureur, votre garantie d'assurance-vie est maintenue en vigueur, sans paiement de prime, tant que dure votre invalidité, si vous répondez à chacune des conditions suivantes:

- a) Être âgé de moins de soixante-cinq ans à la date du début de votre invalidité;
- b) Être devenu invalide avant la cessation de votre emploi alors que vous étiez assuré en vertu de la présente garantie;
- c) Être invalide depuis au moins cent dix-neuf jours au moment de fournir la preuve de votre invalidité. Cette preuve doit être considérée comme satisfaisante par l'assureur et doit lui être soumise dans les sept mois qui suivent le début de votre invalidité, et ce, sans aucuns frais de la part de l'assureur. Toutefois, si une invalidité en raison d'un accident survient pendant vos vacances et est conséquente au type de vacances choisies ou à l'endroit où vous les passez, le délai de carence de 119 jours débutera à la date à laquelle vous auriez normalement repris le travail.

Cependant, si vous êtes reconnu invalide en vertu de votre garantie de rente mensuelle d'invalidité, vous êtes admissible à l'exonération du paiement des primes relatives à la présente garantie.

Le montant d'assurance pour lequel vous êtes exonéré du paiement de la prime ne peut dépasser celui qui était en vigueur à la date du début de votre invalidité; ce montant est sujet à réduction et à résiliation comme si vous étiez effectivement au travail.

Vous devez soumettre à l'assureur une preuve de la persistance de votre invalidité aussi souvent que l'assureur peut raisonnablement l'exiger. Cette preuve doit être soumise sans aucuns frais de la part de l'assureur.

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

- a) La date à laquelle vous commencez à recevoir des prestations de rente mensuelle d'invalidité;
- b) La date à laquelle vous êtes invalide depuis au moins cent dix-neuf jours. Toutefois, si une invalidité en raison d'un accident survient pendant vos vacances et est conséquente au type de vacances choisies ou à l'endroit où vous les passez, le délai de carence de cent dix neuf jours débutera à la date à laquelle vous auriez normalement repris le travail.

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

- a) La date à laquelle vous cessez d'être invalide;

- b) Le premier jour du mois qui coïncide avec ou qui suit votre soixante-cinquième anniversaire de naissance;
- c) La date à laquelle vous êtes considéré retraité aux termes du régime de rentes de votre employeur;
- d) La date à laquelle vous omettez de vous faire examiner par le médecin désigné par l'assureur;
- e) La date à laquelle vous omettez de soumettre les preuves d'invalidité demandées par l'assureur.

PRESTATION DE DÉCÈS ANTICIPÉE

Advenant que vous soyez atteint d'une maladie en phase terminale, une prestation de décès anticipée pourrait être payable sous réserve des conditions qui suivent :

Définition de maladie en phase terminale

Vous serez considéré atteint d'une maladie en phase terminale si :

1. Vous êtes atteint d'une maladie et votre espérance de vie est de douze mois à compter de la date à laquelle la demande de prestation de décès anticipée est reçue par l'assureur.

et
2. Les primes de la garantie d'assurance vie sont exonérées en vertu de l'article d'exonération des primes.

Déclaration du médecin

La demande de prestation de décès anticipée doit être accompagnée d'une déclaration de votre médecin dans laquelle il est clairement et entièrement fait état de la nature de la maladie et du fait que votre espérance de vie est de moins de douze mois.

L'assureur se réserve le droit d'exiger d'autres déclarations médicales et de faire examiner le participant par un médecin qu'il aura choisi.

L'assureur se réserve le droit de refuser la demande de prestation de décès anticipée si, de l'avis de ses conseillers médicaux, les déclarations soumises ne sont pas concluantes.

Prestation

La somme payable sera égale à 50 % du capital assuré en vigueur à la date à laquelle la demande de prestation de décès anticipée est reçue par l'assureur, jusqu'à concurrence d'un plafond de 50 000 \$.

Lorsque la demande est reçue par l'assureur dans les douze mois précédant la date à laquelle le capital assuré est réduit, la somme payable est sujette à la réduction indiquée au sommaire des garanties.

Le capital-décès final payable au bénéficiaire sera égal au capital assuré en vigueur à la date du décès, minoré de la prestation de décès anticipée versée et des intérêts courus. Les intérêts sur le montant de la prestation de décès anticipée courront depuis la date à laquelle la prestation sera versée jusqu'à la date du décès, et ils seront fondés sur le taux établi par l'assureur au moment du paiement de la prestation de décès anticipée.

Exclusions

La prestation de décès anticipée ne sera pas versée :

1. Lorsque la demande est reçue par l'assureur dans les douze mois précédant la date à laquelle l'assurance vie du participant cesse, selon les conditions indiquées au sommaire des garanties.
2. Dans un cas de blessure accidentelle.
3. Après la résiliation de la présente garantie ou de la présente police.

Bénéficiaire

La désignation de bénéficiaire doit être irrévocable. De plus, le bénéficiaire irrévocable doit signer une déclaration par laquelle il accepte que la prestation de décès anticipée versée et les intérêts courus soient prélevés du capital assuré payable au décès du participant. La désignation du bénéficiaire irrévocable peut être soumise avec la demande de prestation de décès anticipée.

Autres considérations

La prestation de décès anticipée n'est pas imposable parce que l'Agence des douanes et du revenu du Canada la considère comme une partie intégrante du capital-décès. Vous devriez, malgré tout, examiner toutes les répercussions possibles du versement de cette prestation. À titre d'exemple, soulignons l'inadmissibilité éventuelle aux programmes sociaux. Par ailleurs, la somme versée devient partie intégrante de votre actif, et, par conséquent, vos créanciers pourraient la saisir, que vous ayez déclaré faillite ou non.

GARANTIE D'ASSURANCE-VIE DES PERSONNES À CHARGE

CAPITAL ASSURÉ

Le capital assuré qui vous est versé au décès d'une personne à charge assurée est indiqué au tableau sommaire.

EXONÉRATION DES PRIMES

Aussi longtemps que vous demeurez admissible à l'exonération des primes en vertu de votre garantie d'assurance-vie, vous êtes admissible à l'exonération du paiement des primes relatives à la présente garantie.

GARANTIE DE RENTE MENSUELLE D'INVALIDITÉ

OBJET DE LA GARANTIE

Cette garantie a été établie en vue de vous procurer un revenu mensuel dans le cas où vous devenez totalement invalide par suite d'une maladie ou d'une blessure accidentelle.

MONTANT DE LA RENTE

Pourvu que la présente garantie soit en vigueur lorsque vous devenez totalement invalide et que votre invalidité persiste, vous recevrez, après avoir complété le délai de carence, la rente mensuelle d'invalidité indiquée au tableau sommaire.

DÉFINITION D'INVALIDITÉ

L'incapacité totale et continue, par suite d'une maladie ou d'une blessure accidentelle, qui vous empêche complètement d'exercer:

- a) La plupart des fonctions de votre travail régulier durant le délai de carence et durant les vingt-quatre mois qui suivent immédiatement ce délai sans égard à la disponibilité de ce travail; et
- b) Par la suite, toute fonction ou tout emploi rémunéré pour lequel vous êtes raisonnablement qualifié en raison de votre formation, de votre instruction et de votre expérience.

L'invalidité n'est reconnue conformément à l'alinéa a) ci-dessus, qu'à la condition de ne recevoir aucune rémunération directe ou indirecte d'un travail, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation approuvé par l'assureur.

Pour que votre invalidité soit reconnue, il faut que votre état nécessite des soins médicaux réguliers et continus effectivement donnés par un spécialiste approprié et une thérapie appropriée, considérés comme satisfaisants par l'assureur.

PROGRAMME DE RÉADAPTATION

L'assureur a le droit de demander que vous participiez à un programme de réadaptation contrôlé par l'assureur, lorsque celui-ci et ses conseillers médicaux considèrent que cette participation est raisonnable et justifiée. L'assureur, avec l'accord de ses conseillers médicaux, peut modifier, prolonger ou terminer le programme, chaque fois que cela est considéré raisonnable et justifié.

Si vous participez à un programme de réadaptation, demandé par l'assureur, vous pouvez recevoir la rente prévue à la présente garantie pendant une période maximale de vingt-quatre mois en plus de recevoir la rémunération provenant de ce programme de réadaptation.

Toutefois, la somme de la rémunération du programme de réadaptation et de la rente mensuelle en vertu de la présente garantie ne doit pas excéder le salaire mensuel que vous touchiez au début de la période d'invalidité. Si cette somme excède votre salaire mensuel établi au début de l'invalidité, la rente prévue par la garantie sera réduite de façon à ne pas dépasser ce salaire.

Si vous êtes invalide et reprenez votre travail à temps partiel, cet emploi pourra être considéré comme emploi de réadaptation. La rente sera alors versée au prorata du nombre d'heures de travail.

Si vous refusez de participer à un programme de réadaptation que l'assureur et ses conseillers médicaux considèrent raisonnable et justifié, les versements de la rente cesseront.

COORDINATION DES PRESTATIONS

La rente mensuelle payable en vertu de la présente garantie sera réduite de toute prestation d'invalidité ou de retraite payable ou qui serait payable si vous aviez fait une demande satisfaisante en vertu:

- a) Du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada, à l'exclusion des prestations pour les enfants à charge;
- b) De la loi provinciale sur l'assurance-automobile;
- c) De tout autre organisme gouvernemental, à l'exception de la Loi sur les accidents du travail;
- d) De tout autre régime auquel votre employeur souscrit.

De plus, le montant de la rente d'invalidité que vous verse l'assureur est réduit, pour que la somme de tous les revenus, compensations, indemnités et prestations que vous pourriez, en raison de votre invalidité, recevoir de votre employeur, d'un organisme gouvernemental ou de toute assurance collective ou régime de rente auquel contribue votre employeur et de toute prestation de retraite payable en vertu du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada, ne puisse en aucun cas excéder quatre-vingt-cinq pour cent de votre salaire mensuel établi au début de l'invalidité.

Toutefois, l'indexation future des montants versés par un des organismes mentionnés ci-dessus n'entraînera aucune autre réduction.

EXONÉRATION DES PRIMES

Vous êtes exonéré du paiement de la prime relative à la présente garantie à compter de la date à laquelle vous commencez à recevoir des prestations de rente mensuelle d'invalidité.

CESSATION DE LA RENTE

Les versements de la rente cessent à la première des dates suivantes:

- a) La date à laquelle se termine la période maximale d'indemnisation indiquée au tableau sommaire;
- b) La date à laquelle vous cessez d'être invalide;
- d) La date à laquelle vous refusez de commencer ou de continuer un programme de réadaptation considéré raisonnable et justifié par l'assureur et ses conseillers médicaux;
- e) Le premier jour du mois qui coïncide avec ou qui suit votre soixante-cinquième anniversaire de naissance;
- d) La date à laquelle vous êtes considéré retraité aux termes du régime de rentes de votre employeur;
- f) La date de votre décès;
- g) La date à laquelle vous omettez de vous faire examiner par le médecin désigné par l'assureur;
- h) La date à laquelle vous omettez de soumettre les preuves demandées par l'assureur.

PÉRIODES SUCCESSIVES D'INVALIDITÉ

Si vous avez effectivement repris le travail à plein temps et redevenez invalide avant qu'une période de trois mois consécutifs se soit écoulée et que l'invalidité soit attribuable à la même cause que celle de l'invalidité antérieure ou à des causes connexes, l'invalidité est considérée comme la continuation de l'invalidité antérieure. Au cours du délai de carence, les périodes successives d'invalidité résultant d'une même cause et séparées par quinze jours ou moins sont considérées comme une seule période.

Cependant, si vous avez effectivement repris le travail à plein temps et redevenez invalide par suite d'une maladie ou d'une blessure accidentelle n'ayant aucun rapport avec la cause de l'invalidité antérieure, l'invalidité est considérée comme une nouvelle invalidité et un nouveau délai de carence est imposé.

EXCLUSIONS

L'assurance ne couvre aucune invalidité attribuable à l'une des causes suivantes:

- a) Toute blessure ou maladie qui résulte de votre participation active à une agitation civile, une insurrection, une guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou une émeute;
- b) Toute blessure que vous vous infligez volontairement, que vous soyez sain d'esprit ou non;
- c) Toute cessation de travail à plein temps pour recevoir des soins qui ne sont pas médicalement nécessaires ou qui sont donnés dans un but esthétique;
- d) Toute blessure ou maladie qui résulte de votre participation active à un acte criminel;
- e) Toute maladie industrielle ou tout accident de travail qui donne droit à des prestations en vertu de la Loi sur les accidents du travail.

GROSSESSE

La rente mensuelle d'invalidité vous est versée en cas de maladie liée à la grossesse. Cependant, l'assureur ne verse aucune rente:

- a) Au cours du congé de maternité pris conformément à une loi provinciale ou fédérale ou au cours de tout congé de maternité pris en accord avec votre employeur;
- b) Au cours de la période pendant laquelle vous recevez des prestations de maternité du Programme d'assurance-emploi;
- c) Au cours de toute prolongation d'un congé de maternité au-delà des périodes indiquées ci-dessus, si vous aviez droit à ce congé et en aviez fait la demande.

Le congé de maternité est présumé débuter au plus tôt de la date que vous avez choisie ou de la date de l'accouchement.

GARANTIE-MALADIE

La Compagnie d'Assurance Standard Life agit à titre d'administrateur de la présente garantie

OBJET DE LA GARANTIE

Si par suite d'une blessure accidentelle, d'une maladie ou d'une grossesse, vous ou l'une des personnes à votre charge engagez des frais pour les soins et services couverts énumérés aux présentes, l'administrateur rembourse ces frais sous réserve des conditions ci-après énoncées.

DÉFINITION SPÉCIALE

Acupuncteur, aide-infirmière autorisée, audiométriste, chiropraticien, diététiste, électrothérapeute, ergothérapeute, infirmière licenciée, kinésithérapeute, massothérapeute, mécano-thérapeute, naturopathe, ophtalmologiste, optométriste, orthophoniste, orthothérapeute, ostéopathe, oxygénothérapeute, pharmacien, physiothérapeute, podiatre (pédicure), psychologue et thérapeute de la parole ou de l'ouïe

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.

REMBOURSEMENT

L'administrateur rembourse ces frais sous réserve du montant maximal, de la franchise et du pourcentage de remboursement indiqués au tableau sommaire.

HOSPITALISATION DANS LA PROVINCE DE RÉSIDENCE

Si vous êtes hospitalisé dans votre province de résidence, l'administrateur rembourse la partie des frais d'hospitalisation 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.

L'administrateur rembourse également les frais d'hospitalisation pour malade chronique dans une institution reconnue à cette fin, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre semi-privée et d'un maximum de cent quatre-vingt jours par année civile.

HOSPITALISATION AU CANADA MAIS HORS DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE EN CAS D'URGENCE

Si l'hospitalisation a lieu au Canada mais hors de la province de résidence, au cours d'un séjour n'excédant pas trois mois consécutifs, l'administrateur rembourse la partie des frais de séjour à l'hôpital qui excède le montant remboursé par les régimes gouvernementaux, jusqu'à concurrence du maximum quotidien et du nombre de jours indiqués au tableau sommaire.

HOSPITALISATION HORS DU CANADA EN CAS D'URGENCE

Si l'hospitalisation a lieu hors du Canada, au cours d'un séjour à l'étranger n'excédant pas trois mois consécutifs, l'administrateur rembourse la partie des frais de séjour à l'hôpital qui excède le montant remboursé par les régimes gouvernementaux, jusqu'à concurrence du maximum quotidien et du nombre de jours indiqués au tableau sommaire.

SOINS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX HORS DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE EN CAS D'URGENCE

Les frais médicaux et chirurgicaux engagés hors de la province de résidence de la personne couverte au cours d'un séjour n'excédant pas trois mois consécutifs, en excédent du montant payable en vertu du régime gouvernemental d'assurance-maladie de la province de résidence de la personne couverte, sont remboursés par l'administrateur.

Le montant maximal que rembourse l'assureur, par personne assurée et par événement, pour les soins et services médicaux et chirurgicaux rendus hors de la province de résidence, est indiqué au tableau sommaire.

Cependant, lorsque les services sont rendus au Canada, l'administrateur ne rembourse pas les honoraires supplémentaires au tarif établi en vertu du régime d'assurance-maladie de la province où les services ont été rendus.

HOSPITALISATION ET SOINS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX HORS DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE SUR RECOMMANDATION MÉDICALE

L'administrateur rembourse l'hospitalisation et les soins médicaux et chirurgicaux hors de la province de résidence sur recommandation médicale jusqu'à concurrence du maximum couvert par événement, par personne couverte, indiqué au Tableau sommaire, pourvu que chacune des conditions soit satisfaite:

- a) L'hospitalisation et les soins médicaux et chirurgicaux ne soient pas disponibles dans la province de résidence;
- b) L'hospitalisation et les soins médicaux et chirurgicaux soient reconnus par le régime gouvernemental d'assurance-maladie de la personne couverte;
- c) Le régime gouvernemental d'assurance-maladie de la personne assurée contribue aux frais encourus.

FRAIS COUVERTS

Les frais couverts sont les suivants, à condition d'avoir été engagés au Canada ou engagés d'urgence au cours d'un séjour à l'étranger n'excédant pas trois mois consécutifs.

1. Les services, soins et traitements prescrits au préalable par un médecin:
 - a) Services professionnels rendus au domicile de la personne couverte par une infirmière licenciée ou une aide-infirmière légalement autorisée, à l'exclusion de toute personne qui réside habituellement à la maison de la personne couverte ou qui fait partie de sa famille;
 - b) Achat initial et le coût de remplacement d'un membre ou d'un oeil artificiel, d'appareils prothétiques (sauf prothèses dentaires), bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles, plâtres, équipement thérapeutique ou équipement orthopédique qui sont obtenus dans un établissement ou un laboratoire qui détient un permis émis par un organisme gouvernemental;
 - c) Location (ou achat si cela est moins dispendieux que le coût de location) de chaise roulante, lit d'hôpital, poumon d'acier, de tout appareil mécanique ou orthopédique, cadre de marche;

- d) Soins donnés par un kinésithérapeute, mécanothérapeute, électrothérapeute, audiométriste, ergothérapeute, orthophoniste, oxygénothérapeute et thérapeute de la parole ou de l'ouïe, massothérapeute ou orthothérapeute;
- e) Services de radiographies (sauf les dents) et examens de laboratoire aux fins de diagnostic;
- f) Médicaments et produits suivants prescrits par un médecin ou chirurgien-dentiste et vendus par un pharmacien licencié ou par un médecin dans une localité où il n'y a pas de pharmacien licencié, et qui sont pris à une fréquence n'excédant pas celle prévue à la posologie.
 - Sérums ou injections administrés par un médecin ou une infirmière licenciée, sauf ceux pour une cure d'amaigrissement;
 - Contraceptifs oraux ou stérilets;
 - Médicaments figurant à l'édition courante du Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques;

De plus, il est entendu que pour une personne assurée, résidente du Québec, tous les médicaments qui sont inscrits à la Liste de médicaments, publiée par la Régie de l'assurance-maladie du Québec au 1^{er} janvier et au 1^{er} juillet de chaque année, y compris les médicaments d'exception, lorsque le médicament est utilisé à des fins thérapeutiques indiquées à cette liste, sont couverts en vertu de la présente garantie.

- g) Transfusions de plasma ou de sang;
- h) Salle d'opération et produits anesthésiques;
- i) Éléments correctifs ajoutés à des chaussures ordinaires, supports plantaires, orthèses ou soixante-quinze pour cent du coût initial ou de remplacement de chaussures orthopédiques fabriquées sur mesure et qui sont obtenus dans un établissement ou un laboratoire qui détient un permis émis par un organisme gouvernemental.

Ces coûts sont limités à deux paires de chaussures par année civile et à cent cinquante dollars par année civile. Les orthèses sont limitées à deux cent cinquante dollars par année civile. Ces frais sont également reconnus s'ils sont recommandés par un podiatre (pédicure);

- j) Appareils auditifs jusqu'à concurrence de cinq cents dollars par période de trois ans;
 - k) Les traitements radiographiques au radium ou aux isotopes radioactifs;
 - l) Achat de bas de soutien auprès d'une maison spécialisée, jusqu'à concurrence de cent-vingt dollars par année civile.
2. Les frais de transport en ambulance, y compris un voyage par avion ou par train, en cas d'urgence.
 3. Les frais pour soins dentaires hors de l'hôpital par un stomatologiste, chirurgien-dentiste ou denturologiste rendus nécessaires suite à des blessures accidentelles aux dents naturelles, dans les douze mois de l'accident (les autres frais dentaires ne sont pas admissibles sous la présente garantie).
 4. Le séjour dans un établissement où l'on reçoit des personnes aux fins de convalescence, tel que défini par le ministère des Affaires sociales, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre semi-privée par jour pour un maximum de cent quatre-vingt jours par invalidité.
 5. Soins donnés par un physiothérapeute (incluant les services effectués par un technicien en cabinet privée).
 6. Les soins donnés par un psychologue.

Les frais couverts, par personne couverte, sont cependant limités à une visite professionnelle par jour, jusqu'à concurrence du nombre maximal de visites et du maximum couvert par visite indiqués au tableau sommaire.
 7. Les soins professionnels psychiatriques pour le traitement des affections nerveuses ou psychiques, autres que les soins prodigués au cours d'un séjour à l'hôpital.

Les frais couverts, par personne couverte, sont cependant limités à une visite professionnelle par jour, jusqu'à concurrence du nombre maximal de visites et du maximum couvert par visite indiqués au tableau sommaire.
 8. Les soins donnés par un chiropraticien, ostéopathe, podiatre (pédicure) ou naturopathe.

Les frais couverts, par personne couverte, sont cependant limités à une visite professionnelle par jour, jusqu'à concurrence du nombre maximal de visites et du maximum couvert par visite indiqués au tableau sommaire.

9. Les services d'un diététiste.

Les frais couverts, par personne couverte, sont cependant limités à une visite professionnelle par jour, jusqu'à concurrence du nombre maximal de visites et du maximum couvert par visite indiqués au tableau sommaire.

10. Les services par un acupuncteur membre du registre des Acupuncteurs du Québec.

Les frais couverts, par personne couverte, sont cependant limités à une visite professionnelle par jour, jusqu'à concurrence du nombre maximal de visites et du maximum couvert par visite indiqués au tableau sommaire.

11. Les frais oculaires suivants sont remboursables lorsque prescrits par un ophtalmologiste, optométriste ou tout spécialiste reconnu de la vue:

- a) Les lunettes (verres correcteurs et monture), jusqu'à concurrence du maximum des frais couverts, par personne couverte, indiqué au tableau sommaire; ou
- b) Les lentilles cornéennes, jusqu'à concurrence du maximum des frais couverts, par personne couverte, indiqué au tableau sommaire.

COORDINATION DES PRESTATIONS ET RESTRICTIONS

Lorsque vous êtes couvert sous d'autres régimes d'assurance collective ou sous des régimes de l'État ou si l'assurance est obligatoire en vertu de la loi, la somme de toutes les prestations payables ne peut excéder cent pour cent des frais engagés; en d'autres termes, la partie des frais admissibles payables sous un autre régime n'est pas payable en vertu de la présente garantie.

Le remboursement des prestations, pour des frais admissibles engagés par une personne à charge couverte qui est également couverte sous un autre régime, sera déterminé de la façon suivante:

- a) Lorsque votre conjoint est couvert comme participant sous un autre régime, la partie des frais admissibles à un remboursement sous cet autre régime ne sera pas payable;
- b) Lorsque votre enfant est couvert comme personne à charge sous un autre régime, les prestations seront d'abord payables en vertu de la présente garantie, à condition que votre date de naissance survienne, au cours de l'année civile, avant la date de naissance de votre conjoint.

EXONÉRATION DES PRIMES

Aussi longtemps que vous demeurez admissible à l'exonération des primes en vertu de votre garantie d'assurance-vie, vous êtes admissible à l'exonération du paiement des primes relatives à la présente garantie. Cette exonération des primes prend fin à la résiliation de la garantie ou du contrat.

EXCLUSIONS

La présente garantie ne couvre pas les éléments suivants:

- a) Tous les frais payables ou remboursables en vertu d'un régime d'assurance gouvernemental ou privé ou qui habituellement l'auraient été;
- b) Toute blessure que la personne couverte s'inflige volontairement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
- c) Toute blessure ou maladie qui résulte de la participation active à une agitation civile, une insurrection, une guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou une émeute;
- d) Tout traitement ou appareil, directement ou indirectement relié à la restauration complète de la bouche, dans le but de corriger la dimension verticale ou toute dysfonction du joint temporo-mandibulaire;
- e) 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;
- f) 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;
- g) 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;
- h) Tout voyage de santé ou cure de repos;
- i) L'examen des yeux;
- j) Tous les frais qui étaient payables ou remboursables en vertu d'un régime d'assurance gouvernemental et qui ne le sont plus suite à des changements apportés à ce régime;
- k) Les médicaments destinés au traitement de la dysfonction érectile, exception faite des médicaments injectables et des micro-suppositoires.

Nonobstant ce qui précède, pour les médicaments inclus dans la liste du RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS du Québec, seules les exclusions prévues par la Loi sur l'assurance-médicaments ou l'un de ses règlements s'appliquent.

GARANTIE DE SOINS DENTAIRES

La Compagnie d'Assurance Standard Life agit à titre d'administrateur de la présente garantie

OBJET DE LA GARANTIE

Cette garantie prévoit le remboursement des frais pour les soins dentaires donnés par un généraliste, un spécialiste ou un denturologiste légalement licencié par l'organisme provincial responsable.

REMBOURSEMENT

L'administrateur rembourse les frais couverts sous réserve du montant maximal, de la franchise et du pourcentage de remboursement indiqués au tableau sommaire.

Les frais engagés sont remboursés selon le tarif normal suggéré pour un généraliste ou denturologiste de la province où ces traitements sont donnés, tel qu'indiqué au tableau sommaire.

Les frais engagés à l'étranger sont limités au tarif normal suggéré pour un généraliste de la province de résidence de la personne couverte, tel qu'indiqué au tableau sommaire.

PROGRAMME DE TRAITEMENT

S'il est prévu que le coût total du traitement dépasse cinq cents dollars, vous devez soumettre un programme de traitement à l'administrateur qui déterminera, avant le début du traitement, le montant des frais couverts.

OPTION DU TYPE DE TRAITEMENT

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

COORDINATION DES PRESTATIONS ET RESTRICTIONS

Lorsque vous êtes couvert sous d'autres régimes d'assurance collective ou sous des régimes de l'État ou si l'assurance est obligatoire en vertu de la loi, la somme de toutes les prestations payables ne peut excéder cent pour cent des frais engagés; en d'autres termes, la partie des frais admissibles payables sous un autre régime n'est pas payable en vertu de la présente garantie.

Le remboursement des prestations, pour des frais admissibles engagés par une personne à charge couverte qui est également assurée sous un autre régime, sera déterminé de la façon suivante:

- a) Lorsque votre conjoint est couvert comme participant sous un autre régime, la partie des frais admissibles à un remboursement sous cet autre régime ne sera pas payable;
- b) Lorsque votre enfant est couvert comme personne à charge sous un autre régime, les prestations seront d'abord payables en vertu de la présente garantie, à condition que votre date de naissance survienne, au cours de l'année civile, avant la date de naissance de votre conjoint.

MONTANT MAXIMAL DE REMBOURSEMENT

Pour toute personne à charge qui devient couverte plus de soixante jours après sa date d'admissibilité, le remboursement des frais au cours des six premiers mois de protection, est limité à deux cent cinquante dollars.

FRAIS ENGAGÉS

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'administrateur et approuvé par l'administrateur.

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

FRAIS COUVERTS

Les frais couverts doivent être engagés lorsque le contrat est en vigueur.

1. Les frais couverts pour les soins préventifs sont les suivants:

a) Examen buccal clinique

- examen complet initial (un seul par deux ans);
- examen de rappel ou périodique (un seul par six mois);
- examen spécifique;
- examen d'urgence et/ou de consultation.

b) Consultation

- programme de traitement;
- consultation avec un patient;
- consultation avec un membre de la profession.

c) Tests et examens de laboratoire

- cultures bactériologiques pour la détermination d'agents pathologiques;
- tests de susceptibilité à la carie;
- biopsie de tissus mou ou dur;
- examen cytologique;
- tests de vitalité.

d) Radiographies

- série complète de pellicules périapicales et interproximales, minimum 16 films (une seule par deux ans);
- films intra-oraux;
- films occlusaux;
- films interproximaux (une fois par six mois);
- examen de sinus;
- films extra-oraux;
- sialographie;
- utilisation de substances radio-opaques pour démontrer les lésions;
- articulation temporo-mandibulaire;
- pellicule panoramique (une fois par deux ans);
- films céphalométriques;
- interprétation de radiographies provenant d'une autre source;
- tomographie;
- main et poignet (comme aide-diagnostic au traitement dentaire).

e) Services de prévention

Une fois tous les six mois pour:

- polissage de la partie coronaire des dents;
- application topique de fluorure;
- instructions d'hygiène buccale;
- programme de contrôle de la plaque dentaire;
- prévention de la carie;
- appareil de maintien (sauf pour orthodontie).

2. Les frais couverts pour les soins de base sont les suivants:

a) Traitement d'urgence et restauration

- pansement sédatif (palliatif);
- restauration en amalgame;
- tenons par restauration;
- restauration en silicate;
- restauration en acrylique ou composite;
- recimentation d'incrustation ou de couronne.

b) Endodontie

- coiffage de pulpe;
- pulpotomie;
- traitement de canal;
- apexification
- traitements périapicaux;
- amputation de racine;
- traitements endodontiques spéciaux;
- hémisection;
- blanchiment suite à un traitement endodontique;
- réimplantation intentionnelle comprenant exérèse, préparation et obturation canalaire et reposition;
- traitements d'urgence;
- stabilisateur endodontique intra-osseux.

c) Périodontie

- examen périodentaire de contrôle;
- pansement périodentaire sédatif;
- consultation et soins des infections aiguës et des autres lésions;
- application d'agent désensibilisant par dent;
- curetage subgingival;
- gingivoplastie;
- gingivectomie;
- correction par ostéoplastie/ostéectomie;
- greffe osseuse;
- greffe de pédicules;
- greffe de tissus mous;
- vestibuloplastie;
- résection de fibres gingivales;
- opération "Distal Wedge";
- traitements post-opératoires par visite;
- traitement d'un abcès périodentaire;
- jumelages provisoires;
- équilibration de l'occlusion (maximum de 8 visites par période de 12 mois);
- détartrage et aplanissement des racines;
- appareil ou plaque occlusale.

d) Ajustement d'une prothèse

- ajustements mineurs;
- remontage avec balancement;
- réparations;
- additions à un partiel;
- nettoyage et polissage d'une prothèse;
- rebasage, regarnissage;
- réparation de ponts.

e) Chirurgie buccale

- ablation de dent ayant fait éruption (sans complication);
- ablation chirurgicale;
- exposition chirurgicale d'une dent;
- énucléation d'une dent n'ayant pas fait éruption et de son follicule;
- alvéoplastie;
- gingivoplastie et/ou stomatoplastie;
- ostéoplastie;
- abaissement du plancher de la bouche;
- ablation de tumeurs et de kystes;
- incision et drainage;
- réduction de fracture;
- réparation d'une lacération de tissu mou;
- frénectomie;
- dislocation de la mandibule;
- traitement des glandes salivaires;
- recouvrement immédiat d'une racine dentaire ou d'un corps étranger ayant pénétré dans l'antrum, incluant la fermeture;
- recouvrement non immédiat d'une racine dentaire ou d'un corps étranger dans l'antrum, procédure indépendante par anthrostomie;
- lavage de l'antrum;
- fermeture d'une fistule oro-antrale;
- contrôle d'hémorragie;
- traitement post-chirurgical;
- alvéolectomie;
- tubéroplastie;
- ablation des tissus hyperplasiques;
- ablation de surplus de muqueuses;
- ablation de papillomatoses palatines;
- reconstitution du procès alvéolaire;
- extension des replis muqueux;
- anesthésie générale.

3. Les frais couverts pour les soins majeurs sont les suivants:

- prothèses initiales (prothèses fixes, prothèses amovibles temporaires ou permanentes, partielles ou complètes) rendues nécessaires suite à l'extraction de dents naturelles pendant que la personne assurée est assurée en vertu de la présente garantie ou en vertu d'une garantie similaire avec son administrateur précédent et qu'elle le prouve à la satisfaction de l'administrateur;

- remplacement d'une prothèse actuelle, fixe ou amovible, temporaire ou permanente, partielle ou complète, mais seulement s'il est prouvé à la satisfaction de l'administrateur que:
- le remplacement est nécessaire suite à l'extraction de dents naturelles pendant que la personne assurée est couverte en vertu de la présente garantie ou en vertu d'une garantie similaire avec son administrateur précédent;
- la prothèse amovible ou fixe a été installée au moins cinq ans avant son remplacement et que la prothèse amovible ou fixe actuelle ne peut pas être réparée;
- la prothèse actuelle est un dentier temporaire remplaçant une ou plusieurs dents naturelles extraites alors que la personne couverte était couverte en vertu de la présente garantie ou en vertu d'une garantie similaire avec son assureur précédent, que son remplacement par un pont ou un dentier permanent est nécessaire et qu'il a lieu dans un délai de six mois suivant la date d'installation de la prothèse temporaire.

a) Prothèse amovible complète

- comprend: impressions (primaire et finale), articulation, essayage, mise en bouche et trois visites de contrôle dans les trois mois suivant la mise en bouche;
- maxillaire supérieur;
- maxillaire inférieur;
- maxillaires supérieur et inférieur;
- prothèse immédiate, incluant trois visites de contrôle, dans les trois mois suivant l'insertion, les conditionneurs de tissus, mais non un regarnissage ou rebasage permanent;
- prothèse complète temporaire (la première prothèse de remplacement est considérée permanente);

b) Prothèse amovible partielle

- de transition (la première prothèse de remplacement est considérée permanente);
- avec base coulée, alliage chrome/cobalt;
- avec attaches de semi-précision.

c) Prothèse fixe

- couronnes;
- autres services de restauration.

d) Prothèse fixe extensive

- modèles de diagnostic;
- pontiques;
- incrustation avec ou sans recouvrement;
- couronne télescopique;
- attachement de précision;
- jumelage;
- tiges de rétention dans les piliers;
- couverture temporaire;

- piliers;
- pont papillon;
- évaluation de cas

4. Les frais couverts pour les soins orthodontiques sont les suivants:

Les frais raisonnables engagés pour des traitements orthodontiques donnés par un orthodontiste, y compris les prothèses orthodontiques, afin de corriger les irrégularités dentaires chez un enfant à charge assuré âgé de moins de dix-huit ans.

a) Diagnostic

- examen complet;
- films céphalométriques;
- interprétation de radiographies provenant d'une autre source;
- tomographie;
- main et poignet;
- modèles de diagnostic pour orthodontie;
- plan de traitement.

b) Appareils de maintien

- appareils de maintien;
- surveillance et ajustement.

c) Orthodontie correctrice et préventive

- appareils amovibles;
- appareils fixes;
- appareils de contrôle des habitudes;
- appareils de rétention;

EXONÉRATION DES PRIMES

Aussi longtemps que vous demeurez admissible à l'exonération des primes en vertu de votre garantie d'assurance-vie, vous êtes admissible à l'exonération du paiement des primes relatives à la présente garantie. Cette exonération des primes prend fin à la résiliation de la garantie ou du contrat.

PROLONGATION D'ASSURANCE

À votre décès, les soins dentaires des personnes à charge sont prolongés, sans paiement de prime, pour une période de quatre-vingt-dix jours pourvu que les traitements aient débuté avant votre décès.

À la résiliation de la protection, les soins dentaires sont prolongés, sans paiement de prime, pour une période de trente et un jours pourvu que les traitements aient débuté avant la date de résiliation.

EXCLUSIONS

La protection ne couvre pas:

- a) Tout traitement ou appareil, directement ou indirectement relié à la restauration complète de la bouche, dans le but de corriger la dimension verticale ou toute dysfonction du joint temporo-mandibulaire;
- b) Les soins donnés par un hygiéniste dentaire qui ne sont pas administrés sous la surveillance d'un dentiste;
- c) Les soins dentaires couverts en vertu de la garantie-maladie, si cette garantie fait partie du présent régime, ou en vertu de tout autre contrat d'assurance collective;
- d) Les services et fournitures relatifs au port d'un appareil dans l'exercice d'un sport;
- e) Tous les frais payables ou remboursables en vertu d'un régime d'assurance gouvernemental ou privé ou qui habituellement l'auraient été;
- f) Toute blessure que la personne assurée s'inflige volontairement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
- g) Toute blessure ou maladie qui résulte de la participation active à une agitation civile, une insurrection, une guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou une émeute;
- h) 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;
- i) 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 couverte.

GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS ET DE MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT

La Compagnie d'Assurances American Home
est l'assureur de cette garantie

CAPITAL ASSURE

Si, dans les trois cent soixante-cinq jours qui suivent un accident, vous subissez l'une ou l'autre des pertes accidentelles suivantes, vous avez droit au capital assuré indiqué au Tableau sommaire, sous réserve des conditions ci-après énoncées.

<u>Perte accidentelle</u>	<u>Pourcentage du capital assuré</u>
- La vie	100 %
- Les deux mains ou les deux pieds	100 %
- La vision des deux yeux	100 %
- Une main et un pied	100 %
- Une main et la vision d'un oeil	100 %
- Un pied et la vision d'un oeil	100 %
- Quadriplégie (Les quatre membres)	100 %
- Paraplégie (Les deux membres inférieurs)	100 %
- Hémiplégie (Les membres d'un même côté du corps)	100 %
- L'usage des deux bras ou des deux mains	100 %
- La parole et l'ouïe	100 %
- Un bras ou une jambe	100 %
- L'usage d'un bras ou d'une jambe	100 %
- Une main ou un pied	100 %
- La vision d'un oeil	100 %
- L'usage d'une main ou d'un pied	100 %
- La parole ou l'ouïe	100 %
- Le pouce et l'index de la même main	100 %
- Quatre doigts d'une main	50 %
- Tous les orteils d'un pied	25 %
- L'ouïe d'une oreille	25 %

L'indemnité payable pour toutes les pertes subies par une personne assurée, par suite d'un seul et même accident est limité au capital assuré.

PROTECTION SUPPLÉMENTAIRE

Si après avoir subi une perte assurée en vertu du présent régime, vous devez participer à un programme de formation pour occuper un poste particulier, les frais engagés à l'égard de cette formation seront remboursés jusqu'à concurrence de 10 000 \$.

Si, à la suite d'une blessure couverte par ce régime, il y a hospitalisation à plus de 150 kilomètres du lieu de résidence et que le médecin traitant recommande la présence d'un membre de la famille immédiate, les frais de transport de ce membre sont remboursés jusqu'à concurrence de 10 000 \$.

Lorsqu'à la suite de blessures indemnisées par ce régime, l'assuré décède à l'extérieur de 50 kilomètres de son lieu de résidence permanent dans les 365 jours suivant la date de l'accident, la Compagnie prend à sa charge les frais engagés pour ramener le corps de l'assuré au lieu de résidence de la personne décédée jusqu'à concurrence de 10 000 \$.

Les prestations aux employés assurés prévues en vertu de la présente garantie sont majorées de 10 % lorsque le sinistre subi par la personne assurée survient alors qu'elle se trouvait à bord d'une automobile privée, soit à titre de conducteur ou de passager, et qu'elle portait sa ceinture de sécurité. Le port effectif de la ceinture doit être attesté dans le rapport officiel de l'accident ou certifié par l'agent enquêteur.

Dans le cas de la cessation de travail d'un(e) employé(e), la transformation en un programme d'assurance accident individuel ou familial sera permise. Cette transformation permet à l'employé(e) d'acheter n'importe quel montant d'assurance accident, jusqu'au montant de la somme principale de l'employé(e), au moment de la cessation. Une telle demande de transformation devra être effectuée en dedans de 60 jours de la date de cessation. Les taux de la prime seront les taux individuels ou familiaux actuels de la compagnie d'assurance au moment de la transformation, basés sur l'âge et la profession.

INDEMNITÉ SUITE À UN ASSAUT CRIMINEL

Le montant du capital assuré payable sera de 10 % additionnel, si l'assuré devait souffrir d'une perte couverte, tel que décrit ci-joint, qui serait causée par un acte délibéré d'une autre personne. Le terme perte utilisé ici signifie crime, tentative de crime, méfait, émeute ou tentative d'émeute:

- a) qui serait dirigé sur le Groupe dans ses fonctions régulières, sa propriété, ses biens ou sur l'employé qui représenterait le Groupe;

- b) qui n'est pas une infraction au code de la route tel que défini dans les lois provinciales/État de véhicules motorisés; et;
- c) qui n'est pas le résultat d'un acte d'un compagnon de travail, d'un membre de la famille de l'assuré ou encore un occupant de la maison de l'assuré.

Les termes acte, crime, méfait, émeute, incluent mais ne se limitent pas à vol, bombardement, enlèvement, détournement, larcin, canarreur, assassinat, causer une émeute ou inciter à causer une émeute. Les codes légaux de la juridiction où la perte a lieu gouvernera.

EXCLUSIONS

La police ne garantit pas la perte, entraînant ou non la mort, qui provient ou résulte des causes suivantes:

- a) suicide ou tentative de suicide par la personne assurée lorsqu'elle est saine d'esprit ou la destruction volontaire ou une tentative à cette fin lorsqu'elle souffre d'aliénation mentale;
- b) blessures subies à la suite d'un voyage à titre de passager ou à tout autre titre dans un véhicule ou un appareil de navigation aérienne ne possédant aucun certificat de navigabilité ou à titre de pilote exploitant ou membre d'équipage de tout type d'appareil;
- c) guerre, déclarée ou non, ou tout acte de guerre;
- d) service dans l'armée de terre, de mer et de l'air de n'importe quel pays.

EXONÉRATION DES PRIMES

Aussi longtemps que vous êtes exonéré du paiement de vos primes en vertu de votre garantie d'assurance-vie, vous profitez également de l'exonération des primes relative à la présente garantie.

AVIS

À la Standard Life, nous avons pris l'engagement d'observer les normes d'intégrité les plus strictes dans la conduite de nos affaires. Dans l'exercice de nos activités, nous devons recueillir des renseignements à votre sujet. Nous obtiendrons votre consentement avant de recueillir, utiliser et divulguer de tels renseignements personnels, et ceux-ci seront recueillis, utilisés ou divulgués uniquement aux fins de vos assurances collectives.

Vos renseignements personnels seront protégés et leur consultation sera limitée aux employés de la Standard Life et aux employés des fournisseurs de services dûment autorisés qui en ont besoin pour déterminer votre admissibilité, administrer votre régime d'assurances collectives, étudier les demandes de règlement et faire toute enquête nécessaire. De plus, tout en s'efforçant de protéger l'ensemble de vos renseignements personnels, la Standard Life s'assurera que les renseignements médicaux détenus à votre sujet bénéficient du degré de protection le plus élevé qui soit.

Soyez assuré que non seulement nous respectons les lois et règlements applicables, mais que nous nous conformons aussi, lors du traitement de vos renseignements personnels, aux pratiques commerciales types ainsi qu'aux codes de déontologie généralement reconnus en matière de protection des renseignements personnels.

Comment pouvez-vous accéder à vos renseignements personnels et soumettre une plainte ?

Vous avez le droit d'être renseigné sur la nature et la provenance des renseignements personnels que possède la Standard Life à votre sujet. Les renseignements médicaux qui vous concernent vous seront communiqués seulement par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix.

Vous avez également le droit de demander que les renseignements personnels inexacts, incomplets ou périmés versés à votre dossier soient corrigés. S'il est prouvé, à notre satisfaction, que les renseignements contenus dans nos dossiers sont inexacts ou incomplets, nous y apporterons les modifications nécessaires.

Si vous n'êtes pas satisfait de la façon dont nous avons traité vos renseignements personnels, vous pouvez soumettre une plainte.

Toute demande de consultation ou de correction des renseignements consignés à nos dossiers ou toute plainte doit être soumise par écrit à l'adresse suivante :

Le directeur, relations avec la clientèle et ombudsman
Compagnie d'assurance Standard Life du Canada
1245, rue Sherbrooke Ouest, bureau 1000
Montréal (Québec)
H3G 1G3

Pour de plus amples renseignements au sujet des pratiques de la Standard Life en matière de protection des renseignements personnels, on peut consulter notre site Web public et le Salon VIP à l'intention des participants.

Dans le présent avis, les termes «vous», «votre» et «vos» font référence à vous-même et aux personnes à votre charge.