

Mon régime collectif



canada *vie*^{MC}



La FASTE du SCFP

Tous les participants de régime

Nous sommes heureux de vous servir. Veuillez noter que nous adhérons à des principes d'inclusion de tous les genres dans nos communications et que nous utilisons le genre masculin comme générique dans le seul but de faciliter la lecture.

RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉGIME

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

La Canada Vie en ligne

Visitez notre site Web au www.canadavie.com pour :

- des renseignements et des précisions sur le profil de la Compagnie, nos produits et services;
- de l'information aux investisseurs;
- les communiqués de presse;
- les personnes-ressources à joindre;
- la soumission de demandes de règlement en ligne.

GroupNet pour les participants de régime

À titre de participant au régime de la Canada Vie, vous pouvez vous inscrire à GroupNet^{MC} pour les participants de régime au www.optic.com/enrol. Pour accéder à ces services, cliquez sur « Mes demandes de règlement » et suivez les directives d'inscription. Assurez-vous d'avoir votre numéro de régime ainsi que votre numéro d'identification du RAEO à portée de la main avant d'accéder au site Web.

Avec GroupNet et GroupNet Mobile, vous pouvez :

- soumettre vos demandes de règlement rapidement;
- consulter votre protection et les soldes;
- trouver des praticiens de la santé près de vous, comme des chiropraticiens et des massothérapeutes;
- enregistrer vos cartes de garanties dans votre application ou programme de service de paiement;
- recevoir un avis lorsque vos réclamations sont traitées.

Numéro sans frais de la Canada Vie

Pour communiquer avec un représentant du service à la clientèle de la Canada Vie qui vous fournira de l'assistance relativement à votre protection de soins médicaux et de soins dentaires, veuillez composer le 1 866 800-8058.

Si vous parlez une autre langue que l'anglais ou le français, dites-le au représentant du Service à la clientèle au début de votre appel. Pour obtenir une aide immédiate, celui-ci communiquera avec une entreprise externe fournissant des services d'interprétation dans plus de 240 langues.

Les renseignements fournis dans le présent livret constituent un résumé des principales caractéristiques du régime collectif parrainé par la FASTE du SFCP. Cependant, les **polices collectives n^{os} 172510 et 172511** de même que le **texte officiel du régime n^o 50210** établis par la Canada Vie et les **polices n^{os} AB10515801 et OE10515801** établies pour la FASTE du SFCP par Chubb du Canada Compagnie d'Assurance-Vie demeurent les documents officiels. En cas de variantes entre le contenu des présentes et les dispositions des polices collectives et du texte officiel du régime, seules ces dernières feront foi.

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

**Les responsables de l'évaluation des demandes de
règlement sont**



et

Chubb du Canada Compagnie d'Assurance-Vie

Le régime est parrainé par

la FASTE du SCFP

et administré par

le Régime d'assurance des enseignantes et des enseignants de
l'Ontario (RAEO)

Le présent livret a été préparé le : 29 janvier 2020

Accès aux documents

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

Actions en justice

Garanties assurées

Toute action en justice ou procédure judiciaire intentée contre un assureur pour recouvrer les sommes payables en vertu du contrat est strictement interdite, à moins qu'elle ne soit intentée à l'intérieur du délai prescrit par l'*Insurance Act* (pour une action en justice ou une procédure judiciaire régie par les lois de l'Alberta et de la Colombie-Britannique), la *Loi sur les assurances* (pour une action en justice ou une procédure régie par la loi du Manitoba), la *Loi de 2002 sur la prescription des actions* (pour une action en justice ou une procédure judiciaire régie par les lois de l'Ontario) ou dans toute autre loi applicable. Pour les actions en justice ou procédures judiciaires régies par les lois du Québec, le délai de prescription est prévu dans le Code civil du Québec.

Garanties non assurées

Aucune action ne peut être intentée en justice pour obtenir le règlement de prestations non assurées aux termes du présent régime avant l'expiration d'un délai de 60 jours à partir de la date de production de la déclaration de sinistre, ni plus de deux ans après le rejet d'une demande de règlement.

Procédure d'appel

Garanties assurées

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

Garanties non assurées

Vous avez le droit d'appeler du refus de l'employeur d'accorder la totalité ou une partie de la protection ou des prestations décrites dans le présent régime dans les deux ans. Vous devez alors faire appel par écrit en précisant les raisons pour lesquelles vous jugez le refus injustifié.

Suspension des prestations en raison d'un paiement en trop

Garanties assurées

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

Garanties non assurées

Vous êtes tenu de rembourser la totalité des prestations que vous avez reçues en trop, et ce, dans les six mois ou dans un délai plus long convenu par la FASTE du SFCP. Si vous omettez de rembourser le trop-perçu dans le délai prévu, le versement des prestations sera interrompu jusqu'au remboursement de ce trop-perçu. Cette action ne limite aucunement le droit de la FASTE du SFCP à recouvrer par d'autres moyens légaux les sommes versées en trop.

Protection de vos renseignements personnels

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

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

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

La FASTE du SCFP a conclu une entente avec la Canada Vie aux termes de laquelle le répondant de votre régime, la FASTE du SCFP, a la responsabilité financière d'une partie ou de la totalité des prestations prévues par le régime, et la Canada Vie traite les demandes de règlement pour le compte de la FASTE du SCFP. Il se peut que nous échangeons des renseignements personnels avec vos fournisseurs de soins, le gestionnaire de votre régime (le Régime d'assurance des enseignantes et des enseignants de l'Ontario (RAEO)), toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs de régimes offerts par l'État ou d'autres régimes de garanties, d'autres organisations ou avec les fournisseurs de services qui travaillent avec nous ou avec l'un ou l'autre des intervenants précédemment énumérés, lorsque cela est pertinent et nécessaire pour gérer le régime.

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

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

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

Avis concernant la responsabilité de l'employeur

Aux termes d'une entente conclue entre votre employeur et La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie, la ou les garanties suivantes décrites dans le présent livret ne sont pas assurées : Soins médicaux (sauf l'Assistance médicale globale) et Soins dentaires. Votre employeur en est le seul responsable.

Ainsi, cette ou ces garanties :

- représentent une obligation financière non garantie et elles sont payées à partir du bénéfice net, des bénéfices non répartis ou d'autres ressources financières de votre employeur; et
- ne sont pas établies par un assureur titulaire d'un permis ni par un assureur réglementé.

Cela dit, la Canada Vie se charge du traitement de toutes les demandes de règlement.

Si les lois de la Colombie-Britannique s'appliquent, le présent avis libère votre employeur des exigences prévues par la Financial Institutions Act (Colombie-Britannique).

Là où les lois du Québec s'appliquent, les garanties non assurées ne font pas l'objet de la surveillance et du contrôle de l'Autorité des marchés financiers.

TABLE DES MATIÈRES

	Page
Sommaire des garanties	1
Prise d'effet et expiration de la protection	9
Personnes à charge couvertes	10
Désignation de bénéficiaire	10
Assurance-vie de base - salariés	11
Assurance-vie facultative	14
Garantie soins médicaux supplémentaires	16
Garantie soins dentaires	37
Coordination des prestations	47
Régime d'assurance de base, supplémentaire et facultative en cas de décès et mutilation par accident	48

Sommaire des garanties

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

Assurance-vie de base - Participants

Montant égal à deux fois la rémunération annuelle, jusqu'à concurrence de 400 000 \$.

Indemnité de subsistance

Voir description de la garantie

Assurance-vie supplémentaire - Participants

Un participant qui est devenu couvert aux termes du régime de la FASTE du SCFP le 1^{er} mars 2018 et qui détenait une protection d'assurance-vie de base supérieure à deux fois la rémunération annuelle pourra continuer de bénéficier du montant excédentaire d'assurance aux termes de l'assurance-vie supplémentaire.

Toutefois, le montant total d'assurance-vie de base et d'assurance-vie supplémentaire ne pourra pas dépasser un maximum combiné de 400 000 \$.

Assurance-vie facultative

Participant et conjoint

Supplément d'assurance offert au participant et à son conjoint en multiples de 10 000 \$, jusqu'à concurrence de 300 000 \$, sous réserve de l'approbation des justifications d'assurabilité.

Si vous êtes couvert aux termes du présent régime à la fois à titre de participant et de conjoint, vous ne pouvez bénéficier d'un montant supérieur au maximum de 600 000 \$.

Chaque enfant

Supplément d'assurance offert en multiples de 5 000 \$, jusqu'à concurrence de 25 000 \$.

**Assurance de base,
supplémentaire et facultative
en cas de décès
et mutilation par accident
(protection établie par
Chubb du Canada compagnie
d'assurance vie)**

Reportez-vous à la description de la garantie

Garantie Soins médicaux supplémentaires

Les frais couverts ne dépasseront pas les frais courants

Une année de protection s'étend du 1^{er} septembre au 31 août.
Par « mois continus », on entend les mois consécutifs qui suivent la date d'un achat.

Franchise	aucune
Règlement proportionnel	100 %
Maximums - Frais ordinaires	
Frais de séjour en cas d'hospitalisation	chambre à deux lits
Soins infirmiers à domicile	25 000 \$ par période de 36 mois continus
Frais de médicaments sur ordonnance engagés au Canada	compris
Médicaments utilisés dans le traitement d'une dysfonction sexuelle	300 \$ par année de protection
Médicaments contre l'infertilité	12 000 \$ pendant toute la durée de la protection ou selon toute disposition contraire prévue par la loi

Plafonds des frais d'exécution d'ordonnance	Les frais maximums couverts en remboursement de la partie des frais de tout médicament sur ordonnance représentant les frais d'exécution d'ordonnance sont fixés à 11 \$. Pour les médicaments d'entretien, nous couvrons six fois les frais d'exécution d'ordonnance par année de protection si la composition chimique, la forme et la concentration du médicament sont les mêmes.
Exception à l'égard des médicaments achetés en Saskatchewan	Pour les médicaments d'entretien achetés en Saskatchewan, nous couvrons 12 fois les frais d'exécution d'ordonnance par année de protection si la composition chimique, la forme et la concentration sont les mêmes.
Exception à l'égard des médicaments achetés au Québec	Le plafond relatif au nombre maximum d'exécutions d'ordonnance ne s'applique pas aux médicaments achetés au Québec.
Appareils auditifs	2 500 \$ par période de 24 mois continus
Pompes à perfusion d'insuline	2 000 \$ par pompe, une par période de 60 mois continus

Fournitures pour incontinents	1 000 \$ par période de 12 mois continus
Chaussures orthopédiques ajustées sur mesure	une paire par période de 12 mois continus, jusqu'à concurrence de 500 \$ la paire
Orthèses du pied faites sur mesure	une paire par période de 24 mois continus, jusqu'à concurrence de 700 \$
Bras myoélectriques	10 000 \$ par prothèse
Prothèses mammaires externes	une par période de 12 mois continus
Soutiens-gorge chirurgicaux	deux par période de 12 mois continus
Cigognes mécaniques ou hydrauliques	2 000 \$ par cigogne par période de 60 mois continus
Rampes d'accès extérieures	2 000 \$ pendant toute la durée de la protection
Appareils de contrôle de la glycémie	150 \$ par période de 12 mois continus
Appareils de surveillance du glucose en continu, y compris les capteurs et les transmetteurs, et appareils flash de surveillance du glucose	maximum combiné de 4 000 \$ par période de 12 mois continus
Neurostimulateurs percutanés	700 \$ pendant toute la durée de la protection
Pompes d'extrémités pour lymphoedème	1 500 \$ pendant toute la durée de la protection
Bas de contention sur mesure	deux paires par période de 12 mois continus
Perruques	1 000 \$ pendant toute la durée de la protection

Appareils de ventilation spontanée en pression positive continue (appareils CPAP) et fournitures connexes	2 500 \$ chaque année de prestations
Orthèse de scoliose	compris

Maximums - Soins paramédicaux

Soins donnés par un chiropraticien	750 \$ par année de protection
Soins donnés par un massothérapeute	500 \$ par année de protection
Soins donnés par un naturopathe	500 \$ par année de protection
Soins donnés par un ostéopathe	750 \$ par année de protection
Soins donnés par un physiothérapeute, un thérapeute du sport ou un ergothérapeute	maximum combiné de 1 750 \$ par année de protection
Soins donnés par un podiatre/podologue	maximum combiné de 500 \$ par année de protection
Soins donnés par un psychologue, un travailleur social, un thérapeute matrimonial et familial et un psychothérapeute	maximum combiné de 1 500 \$ par année de protection
Soins donnés par un orthophoniste ou un audiologiste	maximum combiné de 1 000 \$ par année de protection pour

Maximums - Soins oculaires

Examens de la vue	une fois par période de 24 mois continus
Lunettes, lentilles cornéennes ou chirurgie oculaire au laser	450 \$ par période de 24 mois continus
Maximum – Soins d’urgence reçus hors du pays	1 000 000 \$ par voyage
Montant maximum pendant toute la durée de la protection	illimité

Garantie Soins dentaires

Les frais couverts ne dépasseront pas les frais courants

Barème servant au règlement	Barème des honoraires pour soins dentaires de la province où les soins sont donnés, en vigueur à la date des soins
Franchise	aucune
Règlement proportionnel	
Soins ordinaires	100 %
Soins extraordinaires	70 %
Soins orthodontiques	50 %
Maximums	
Soins ordinaires	illimité
Soins extraordinaires	2 500 \$ par année de protection
Soins orthodontiques	3 000 \$ pendant toute la durée de la protection

PRISE D'EFFET ET EXPIRATION DE LA PROTECTION

Les salariés qui occupent un poste permanent dans un conseil scolaire de l'Ontario sont admissibles au régime le 1^{er} mars 2018.

Les nouveaux salariés sont admissibles au régime à la date à laquelle ils obtiennent un poste permanent, à titre de membre du SCFP, dans un conseil scolaire de l'Ontario.

- Vous et les personnes à votre charge êtes couverts d'office par le régime dès que vous y devenez admissibles.
- Les participants qui occupent un emploi temporaire ou occasionnel ne peuvent pas adhérer au régime sauf si les conventions collectives en vigueur à la date d'effet du régime (le 1^{er} mars 2018) prévoient une protection à leur égard.

Votre protection expire lorsque vous cessez d'être membre du SCFP, lorsque vous n'êtes plus admissible à la protection, lorsque vous cessez de verser la cotisation exigible, lorsque le régime collectif expire ou à la fin du mois au cours duquel vous prenez votre retraite, selon la première éventualité.

- La protection à l'égard de vos personnes à charge expire lorsque votre protection prend fin ou lorsque votre personne à charge n'y est plus admissible, selon la première éventualité.
- Votre protection peut faire l'objet d'une prolongation si elle aurait normalement pris fin du fait que vous n'êtes pas en activité de service en raison d'une maladie, d'une blessure, d'une mise à pied temporaire ou d'un congé autorisé. Communiquez avec votre gestionnaire de régime pour avoir des précisions.
- Dans certains cas, le versement des prestations peut se poursuivre après l'expiration de la protection ou lorsque vous êtes en congé. Communiquez avec votre gestionnaire de régime pour avoir des précisions.

Prestations de survie

Si vous décédez pendant que vous êtes couvert, les garanties Soins médicaux supplémentaires et Soins dentaires à l'égard de votre conjoint survivant et de vos personnes à charge seront maintenues en vigueur gratuitement pendant une période de 12 mois (aucune prime ne devra alors être versée). Par la suite, ces garanties pourront être maintenues en vigueur pendant 12 mois additionnels moyennant le paiement intégral des primes par votre conjoint survivant ou vos personnes à charge.

PERSONNES À CHARGE COUVERTES

Par « personne à charge » on entend les personnes ci-dessous.

- Votre conjoint (légitime ou de fait).
- Vos enfants célibataires âgés de moins de 21 ans, ou de moins de 26 ans s'ils sont étudiants.

Les enfants qui sont incapables de subvenir à leurs besoins pour cause de handicap physique ou mental sont couverts peu importe leur âge si l'incapacité s'est manifestée avant l'âge de 21 ans, ou avant l'âge de 26 ans s'ils étudiaient à temps plein, et si elle subsiste de façon continue depuis.

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Vous pouvez effectuer, modifier ou révoquer une désignation de bénéficiaire, dans la mesure permise par la loi. Toute désignation de bénéficiaire que vous avez effectuée aux termes de votre ancienne police, le cas échéant, antérieurement à la date d'effet de la présente police ne s'applique pas à la présente police. Vous devriez revoir votre désignation de bénéficiaire de temps à autre afin de vous assurer qu'elle reflète vos intentions actuelles. Vous pouvez modifier cette désignation en ouvrant une session dans le site des avantages sociaux du RAEO.

ASSURANCE-VIE DE BASE ET ASSURANCE-VIE SUPPLÉMENTAIRE - PARTICIPANTS

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

- Votre assurance-vie de base et votre assurance-vie supplémentaire, le cas échéant, ne se poursuivent jamais au-delà du dernier jour du mois au cours duquel vous prenez votre retraite.
- Si vous devenez invalide en cours de garantie, la Canada Vie pourrait, après la période d'attente, exonérer le paiement des primes exigibles en contrepartie de votre assurance-vie, et ce, durant la période d'indemnisation.

Si vous êtes couvert aux termes de la garantie Invalidité de longue durée du présent régime, la période d'attente à satisfaire aux termes de l'assurance-vie est la même qu'aux termes de la garantie Rente d'invalidité de longue durée.

La période d'indemnisation est définie comme la période consécutive à la période d'attente pendant laquelle votre état de santé répond à la définition de l'invalidité aux termes de la garantie Rente d'invalidité de longue durée. La période d'indemnisation ne se poursuit jamais au-delà de votre 65^e anniversaire.

Si vous n'êtes pas couvert aux termes de la garantie Invalidité de longue durée, si vous devenez invalide avant l'âge de 65 ans et si cette invalidité dure au moins six mois, votre assurance-vie peut, dans certains cas, rester en vigueur jusqu'à votre 65^e anniversaire, et ce, sans autre paiement de prime. Vous êtes considéré comme invalide si vous ne pouvez exercer quelque activité lucrative que ce soit par suite d'une blessure ou d'une maladie. La Canada Vie déterminera si vous avez droit à l'exonération des primes. Si vous croyez y avoir droit, obtenez les formules de demande appropriées de votre gestionnaire de régime. Vous devez demander l'exonération des primes dans les 12 mois suivant la date de votre admissibilité.

- Votre garantie d'assurance-vie peut expirer si vous êtes âgé de 65 ans ou plus et que vous n'êtes pas en activité de service. Par contre, si vous n'êtes pas en activité de service en raison d'une maladie ou d'une blessure, votre garantie d'assurance-vie peut être prolongée si la prime continue d'être versée après la date à laquelle vous cessez d'être en activité de service.
- Si une partie ou la totalité de votre assurance prend fin à votre 65^e anniversaire ou avant, vous pouvez, dans certains cas, souscrire une police individuelle conformément au droit de transformation, et ce, sans justification d'assurabilité. Vous devez présenter votre demande en ce sens et acquitter la première prime exigible dans les 45 jours qui suivent l'expiration de votre assurance collective. Communiquez avec votre gestionnaire du régime pour obtenir tous les détails à ce sujet.

Indemnité de subsistance

La Canada Vie peut, à son gré, verser une partie du montant de votre assurance avant votre décès. Vous pouvez être admissible à une indemnité de subsistance :

- si la maladie dont vous souffrez est dans sa phase terminale et que vous n'êtes pas prévu vivre plus de 24 mois;
- si votre médecin traitant fournit une preuve médicale suffisante incluant le diagnostic et le pronostic permettant une évaluation complète de votre espérance de vie;
- si le titulaire de la police collective autorise la demande de cette indemnité; et
- si vous n'avez pas désigné un bénéficiaire irrévocable.

Le montant payable est égal à 50 % du montant d'assurance ou à 50 000 \$, selon le montant le moins élevé. Vous devrez signer une quittance valable pour le montant payé antérieurement à votre décès. À votre décès, le montant du capital-décès payable sera diminué du montant de l'indemnité de subsistance et des intérêts accumulés jusqu'à la date de votre décès. L'intérêt est calculé selon le taux d'un an en cours de la Canada Vie.

ASSURANCE-VIE FACULTATIVE

L'assurance-vie facultative vous permet de souscrire un supplément d'assurance pour vous et vos personnes à charge. Consultez le **Sommaire des garanties** pour connaître le montant que vous pouvez obtenir.

L'admissibilité à l'assurance-vie facultative pour vous et votre conjoint est assujettie à la remise d'une justification d'assurabilité et à l'approbation de la Canada Vie. Si la demande d'adhésion contient des réponses ou des renseignements qui sont faux ou omet de divulguer tout fait important pour l'établissement de la protection, la Canada Vie peut annuler l'assurance facultative.

À votre décès, la Canada Vie versera votre prestation d'assurance-vie à votre bénéficiaire désigné. Si vous n'avez désigné aucun bénéficiaire ou si le bénéficiaire désigné n'est pas vivant au moment de votre décès, le paiement sera fait à votre succession. Votre gestionnaire de régime se chargera d'expliquer les modalités de règlement. Si l'une de vos personnes à charge décède, vous recevrez le montant pour lequel elle était assurée.

- Si vous avez droit à l'exonération des primes exigées en contrepartie de votre assurance-vie de base, votre assurance-vie facultative et celle de vos personnes à charge, le cas échéant, se poursuivront sans autre paiement de prime, et ce, tant que votre assurance-vie de base restera en vigueur, mais jamais passé la date à laquelle votre assurance facultative prendrait normalement fin aux termes des présentes.
- Si vous résidez au Québec et que votre assurance-vie facultative, celle de votre conjoint ou celle de votre enfant prend fin, vous, votre conjoint ou votre enfant pouvez avoir droit à une police individuelle conformément au droit de transformation, et ce, sans justification d'assurabilité.

Si vous résidez ailleurs au Canada et que votre assurance-vie facultative ou celle de votre conjoint prend fin, vous ou votre conjoint pouvez avoir droit à une police individuelle conformément au droit de transformation, et ce, sans justification d'assurabilité.

Vous devez présenter votre demande en ce sens et acquitter la première prime exigible dans les 45 jours qui suivent l'expiration de l'assurance collective. Pour ce qui concerne l'assurance de votre conjoint ou de votre enfant, vous ou votre conjoint pouvez présenter la demande. Communiquez avec votre gestionnaire de régime pour obtenir tous les détails à ce sujet.

- Votre assurance-vie facultative et celle de vos enfants ne se poursuivent jamais au-delà du dernier jour précédant votre départ à la retraite. L'assurance-vie facultative de votre conjoint prend fin en même temps que la vôtre ou la veille de son 65^e anniversaire de naissance, ou encore lorsqu'il cesse d'être votre conjoint, selon la première éventualité.

Restriction en cas de suicide

Aucune prestation n'est payable en cas de suicide dans les deux ans qui suivent la prise d'effet de l'assurance-vie facultative ou une augmentation de cette assurance. En pareil cas, la Canada Vie rembourse toutes les primes qui lui ont été versées. Cette restriction ne s'applique pas à l'assurance sur la tête d'un enfant à charge.

GARANTIE SOINS MÉDICAUX SUPPLÉMENTAIRES

Tous les frais sont remboursés selon les règlements proportionnels indiqués au **Sommaire des garanties**. L'indemnisation aux termes du régime peut être assujettie à certains plafonds et à certaines restrictions quant à la fréquence. Consultez le **Sommaire des garanties** à ce sujet.

Le régime couvre les frais courants engagés pour les soins, fournitures et services ci-dessous. La protection à l'égard des orthèses pour scoliose et des appareils de ventilation spontanée en pression positive continue (CPAP) et des fournitures connexes n'est toutefois pas limitée aux frais courants. Pour être couverts, les soins, services et fournitures doivent constituer un traitement raisonnable. Un traitement est considéré comme raisonnable s'il est accepté par la profession médicale canadienne, s'il est reconnu comme efficace, et si sa nature, son intensité, sa fréquence et sa durée sont essentielles au diagnostic ou au contrôle d'une maladie ou d'une blessure données.

Votre garantie Soins médicaux supplémentaires ne se poursuit jamais au-delà du dernier jour du mois au cours duquel vous prenez votre retraite, sauf disposition contraire prévue par la loi.

Frais couverts

- Service d'ambulance jusqu'au centre le plus proche en mesure de fournir les soins requis.
- Séjour dans un hôpital ou une maison de soins infirmiers ou soins infirmiers à domicile, à condition que les soins reçus soient des soins de courte durée, des soins de convalescence ou des soins palliatifs.

On entend par « soins de courte durée » les soins actifs qui s'imposent en vue de diagnostiquer ou de contrôler une affection qui risquerait autrement de s'aggraver.

On entend par « soins de convalescence » tous les soins actifs ou les traitements de réadaptation qui permettent une amélioration sensible de l'état du malade et qui suivent une période d'hospitalisation de trois jours au cours de laquelle le malade a reçu des soins de courte durée.

On entend par « soins palliatifs » tout traitement visant à soulager la douleur lorsque la maladie en est à la phase terminale.

- Frais de séjour dans un hôpital qui dépassent le coût en salle commune et frais de séjour une maison de soins infirmiers, lorsque l'établissement est situé au Canada.

Dans le cas d'un séjour à l'hôpital, le régime couvre la différence entre les frais en chambre à deux lits et les frais en salle commune. Dans le cas d'un séjour à l'hôpital à l'extérieur de la province, le régime couvre la différence entre les frais de séjour en salle commune et l'indemnité prévue aux termes du régime gouvernemental en vigueur dans la province de résidence du malade.

Le régime couvre également les frais de services hospitaliers relatifs à une chirurgie dentaire ainsi que tous les autres frais de soins et de fournitures reçus au service des consultations externes d'un hôpital situé hors de la province du malade et qui ne sont pas couverts par le régime d'assurance-maladie en vigueur dans sa province de résidence.

Dans le cas d'un séjour en maison de soins infirmiers, le remboursement est limité à la partie des frais autorisée par l'État.

Restriction

Les frais de séjour dans une résidence destinée principalement aux personnes âgées ou qui dispense des soins personnels plutôt que des soins médicaux ne sont pas couverts.

- Le régime couvre les soins infirmiers donnés à domicile, au Canada, par un infirmier autorisé ou un infirmier auxiliaire autorisé, y compris les soins prolongés.

Par « soins infirmiers », on entend des soins qui nécessitent les compétences et la formation d'un infirmier professionnel et qui sont fournis par un infirmier professionnel qui n'est pas membre de la famille du malade.

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

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

Le régime couvre également les frais de vaccins et anatoxines donnés à des fins préventives pour conférer une immunisation.

À moins qu'une preuve médicale indiquant la raison pour laquelle un médicament ne doit pas être remplacé lui soit présentée, la Canada Vie peut limiter les frais couverts au coût du médicament de remplacement le moins cher.

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

- Location ou, au choix de l'employeur, achat de certaines fournitures et de certains appareils et prothèses prescrits par un médecin.
- Orthèses du pied sur mesure, chaussures orthopédiques ajustées sur mesure et chaussures Portofino, y compris les sandales et les modifications apportées à des chaussures orthopédiques, lorsqu'elles sont prescrites par un médecin.
- Appareils auditifs, y compris les piles, les raccords et les embouts auriculaires obtenus à l'achat, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin.
- Fournitures nécessaires aux diabétiques prescrites par un médecin : stylos d'injection Novolin-Pen et autres dispositifs d'injection d'insuline à aiguille, dispositifs de prélèvement de sang, y compris les plaques mais non les lancettes. Les lancettes sont couvertes aux termes de la garantie Médicaments sur ordonnance.
- Appareils de contrôle de la glycémie, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin.
- Appareils flash de surveillance du glucose, y compris les capteurs, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin.

- Appareils de surveillance du glucose en continu, y compris les récepteurs, les capteurs et les transmetteurs, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin.
- Pompes à perfusion d'insuline externe prescrites par un médecin.
- Procédures de laboratoire et d'imagerie utilisées dans la province de résidence du patient pour établir un diagnostic, lorsqu'elles ne sont pas couvertes par le régime provincial du patient. Il est entendu que les frais associés à une telle procédure ne sont pas couverts si le patient peut choisir de les payer, en totalité ou en partie, plutôt que d'en demander le remboursement aux termes de son régime provincial.
- Traitement de blessures aux dents naturelles et saines.

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

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

- Dommages causés accidentellement aux prothèses amovibles.
- Traitement dentaire effectué plus de 12 mois après l'accident.
- Diagnostics et soins orthodontiques.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un chiropraticien autorisé (y compris les radiodiagnostics) pour traiter des troubles musculaires ou osseux.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un massothérapeute autorisé.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un naturopathe autorisé.

- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un ostéopathe autorisé (y compris les radiodiagnosics).
- Soins hors du milieu hospitalier pour corriger les troubles de motricité et donnés par un physiothérapeute autorisé, par un thérapeute du sport autorisé ou par un ergothérapeute autorisé.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un podiatre autorisé (y compris les radiodiagnosics) pour traiter les affections du pied ou soins donnés hors du milieu hospitalier par un podologue autorisé.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un psychologue autorisé ou un travailleur social dûment qualifié, y compris un thérapeute familial et matrimonial autorisé et un psychothérapeute autorisé.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un orthophoniste autorisé pour corriger les défauts d'élocution, et soins donnés hors du milieu hospitalier par un audiologiste autorisé.

Soins oculaires

- Examens de la vue, y compris la réfraction de l'oeil, lorsqu'ils sont effectués par un ophtalmologiste ou un optométriste autorisé et ne sont pas couverts par le régime de votre province.
- Lunettes et lentilles cornéennes nécessaires à la correction de la vision lorsqu'elles sont fournies par un ophtalmologiste, un optométriste ou un opticien autorisé.
- Chirurgie oculaire au laser nécessaire pour corriger la vision, lorsqu'elle est pratiquée par un ophtalmologiste autorisé.

Programme d'Assistance médicale globale

Le programme AMG vous garantit une aide lors d'une urgence médicale grâce à un réseau mondial de communications accessible 24 heures sur 24. Si vous ou une personne à votre charge êtes en vacances, ou encore en voyage d'affaires ou d'études et que vous devez obtenir des soins médicaux de toute urgence, le personnel affecté au programme vous indiquera l'adresse du médecin ou de l'établissement les plus proches en mesure d'offrir les soins voulus et obtiendra l'approbation nécessaire de la Canada Vie. Si vous voyagez au Canada, le programme couvre uniquement les frais engagés pour une urgence survenant à plus de 500 kilomètres de votre domicile. Vous devez être couvert par le régime d'assurance-maladie du gouvernement de votre province de résidence pour être admissible aux garanties de l'Assistance médicale globale. Les soins et services ci-dessous sont couverts, sous réserve de l'approbation préalable de la Canada Vie.

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

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

- Si vous ou une personne à votre charge voyagez seuls et que vous êtes hospitalisés pendant plus de sept jours, frais de transport et d'hébergement d'un membre de la famille pour qu'il puisse rejoindre le malade. Le programme couvre les frais d'hébergement de cette personne dans un hôtel de confort moyen, jusqu'à concurrence de 1 500 \$, et les frais de transport aller-retour en classe économique.

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

Restriction

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

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

Restriction

Les frais de repas ne sont pas couverts.

Soins d'urgence hors du pays

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

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

- Le régime couvre les soins, services et fournitures suivants reliés à un traitement médical de base.
 - Soins donnés par un médecin.
 - Radiodiagnostic et analyses de laboratoire.
 - Séjour à l'hôpital en salle commune, en chambre à deux lits ou à l'unité de soins intensifs, lorsque le séjour commence pendant que vous êtes couvert.
 - Fournitures médicales obtenues au cours d'une hospitalisation couverte.
 - Soins paramédicaux reçus au cours d'une hospitalisation couverte.
 - Soins et fournitures reçus au service des consultations externes d'un hôpital.
 - Fournitures médicales obtenues hors du milieu hospitalier qui seraient couvertes au Canada.
 - Médicaments.
 - Soins d'infirmier professionnel donnés hors du milieu hospitalier.
 - Transport par un service d'ambulance autorisé au centre de traitement le plus proche en mesure de donner les soins voulus.
 - Traitement d'une blessure accidentelle aux dents qui serait couvert au Canada.

Si votre état vous permet de revenir au Canada, le remboursement se limite au moindre d'entre les frais qui seraient payables aux termes du présent régime si les soins continuaient d'être reçus à l'étranger et les frais qui seraient payables aux termes du présent régime pour des soins comparables au Canada, plus le coût du retour au pays. Aucune prestation n'est payable pour les frais encourus plus de 60 jours après la date de départ du Canada. Si vous ou une personne à votre charge êtes hospitalisés à la fin de la période de 60 jours, les prestations seront versées jusqu'à la fin de l'hospitalisation.

Autres soins, services ou fournitures

Selon les modalités que le gestionnaire de régime détermine, les frais de soins, services ou fournitures qui ne sont pas couverts aux termes du présent régime pourraient être couverts, à condition qu'ils représentent un traitement raisonnable.

Frais non couverts

Une demande de règlement visant des soins, des services ou des fournitures obtenus auprès d'un fournisseur qui n'est pas approuvé par le gestionnaire de régime pourrait être refusée.

Les frais couverts pour des soins, un service ou une fourniture peuvent être limités au coût de soins, d'un service ou d'une fourniture moins chers qui constituent un traitement raisonnable.

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

- Frais dont la loi interdit tout remboursement de la part d'un régime privé d'avantages sociaux.
- Soins, services ou fournitures pour lesquels il y a des frais seulement parce que vous bénéficiez d'une protection.

- Partie des frais pour des soins, services ou fournitures qui est remboursable en vertu du régime d'assurance-maladie gouvernemental en vigueur dans votre province de résidence, que vous soyez ou non couvert en vertu du régime d'assurance-maladie gouvernemental.
- Partie des soins, services ou fournitures que vous avez le droit de recevoir ou qui vous donne droit à une prestation ou à un remboursement aux termes de la loi ou d'un régime régi, financé ou administré en tout ou en partie par l'État (« régime d'État »), sans égard à la protection offerte aux termes du présent régime.

Aux fins de la présente restriction, le terme « régime d'État » ne s'entend pas d'un régime collectif à l'intention de fonctionnaires.

- Soins, services ou fournitures qui ne constituent pas un traitement raisonnable.
- Soins, services ou fournitures reliés :
 - à un traitement donné uniquement à des fins d'esthétique
 - aux divertissements et aux activités sportives, mais non à l'exercice des activités quotidiennes ordinaires
 - au diagnostic ou au traitement de l'infertilité (exception faite des médicaments)
 - à la contraception, à l'exception des médicaments contraceptifs et des produits contenant un médicament contraceptif.
- Soins, services ou fournitures reliés à des soins, services ou fournitures déjà couverts, sauf s'ils figurent expressément dans la liste des soins, services et fournitures couverts ou s'ils sont désignés par le gestionnaire de régime comme étant des soins, services et fournitures couverts.

- Fournitures médicales de rechange ou de remplacement.
- Soins, services ou fournitures obtenus à l'extérieur de la province mais au Canada, sauf si vous êtes couvert par le régime d'assurance-maladie gouvernemental en vigueur dans votre province de résidence et si des prestations auraient été versées en vertu du présent régime pour des soins, services et fournitures comparables obtenus dans votre province de résidence.

Cette restriction ne s'applique pas aux frais couverts par l'Assistance médicale globale.

- Frais engagés par suite de la guerre, d'une insurrection ou de la participation volontaire à une émeute.
- Soins prolongés, sauf tel qu'il est prévu dans la clause relative aux soins infirmiers à domicile.
- Soins donnés par un podiatre dont une partie des frais est remboursée par l'Assurance-santé de l'Ontario. Des prestations pour ces soins sont payables uniquement quand le plafond annuel fixé par l'Assurance-santé de l'Ontario est atteint.
- Soins et fournitures oculaires demandés par l'employeur comme condition d'embauche.
- Frais pour des soins, un service ou une fourniture que le gestionnaire de régime a déterminés comme étant non proportionnels à la maladie ou à la blessure ou, s'il y a lieu, au stade ou à l'évolution de la maladie ou de la blessure. Pour déterminer si des soins, un service ou une fourniture sont proportionnels, le gestionnaire de régime peut tenir compte de différents facteurs, y compris, mais sans s'y limiter, les suivants :
 - lignes directrices de la pratique clinique;
 - évaluations de l'efficacité clinique des soins, du service ou de la fourniture, notamment par des organismes consultatifs professionnels ou des agences gouvernementales;

- renseignements fournis par le fabricant ou le fournisseur des soins, du service ou de la fourniture; et
- évaluations de l'efficacité des soins, du service ou de la fourniture, notamment par des organismes consultatifs professionnels ou des agences gouvernementales.

En outre, aucune prestation n'est payable aux termes de la garantie Médicaments sur ordonnance en remboursement des frais ci-dessous, sauf disposition contraire prévue par la loi.

- Médicaments ou fournitures qui figurent sur la liste des exclusions de la Canada Vie. La Canada Vie se réserve le droit de refuser tous les frais relatifs à un médicament ou à une fourniture, ou uniquement les frais associés au traitement, à certains stades ou à l'évolution de certaines maladies ou blessures. La Canada Vie peut ajouter un médicament ou une fourniture à la liste des exclusions ou l'en retirer en tout temps.

Il est entendu que la Canada Vie peut ajouter un médicament ou une fourniture à la liste des exclusions pour toute raison, y compris, mais sans s'y limiter, les suivantes :

- la Canada Vie a déterminé que de l'information supplémentaire de la part d'organismes consultatifs professionnels, d'agences gouvernementales ou du fabricant du médicament ou de la fourniture est requise pour évaluer le médicament ou la fourniture; ou
 - la Canada Vie a déterminé que le médicament ou la fourniture n'est pas proportionnel à la maladie ou à la blessure ou, s'il y a lieu, au stade ou à l'évolution de la maladie ou de la blessure.
- Atomiseurs, appareils, prothèses, fournitures nécessaires par suite d'une colostomie, fournitures nécessaires à l'analyse, au diagnostic ou à l'administration des premiers soins.
 - Dispositifs d'injection d'insuline non jetables ou dispositifs à ressort utilisés dans le prélèvement du sang.

- Dispositifs nécessaires à l'administration de médicaments devant être inhalés.
- Vitamines s'administrant par voie orale, minéraux, suppléments diététiques, préparations homéopathiques, lactés pour bébés et solutions injectables servant à l'alimentation parentérale totale.
- Diaphragmes, condoms, gelées, mousses, éponges, suppositoires, implants et autres produits ou articles servant habituellement à des fins contraceptives.
- Produits anti-tabagiques.
- Médicaments n'ayant pas de code d'identification numérique, tel qu'il est stipulé dans la Loi sur les aliments et drogues (Canada).
- Tout achat de médicaments ne pouvant être normalement utilisé au cours d'une période de 34 jours, exception faite de certains médicaments nécessaires au maintien de la vie qui peuvent être achetés pour une période de 100 jours.
- Médicaments administrés à l'hôpital dans le cadre d'un traitement en salle d'urgence ou à titre de malade hospitalisé.
- Extraits allergisants non injectables.
- Médicaments qui sont considérés comme des produits cosmétiques, tels que les solutions topiques de minoxidil et les écrans solaires, qu'ils soient ou non prescrits à des fins médicales.

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

Il n'est possible d'opter pour la protection du présent régime qu'une seule fois. Ce choix doit être fait et signalé à la FASTE du SCFP avant l'expiration d'une période de 60 jours suivant :

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

Lorsqu'un salarié a choisi d'être couvert aux termes du présent régime, il est réputé ne pas être admissible à la protection de l'assurance-médicaments de base de la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

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

Programme d'autorisation préalable

Afin de déterminer si certains soins, services ou fournitures sont couverts, la Canada Vie conserve une liste limitée de soins, services et fournitures qui nécessitent une autorisation préalable.

Pour obtenir la liste de ces soins, fournitures et services, y compris une liste des médicaments pour lesquels une autorisation préalable est requise, allez au www.canadavie.com.

L'autorisation préalable permet de vérifier si des soins, des fournitures ou des services constituent un traitement raisonnable.

Si l'utilisation de soins, de fournitures ou de services moins chers représente un traitement raisonnable, on pourrait, avant d'accepter de couvrir les soins, les fournitures ou les services prescrits, exiger de vous ou de vos personnes à charge que vous fournissiez à la Canada Vie une preuve clinique justifiant le fait que les soins, les fournitures ou les services moins chers ne peuvent pas remplacer les soins, les fournitures ou les services prescrits.

Gestion des dossiers médicaux

La Canada Vie pourrait vous contacter afin de participer au programme de gestion des dossiers médicaux. La gestion des dossiers médicaux est un programme recommandé ou approuvé par la Canada Vie qui peut notamment inclure ce qui suit :

- un entretien avec vous ou votre personne à charge et le médecin traitant afin de comprendre le plan de traitement recommandé par ce dernier;
- en collaboration avec le médecin traitant, la comparaison entre le plan de traitement recommandé et les autres possibilités qui pourraient constituer un traitement raisonnable, le cas échéant;
- le signalement d'occasions d'information et de soutien au médecin traitant; et
- la surveillance quant à votre adhésion ou celle de votre personne à charge au plan de traitement recommandé par le médecin traitant.

Lors du processus de détermination relatif à la mise en place de la gestion des dossiers médicaux, la Canada Vie pourrait tenir compte de facteurs tels que les soins, le service ou la fourniture, l'état de santé et l'existence de protocoles généralement reconnus servant à mesurer de façon objective l'efficacité du plan de traitement recommandé par le médecin traitant.

Restrictions relatives à la gestion des dossiers médicaux

Selon les modalités et conditions que la Canada Vie juge appropriées, le remboursement des soins, du service ou de la fourniture pourrait être limité dans l'une des situations suivantes :

- vous ou votre personne à charge refusez de participer à un programme de gestion des dossiers médicaux mis en place par la Canada Vie ou n'y participez pas de bonne foi; ou
- vous ou votre personne à charge ne vous êtes pas conformés au plan de traitement recommandé par le médecin traitant relativement à l'usage des soins, du service ou de la fourniture.

Restrictions relatives aux fournisseurs désignés

Pour les soins, services ou fournitures qui requièrent une autorisation préalable ou à l'égard desquels la Canada Vie a recommandé ou approuvé la gestion des dossiers médicaux, la Canada Vie peut exiger que les soins, services ou fournitures en question soient obtenus auprès d'un fournisseur désigné par la Canada Vie ou administrés par celui-ci, et

- limiter les frais couverts à l'égard de soins, de services ou de fournitures n'ayant pas été obtenus auprès d'un fournisseur désigné par la Canada Vie ou administrés par celui-ci au montant qu'il en aurait coûté s'ils avaient été obtenus auprès du fournisseur désigné par la Canada Vie ou administrés par celui-ci; ou
- refuser une demande de règlement visant des soins, des services ou des fournitures qui n'ont pas été obtenus auprès d'un fournisseur désigné par la Canada Vie ou qui n'ont pas été administrés par celui-ci.

Programme d'aide aux patients

Un programme d'aide aux patients pourrait vous offrir, à vous ou à vos personnes à charge, un soutien financier, éducatif ou autre à l'égard de certains soins, services et fournitures.

Si vous ou vos personnes à charge êtes admissibles à un programme d'aide aux patients, la Canada Vie peut exiger de vous ou de vos personnes à charge que vous vous inscriviez et participiez à un tel programme. Lorsque le programme d'aide auquel la Canada Vie exige que vous ou vos personnes à charge participiez offre un soutien d'ordre financier, la Canada Vie peut également réduire du montant des frais couverts jusqu'à concurrence du montant d'assistance financière auquel vous ou vos personnes à charge êtes admissibles pour des soins, un service ou une fourniture.

Comment faire une demande de règlement

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

Accédez à GroupNet pour les participants de régime pour obtenir une formule de demande de règlement personnalisée ou demandez la formule M5432 (f) (Demande de règlement – Frais médicaux à l'étranger) à votre gestionnaire de régime. Vous devez également obtenir la formule de cession des prestations de l'État alors que les résidents de la Colombie-Britannique, du Québec et de Terre-Neuve-et-Labrador doivent aussi obtenir la demande de règlement spéciale de l'État. Le Service des demandes de règlement – Frais engagés à l'étranger de la Canada Vie vous enverra, à votre attention, la formule de l'État appropriée au moment voulu.

Vous devez remplir les formules appropriées en prenant soin de donner tous les renseignements demandés. Annexe tous les reçus originaux à ces formules et envoyez le tout au Service des demandes de règlement – Frais engagés à l'étranger de la Canada Vie. Assurez-vous de conserver une copie pour vos dossiers. Aux termes du régime, vous serez remboursé de tous les frais admissibles, y compris de la partie couverte par votre régime provincial ou territorial d'assurance-maladie. La régie de l'assurance-maladie de votre province ou de votre territoire remboursera ensuite directement au régime la partie des frais couverte par celle-ci.

Les demandes de règlement pour frais médicaux engagés à l'étranger doivent être présentées dans un laps de temps précis qui varie par province ou par territoire. Pour connaître le délai qui s'applique dans la province ou le territoire où vous habitez à l'égard de la présentation des demandes de règlement ou si vous avez besoin d'aide pour remplir les formules, veuillez communiquer avec notre Service des demandes de règlement – Frais engagés à l'étranger au 1 866 800-8058.

- Les demandes de règlement, visant des **frais engagés au Canada relativement aux soins paramédicaux et aux soins oculaires**, peuvent être présentées en ligne. Afin d'utiliser ce service électronique, vous devrez être inscrit à GroupNet pour les participants de régime de même qu'au dépôt direct des règlements et au Détail du règlement en ligne. Pour la présentation en ligne des demandes de règlement, votre Détail du règlement sera uniquement offert en ligne.

Les demandes de règlement en ligne doivent être présentées à la Canada Vie dans les meilleurs délais, mais jamais plus de 6 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

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

- En ce qui concerne les demandes de règlement pour les **autres frais médicaux**, accédez à GroupNet pour les participants de régime pour obtenir une formule de demande de règlement personnalisée ou demandez la formule M635D (f) à votre gestionnaire de régime. Remplissez-la en prenant soin de donner tous les renseignements demandés.

Annexez vos reçus à la formule d'indemnisation et envoyez le tout au Service des indemnités de la Canada Vie dans les meilleurs délais, mais jamais plus de 15 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés, et jamais plus de 180 jours après la date d'expiration de votre protection.

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

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

À l'expiration de votre protection, vous devez retourner au gestionnaire du régime la carte d'identité permettant le remboursement direct de vos frais de médicaments sur ordonnance.

GARANTIE SOINS DENTAIRES

Tous les frais sont remboursés selon les règlements proportionnels indiqués au **Sommaire des garanties**. L'indemnisation aux termes du régime peut être assujettie à certains plafonds et à certaines restrictions quant à la fréquence. Consultez le **Sommaire des garanties** à ce sujet.

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

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

Votre garantie Soins dentaires ne se poursuit jamais au-delà du dernier jour du mois au cours duquel vous prenez votre retraite.

Plan de traitement

- Avant le début de tout traitement dentaire coûteux ou encore de tout traitement orthodontique, faites établir un plan de traitement par votre fournisseur de soins dentaires, puis présentez-le au gestionnaire du régime. Ce dernier calculera les prestations payables pour que vous puissiez connaître à l'avance la part des frais que vous aurez à payer.

Soins ordinaires

Les frais engagés dans les cas suivants sont couverts.

- Services diagnostiques, dont ceux énumérés ci-dessous.
 - Un examen buccal complet, une fois par période de 24 mois continus.
 - Examens buccaux partiels, une fois par période de neuf mois continus (une fois par période de six mois continus à l'égard des enfants à charge âgés de moins de 19 ans). Toutefois, un seul examen buccal partiel est couvert si un examen buccal complet est effectué dans la même période de 12 mois.
 - Examens parodontaux partiels, une fois par période de neuf mois continus (une fois par période de six mois continus à l'égard des enfants à charge âgés de moins de 19 ans).
 - Une série complète de radiographies tous les 24 mois consécutifs.
 - Un maximum de 15 pellicules de radiographies intra-buccales tous les 24 mois consécutifs. De telles radiographies ne sont pas couvertes lorsqu'elles sont effectuées pendant la même période de 12 mois qu'une série complète de radiographies.
- Soins préventifs, dont ceux énumérés ci-dessous.
 - Polissage des dents et application topique de fluorure, une fois par période de neuf mois continus (une fois par période de six mois continus à l'égard des enfants à charge âgés de moins de 19 ans).
 - Détartrage des dents, jusqu'à concurrence d'un maximum de 12 unités de temps par période de 12 mois continus lorsque ces soins sont combinés avec le polissage parodontal des racines.

« Unité de temps » désigne toute période de temps d'au plus 15 minutes.

- Conseils d'hygiène bucco-dentaire, une fois pendant toute la durée de la protection.
- Scellants de puits et fissures sur les prémolaires et les molaires permanentes, tous les 60 mois continus.
- Mainteneurs d'espace et appareils servant à corriger les mauvaises habitudes.
- Finition d'obturations.
- Meulage interproximal des dents.
- Retouches aux contours des dents.
- Soins de restauration ordinaires, dont ceux énumérés ci-dessous.
 - Traitement des caries et blessures et soulagement de la douleur.
 - Obturations au moyen d'amalgame ou de matériaux esthétiques. Le remplacement d'une obturation existante est couvert uniquement s'il s'est écoulé au moins deux ans depuis la date à laquelle l'obturation existante a été réalisée ou si celle-ci n'était pas couverte aux termes du présent régime.
 - Tenons de rétention et tenons préfabriqués pour obturations.
 - Couronnes préfabriquées pour dents temporaires.
- Soins endodontiques. Une seule série de soins par dent est couverte dans le cas du traitement radiculaire de dents permanentes. Cependant, si un premier traitement n'a pas donné les résultats escomptés 18 mois continus après le traitement, un deuxième traitement sera couvert.

- Soins parodontaux, dont ceux énumérés ci-dessous.
 - Polissage de la racine, jusqu'à concurrence d'un maximum de 12 unités de temps par période de 12 mois continus lorsque ces soins sont combinés avec le détartrage des dents à titre préventif.
 - Ajustement et équilibration de l'occlusion, jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de quatre unités de temps tous les 12 mois continus.
 - « Unité de temps » désigne toute période de temps d'au plus 15 minutes.
- Soins d'entretien de prothèses amovibles, dont ceux énumérés ci-dessous.
 - Rebasage superficiel de prothèses amovibles utilisées depuis au moins six mois, une fois tous les 36 mois continus.
 - Rebasage complet de prothèses amovibles utilisées depuis au moins deux ans, une fois tous les 36 mois continus.
 - Base élastique lors du rebasage superficiel ou complet de prothèses amovibles, après la période de trois mois suivant la mise en place, une fois tous les 36 mois continus.
 - Réparation de prothèses amovibles, ajouts nécessaires et repositionnement des dents d'une prothèse amovible, après la période de trois mois suivant la mise en place.
 - Ajustement de prothèses amovibles, après la période de trois mois suivant la mise en place, une fois tous les 12 mois continus.
- Chirurgie buccale.
- Soins complémentaires.

Soins extraordinaires

- Couronnes. Lorsqu'il s'agit de couronnes plus complexes, le régime ne couvre que le coût de couronnes ordinaires.

- Incrustations de surface

Le remplacement de couronnes et d'incrustations de surface existantes est couvert uniquement lorsque la restauration existante date d'au moins cinq ans et que celles-ci ne peuvent être réparées.

- Prothèses amovibles complètes ordinaires, prothèses amovibles partielles ordinaires (moulées ou en acrylique) ou encore prothèses hybrides (ou télescopiques) ou ponts lorsque la mise en place de prothèses amovibles ordinaires (complètes ou partielles) ne constitue pas un traitement adéquat. En ce qui concerne les dispositifs de rétention réalisés au moyen de matériaux esthétiques et les pontiques mis en place sur des molaires, le régime couvre uniquement les frais de dispositifs de rétention et de pontiques en métal. Le remplacement d'une prothèse amovible ou d'un pont existants n'est couvert que dans les cas suivants :

- la prothèse ou le pont existants ont été mis en place temporairement et sont couverts;
- la prothèse ou le pont existants sont utilisés depuis au moins cinq ans et ne peuvent plus être réparés. Le remplacement d'une prothèse ou d'un pont existants utilisés depuis moins de cinq ans sera couvert si la prothèse ou le pont en question ne peuvent plus servir par suite de la mise en place d'une première prothèse amovible antagoniste ou de l'extraction d'autres dents.

Si d'autres dents sont extraites mais que la prothèse ou le pont existants peuvent encore servir, seuls les frais engagés pour le remplacement des dents extraites sont couverts.

- Chirurgie reliée au port d'une prothèse amovible (remodelage et retouches aux contours des tissus buccaux).

- Entretien d'appareils après l'expiration d'une période de trois mois suivant la mise en place :
 - réfection de prothèses, une fois par période de 36 mois continus;
 - conditionnement des tissus;
 - réparation d'un pont couvert;
 - enlèvement et recimentation d'un pont.

Soins orthodontiques

- Soins orthodontiques à l'égard de toute personne âgée de 6 ans ou plus au début du traitement.

Frais non couverts

Si vous n'adhérez pas à la garantie Soins dentaires au cours du mois qui suit la date de votre admissibilité, les frais de soins dentaires ne seront remboursés que jusqu'à concurrence de 200 \$ durant les 12 premiers mois contractuels.

Aucune prestation n'est payable au titre des frais ci-dessous.

- Doubles de radiographies, appareils de fluoration ordinaires, conseils audio-visuels d'hygiène bucco-dentaire et conseils en matière de nutrition.
- Soins endodontiques suivants : traitement radiculaire d'une dent temporaire; isolement d'une ou de plusieurs dents, alésage de la chambre pulpaire et implants intracoronaires endo-osseux.
- Soins parodontaux suivants : désensibilisation, application topique d'agents antimicrobiens, irrigation parodontale sous-gingivale, soins post-chirurgicaux et évaluations parodontales après le traitement.

- Soins chirurgicaux suivants : implantologie, déplacement chirurgical de dents, soins nécessaires pour remodeler ou retoucher les contours des tissus buccaux (autres que l'alvéoloplastie mineure, la gingivoplastie et la stomatoplastie) et alvéoloplastie ou gingivoplastie effectuées au moment de l'extraction d'une ou de plusieurs dents. Le remodelage et les retouches aux contours des tissus buccaux sont couverts au titre de la garantie Soins extraordinaires.
- Hypnose ou acupuncture.
- Facettes prothétiques, retouches aux contours de couronnes existantes et coloration de la porcelaine.
- Couronnes ou incrustations de surface lorsque la dent aurait pu être reconstituée autrement. Le remboursement au titre des couronnes, incrustations de surface et en profondeur est limité aux frais couverts pour obturations.
- La mise en place de prothèses hybrides (ou télescopiques) ou d'un premier pont n'est pas couverte lorsqu'un traitement adéquat aurait été possible à l'aide de prothèses amovibles ordinaires (partielles ou complètes).

En ce qui concerne les prothèses hybrides (ou télescopiques), le remboursement est limité aux frais prévus pour des prothèses amovibles complètes ordinaires.

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

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

Le remboursement est limité aux frais prévus pour des prothèses amovibles ou des ponts ordinaires lorsque l'une des prothèses suivantes est mise en place :

- prothèses équilibrées ou gnathologiques;
 - prothèses amovibles avec attachements de type amortisseur « stress breaker »;
 - prothèses amovibles avec attachements de précision ou de semi-précision;
 - prothèses amovibles avec connecteurs de type « swing lock »;
 - prothèses hybrides (ou télescopiques) partielles; et
 - prothèses amovibles ou de ponts attachés à des implants.
- Frais couverts au titre de la garantie de prolongation de la protection d'un autre régime collectif.
 - Soins, services ou fournitures couverts aux termes des Soins médicaux supplémentaires. Si le montant payable aux termes de la garantie Soins dentaires est supérieur au remboursement redevable aux termes des Soins médicaux supplémentaires, les prestations sont versées aux termes de la garantie Soins dentaires.
 - Frais dont la loi interdit tout remboursement de la part d'un régime collectif privé.
 - Soins, services ou fournitures auxquels vous avez droit gratuitement en vertu d'une loi quelconque ou pour lesquels il y a des frais seulement parce que vous bénéficiez d'une protection en vertu d'un régime collectif.

- Soins, services ou fournitures qui ne constituent pas un traitement raisonnable.
- Soins donnés uniquement à des fins d'esthétique.
- Correction de malformations congénitales ou liées à la croissance chez une personne âgée de 19 ans ou plus, sauf par la voie de soins orthodontiques.
- Diagnostic ou traitement des troubles de l'articulation temporo-mandibulaire, correction de la dimension verticale ou soins nécessaires au soulagement de la douleur myofaciale.
- Frais engagés par suite de la guerre, d'une insurrection, ou de la participation volontaire à une émeute.

Comment faire une demande de règlement

- Les demandes de règlement visant les **frais engagés au Canada** peuvent être présentées en ligne. Accédez à GroupNet pour les participants de régime pour obtenir une formule de demande de règlement personnalisée ou demandez la formule M445D (f) à votre gestionnaire de régime, et faites-la remplir par votre fournisseur de soins dentaires. Cette formule remplie contiendra les informations nécessaires pour saisir les données de la demande de règlement en ligne. Afin d'utiliser ce service électronique, vous devrez être inscrit à GroupNet pour les participants de régime de même qu'au dépôt direct des règlements et au Détail du règlement en ligne. Pour la présentation en ligne des demandes de règlement, votre Détail du règlement sera uniquement offert en ligne.

Votre dentiste peut être en mesure de présenter les demandes de règlement pour soins dentaires à la Canada Vie par voie électronique en votre nom.

Les demandes de règlement en ligne doivent être présentées à la Canada Vie dans les meilleurs délais, mais jamais plus de 6 mois après la date des soins.

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

- En ce qui concerne les demandes de règlement pour les **autres frais dentaires**, accédez à GroupNet pour les participants de régime pour obtenir une formule de demande de règlement personnalisée ou demandez la formule M445D (f) à votre gestionnaire de régime. Faites-la remplir par le fournisseur de soins dentaires et retournez-la au Service des indemnités de la Canada Vie dans les meilleurs délais, mais jamais plus de 15 mois après la date des soins, et jamais plus de 180 jours après la date d'expiration de votre protection.

COORDINATION DES PRESTATIONS

- Les prestations auxquelles vous ou une personne à votre charge avez droit aux termes du présent régime sont diminuées de celles payables aux termes de tout régime de l'État. De plus, si vous ou une personne à votre charge avez droit à des prestations pour les mêmes frais aux termes du présent régime et de tout autre régime collectif, ou à la fois à titre de participant et de personne à charge aux termes du présent régime ou encore à titre de personne à charge à la fois du père et de la mère aux termes du présent régime, il y a coordination des prestations de manière que le remboursement total aux termes de tous les régimes ne dépasse pas les frais réels.
- Vous et votre conjoint devez présenter vos demandes de règlement séparément aux termes de vos régimes respectifs. Les demandes visant des enfants à charge doivent être présentées aux termes du régime couvrant le conjoint dont la date de naissance (compte non tenu de l'année) est antérieure à l'autre dans l'année civile. Si vous et votre conjoint êtes séparés ou divorcés, l'ordre de préséance dans la détermination des prestations à l'égard des enfants à charge est le suivant :
 1. régime couvrant le père ou la mère qui a la garde de l'enfant;
 2. régime couvrant le conjoint du père ou de la mère qui a la garde de l'enfant;
 3. régime du père ou de la mère qui n'a pas la garde de l'enfant;
 4. régime du conjoint du père ou de la mère qui n'a pas la garde de l'enfant.

Tout solde des frais non couverts aux termes du régime ayant préséance sur l'autre peut ensuite faire l'objet d'une demande de règlement aux termes du régime de l'autre conjoint.

CHUBB

Régime d'assurance de base, supplémentaire et facultative en cas de décès et mutilation par accident

À l'intention des membres de :
FASTE du SFP

Police numéro :

AB10515801

OE10515801

Souscrit auprès de :

Chubb du Canada compagnie d'assurance vie

Date d'effet :

1^{er} février 2018

CHUBB

La présente brochure a été rédigée pour résumer un régime collectif établi par Chubb du Canada compagnie d'assurance vie (« Chubb Vie »). Pour référence rapide, elle contient de brèves descriptions seulement, et elle ne fait pas état de toutes les dispositions contractuelles de la police. Les droits et obligations des parties aux présents sont régis par le contrat et non par la présente brochure. Pour consulter les dispositions exactes de la police, veuillez communiquer avec votre administrateur.

**ASSURANCE DE BASE ET SUPPLÉMENTAIRE
EN CAS DE DÉCÈS ET MUTILATION PARACCIDENT**

COUVERTURE

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

ADMISSIBILITÉ

- A. Tous les membres actifs et admissibles de la FASTE du SCFP.
- B. Les membres qui ont reçus l'approbation pour l'exonération des primes en vertu de l'assurance-vie avant l'établissement de la fiducie.

CAPITAL ASSURÉ

A & B Deux (2) fois le revenu annuel* arrondi au prochain 1 000 \$ (s'il n'en est pas déjà un multiple) jusqu'à concurrence de 400 000 \$ (**combiné avec le DMA supplémentaire***).

***DMA supplémentaire – montant parrainé égal au montant perdu de la couverture DMA avant la date d'entrée en vigueur de la FASTE, le 1^{er} février 2018.**

*Par « revenu annuel » pour la catégorie A tel qu'utilisé dans les présentes, doit être fondée sur le revenu de l'assuré tel qu'il est défini dans le contrat de l'assurance-vie. Pour la catégorie B, à la mise en oeuvre, le revenu annuel sera présumé être 50 000 \$ jusqu'à ce que l'administrateur puisse confirmer le montant du revenu applicable à l'assurance-vie pour laquelle la prime a été exonérée.

Les prestations prennent fin à la retraite.

Advenant votre décès, le capital assuré sera payable au bénéficiaire que vous avez désigné en vertu de votre régime d'assurance-vie collective ou, en l'absence d'une telle désignation, à votre succession.

Les indemnités payables en vertu des dispositions suivantes seront limitées à une (1) seule police advenant que les garanties soient prévues en vertu de deux (2) polices ou plus établies au nom du preneur de la police par Chubb Vie (à l'exception du Tableau des pertes, Exposition aux éléments et disparition, Transformation de l'assurance et Atteintes esthétiques).

ASSURANCE FACULTATIVE EN CAS DE DÉCÈS ET MUTILATION PAR ACCIDENT

COUVERTURE

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

ADMISSIBILITÉ

Tous les membres actifs et admissibles de la FASTE du SCFP et leurs conjoints (légalement mariés ou partenaires domestiques).

CAPITAL ASSURÉ – MEMBRE ET/OU CONJOINT

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

LES PRESTATIONS SUIVANTES SONT APPLICABLES À L'ASSURANCE DE BASE ET L'ASSURANCE FACULTATIVE

TABLEAU DES PERTES

Décès et mutilation par accident

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

Pourcentage du capital assuré

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

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

Par « **perte** », on entend, en ce qui concerne une main ou un pied, la séparation complète à l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus ; en ce qui concerne un bras ou une jambe, la séparation complète à l'articulation du coude ou du genou ou au-dessus ; en ce qui concerne un œil, la perte totale et irrémédiable de la vue ; en ce qui concerne la parole, la perte totale et irrémédiable de la voix dans la mesure où aucun degré de communication verbale audible n'est possible ; en ce qui concerne l'ouïe, la perte totale et irrémédiable de l'ouïe qui ne peut être corrigée par aucun appareil auditif ou aide à l'audition ; en ce qui concerne le pouce et l'index ou les quatre doigts, la séparation complète à l'articulation métacarpophalangienne de la même main (l'articulation entre le doigt et la main) ou au-dessus ; en ce qui concerne les orteils du même pied, la séparation complète à l'articulation métatarsophalangienne (l'articulation entre l'orteil et le pied) ou au-dessus. Si la personne assurée subit l'amputation complète d'une main, d'un pied, d'un bras ou d'une jambe tel que décrit ci-dessus, Chubb Vie versera le montant indiqué dans le tableau des pertes, même si le membre amputé est attaché à nouveau par intervention chirurgicale, que l'intervention chirurgicale soit réussie ou non.

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

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

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

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

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

Rapatriement

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

Réadaptation

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

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

Transport de membres de la famille

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

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

Formation professionnelle du conjoint

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

Modification du domicile et du véhicule

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

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

Toutefois, ces indemnités ne seront versées que si :

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

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

Indemnité pour centre de jour

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

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

Par « **enfants à charge** », on entend les enfants à charge admissibles et non-mariés du membre, y compris un enfant naturel, légitime, illégitime, adopté, un bel-enfant ou un enfant de fait, âgés de moins de 21 ans, ou âgé de moins de 26 ans si l'enfant est un étudiant à temps plein et dépend sur vous ou votre conjoint pour son entretien, ou âgé de plus de 21 ans si l'enfant est dépendent en raison d'un handicap physique ou mental et est incapable d'exercer un emploi rémunérateur et dépend sur vous ou votre conjoint pour sa subsistance.

Indemnité spéciale pour études

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

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

Deuil

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

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

Rente mensuelle en cas d'hospitalisation

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

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

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

Atteintes esthétiques

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

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

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

Port de la ceinture de sécurité

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

Par « **véhicule** », on entend une voiture privée à passagers, une voiture familiale, une fourgonnette ou une voiture du genre Jeep. Par « **ceinture de sécurité** », on entend les ceintures qui font partie du système de retenue des occupants du véhicule.

Identification

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

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

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

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

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

Transformation de l'assurance

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

Exposition aux éléments et disparition

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

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

Exonération des primes

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

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

Périodes successives d'invalidité

Si un membre assuré redevient totalement invalide en raison de la même maladie ou d'une maladie connexe dans les 6 mois de la cessation de l'exonération des primes, alors, toutes les périodes successives d'invalidité répondant à ce critère seront considérées comme une prolongation de la même invalidité, et Chubb Vie exonérera le membre de la période d'attente de 6 mois.

Si la même invalidité revient plus de 6 mois après la cessation de l'exonération des primes, ladite invalidité sera considérée comme une invalidité distincte.

Deux invalidités attribuables à des causes non reliées sont considérées comme des invalidités distinctes si elles sont séparées par un retour au travail d'une durée d'au moins 1 journée.

Cessation de l'exonération des primes

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

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

Protection durant l'exonération des primes

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

« **Invalidité totale ou totalement invalide** » en ce qui a trait à l'exonération des primes, signifie l'état d'incapacité résultant d'une blessure ou d'une maladie qui empêche le membre assuré d'exercer les fonctions de son poste habituel pendant vingt-quatre (24) mois consécutifs.

Maintien en vigueur des garanties

Si le membre assuré (1) est mis à pied de façon temporaire, (2) temporairement absent du travail en raison d'une invalidité de courte durée, (3) en congé autorisé, ou (4) en congé de maternité, l'assurance sera maintenue en vigueur pendant une période de 12 mois, sous réserve du paiement des primes. Si le membre assuré exerce d'autres fonctions professionnelles durant le congé ou la mise à pied, aucune prestation ne sera payable pour toute perte subie durant l'exercice d'une autre profession ou d'un autre emploi.

Les indemnités payables en vertu des dispositions suivantes seront limitées à une (1) seule police advenant que les garanties soient prévues en vertu de deux (2) polices ou plus établies au nom du preneur de la police par Chubb Vie (à l'exception de Prestation en cas de décès simultanés).

LES PRESTATIONS SUIVANTES SONT APPLICABLES À L'ASSURANCE FACULTATIVE SEULEMENT

Prestation en cas de décès simultanés

(s'applique seulement si l'assurance du membre et le conjoint est choisie)

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

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

Par « **même accident** », on entend un accident unique ou des accidents distincts se produisant en moins de 24 heures.

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

Prolongation de l'assurance familiale
(s'applique seulement si l'assurance du membre et le conjoint est choisie)

Si un membre assuré qui avait assuré son conjoint décède des suites d'un accident couvert, la couverture peut être prolongée à l'égard du conjoint pendant une période maximale de vingt-quatre (24) mois, moyennant le versement des primes.

**LES DISPOSITIONS SUIVANTES SONT APPLICABLES À
L'ASSURANCE DE BASE ET L'ASSURANCE FACULTATIVE**

EXCLUSIONS

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

- a. blessures que l'assuré s'inflige volontairement, suicide ou tentative de suicide ;
- b. guerre déclarée ou non, ou acte de guerre, terrorisme, émeute ou insurrection, ou service dans les forces armées de tout pays, gouvernement ou organisme international ;
- c. les voyages à bord d'un aéronef qui appartient ou est loué par le preneur de la police, par un assuré ou par tout membre de sa famille, ou d'un aéronef utilisé aux fins d'épreuves ou d'essais ou pour combattre les incendies, inspecter les lignes de transport d'électricité, inspecter les pipelines, effectuer de la photographie aérienne ou faire de l'exploration, sauf si ledit vol ou déplacement est prévu à la section « Risques couverts » des dispositions relatives à la présente police, selon le cas ;
- d. sinistres survenant pendant le service actif de l'assuré à temps complet dans les forces armées de tout pays ou autorité internationale (toutes les primes réglées feront l'objet d'un remboursement proportionnel par l'assureur pour toute période de service actif à temps complet) ;
- e. cette assurance ne s'applique pas dans la mesure où le commerce ou les sanctions économiques ou autres lois ou règlements nous interdisent de fournir une assurance, y compris, mais sans s'y limiter, le paiement des indemnités. Toutes les autres dispositions en vertu de la police demeurent telles quelles.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Bénéficiaire

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

Toutes les autres prestations prévues dans la présente police seront payables à la personne assurée. Une personne assurée peut changer sa désignation de bénéficiaire en tout temps, là où la Loi le permet. Chubb Vie n'assume aucune responsabilité quant à la validité de toute désignation ou de tout changement de bénéficiaire.

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

Poursuites judiciaires

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

Changement d'assureur

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

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

DEMANDE D'INDEMNISATION

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

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

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

1217

CHUBB

Chubb Vie est membre du Groupe Chubb compagnies d'assurance, nous exerçons nos activités dans 54 pays et commercialisons des produits d'assurance de responsabilité commerciale et de responsabilité civile, ainsi que des produits d'assurance vie, d'assurance accidents, des régimes complémentaires d'assurance maladie et des produits de réassurance à une clientèle diversifiée.

Chubb Limitée, la compagnie-mère de Chubb Vie, est cotée à la Bourse de New York (NYSE : CB) et fait partie de l'indice S&P 500.



Canada Vie et le symbole social, ainsi que GroupNet sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie.

Toute modification apportée au présent document sans la consentement écrit explicite préalable de la Canada Vie est strictement interdite.