

Contrat d'assurance collective 109995

Version administrative
au 1^{er} janvier 2026



beneva

Le présent document constitue une version préparée par La Capitale à des fins de gestion administrative. Seuls le contrat original et les avenants subséquents ayant été transmis au Preneur, et acceptés par ce dernier, ont valeur légale. Ce document et son contenu ne peuvent être reproduits, transmis ou communiqués, en tout ou en partie, à un tiers, sans le consentement écrit de La Capitale.

CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE

NUMÉRO **109995**

CONVENU ENTRE

LA CAPITALE ASSUREUR DE L'ADMINISTRATION PUBLIQUE INC.

Ci-après appelée l'Assureur

ET

L'ASSOCIATION DE PERSONNES RETRAITÉES DE LA FAE

Ci-après appelée le Preneur

En contrepartie du paiement des primes applicables, l'Assureur s'engage à verser les montants d'assurance et de prestations conformément au présent contrat.

Toute modification apportée au présent contrat doit être acceptée par l'Assureur et le Preneur du contrat et signée par un représentant autorisé des deux parties.

Date d'entrée en vigueur de l'assurance : Le présent contrat entre en vigueur le 1^{er} mars 2019.

Date de renouvellement : Le 1^{er} mars 2020. Par la suite, le renouvellement aura lieu le 1^{er} janvier de chaque année subséquente.

Heure d'entrée en vigueur, de modification ou de fin de l'assurance : toute assurance entre en vigueur, se modifie et se termine à 0 h 01, heure de la province de résidence de la personne assurée.

TABLE DES MATIÈRES

ARTICLE	PAGE
DÉFINITIONS	1
CONDITIONS D'ASSURANCE	5
1. Participation	5
2. Conditions d'admissibilité	5
3. Adhésion.....	6
4. Date d'entrée en vigueur de l'assurance	6
5. Entrée en vigueur d'un changement de statut de protection en cours d'assurance à la suite d'une modification de situation familiale	7
6. Dispositions applicables au régime modulaire de la garantie d'assurance maladie et de soins de santé.....	8
7. Fin de l'assurance.....	9
8. Droit de transformation lors d'une fin d'admissibilité	10
9. Droit de transformation pour le conjoint lors du décès d'une personne adhérente	10
10. Adhésion du conjoint à l'assurance lors d'un divorce, d'une annulation de mariage, d'une dissolution de l'union civile ou d'une séparation de fait	11
11. Dispositions transitoires.....	11
GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE ET SOINS DE SANTÉ.....	12
1. Objet de la garantie	12
2. Modalité de remboursement.....	12
3. Tableau des garanties	12
4. Frais d'assurance voyage, annulation de voyage et hospitalisation	17
5. Autres frais admissibles.....	17
6. Exclusions et réduction de la garantie	26

GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE ET SOINS DE SANTÉ – ASSURANCE VOYAGE ...28

1.	Définitions	28
2.	Objet de l'assurance	30
3.	Conditions d'admissibilité de la personne assurée	31
4.	Frais admissibles	31
5.	Services d'assistance voyage	35
6.	Exclusions et réductions de l'assurance	36

GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE ET SOINS DE SANTÉ - ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE.....39

1.	Définitions	40
2.	Objet de l'assurance	42
3.	Conditions d'admissibilité de la personne assurée	42
4.	Protection annulation et interruption de voyage et report de la date du retour du voyage	43
5.	Protection en cas de départ manqué	46
6.	Exclusions et réductions de l'assurance	47

DEMANDES DE PRESTATIONS49

1.	Dispositions générales.....	49
2.	Garantie d'assurance maladie et soins de santé.....	51

DÉFINITIONS

Aux fins d'interprétation de ce contrat, certains termes utilisés dans la description des conditions et garanties d'assurance ainsi que dans celle des dispositions générales sont définis à la présente section. Des définitions additionnelles se retrouvent également dans certaines garanties d'assurance auxquelles elles s'appliquent spécifiquement.

1. **Accident** : Lésion corporelle constatée par un médecin et provenant directement de l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure, et indépendamment de toute autre cause. Toute lésion corporelle à la suite d'une tentative de suicide n'est pas un accident.
2. **Âge** : Âge au dernier anniversaire d'une personne assurée au moment où il est calculé ou le jour où un événement prévu au contrat se produit.
3. **Année civile** : Période commençant le 1^{er} janvier d'une année donnée et se terminant le 31 décembre de la même année.
4. **APRFAE** : Association de personnes retraitées de la FAE.
5. **Centre de réadaptation** : Centre de réadaptation ou maison de convalescence légalement désignés comme tels, autorisé à donner des soins et des traitements à des personnes hospitalisées et qui doit assurer des soins infirmiers et médicaux en tout temps.

Les maisons de santé, les foyers pour personnes âgées ou malades chroniques, les foyers pour malades mentaux, les maisons de repos ou les établissements qui dispensent des soins aux alcooliques ou aux toxicomanes ne sont pas considérés comme des centres de réadaptation aux fins de ce contrat.

6. **Centre de soins de longue durée** : Établissement autorisé à donner des soins et des traitements à des personnes hospitalisées qui sont en convalescence à la suite d'une blessure ou d'une maladie et qui doit assurer des soins infirmiers et médicaux 24 heures sur 24.

Les maisons de santé, les maisons de repos, les foyers pour personnes âgées ou malades chroniques, les sanatoriums ou les établissements qui dispensent des soins aux alcooliques ou aux toxicomanes ne sont pas ne sont pas considérés comme des centres de soins de longue durée aux fins de ce contrat.

7. **Centre hospitalier** : Centre hospitalier au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, excluant les centres hospitaliers privés autofinancés au sens de ladite loi. En cas d'hospitalisation hors Québec, cette définition s'applique également à tout établissement reconnu et accrédité comme centre hospitalier par les autorités compétentes dont l'établissement relève, exception faite des maisons de repos, des stations thermales ou autres établissements analogues.
8. **Coassurance** : Pourcentage des frais remboursables que l'Assureur paie à la personne adhérente pour des prestations d'assurance maladie et soins de santé.
9. **Contrat** : Le présent contrat, la proposition, la carte de services, les avenants et les preuves d'assurabilité requises, le cas échéant, constituent le contrat intervenu entre les parties.

10. **Contrat antérieur** : Le contrat d'assurance collective offert par la FAE, tout autre contrat d'assurance collective offrant une garantie d'assurance maladie ou le produit de transformation en assurance maladie individuelle obtenu à suite de la terminaison d'un contrat d'assurance collective, selon lequel la personne retraitée et ses personnes à charge, le cas échéant, étaient assurées avant l'entrée en vigueur de l'assurance aux termes de ce contrat.
11. **Date de mise à la retraite** : Date à laquelle une personne employée débute sa retraite selon le régime de retraite auquel elle participe ou selon la convention de travail en vigueur chez l'employeur ou selon la pratique en usage chez l'employeur.
12. **Dentiste** : Un docteur en médecine dentaire légalement autorisé à pratiquer sur les lieux où sont fournis les services.
13. **FAE** : Fédération autonome de l'enseignement.
14. **Franchise** : Partie des frais admissibles pour laquelle la personne assurée n'a droit à aucun remboursement de la part de l'Assureur.
15. **Hospitalisation** : Occupation d'une chambre dans un centre hospitalier à titre de patient alité admis, excluant toute période où la personne assurée ne reçoit que des services qui pourraient être dispensés par un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou un centre de réadaptation, qu'il y ait une place disponible ou non dans un tel centre.
16. **Maladie** : Altération organique ou fonctionnelle constatée par un médecin, y compris toute complication résultant de la grossesse.
17. **Médecin** : Un médecin légalement autorisé à pratiquer la médecine à l'endroit où sont fournis les services.
18. **Période d'hospitalisation** : Toute période continue d'hospitalisation dans un centre hospitalier ou des périodes successives d'hospitalisation attribuables à la même cause ou à des causes connexes et séparées par une période de moins de 60 jours consécutifs pendant lesquels la personne assurée n'a pas été hospitalisée.
19. **Personne à charge** : Le conjoint ou l'enfant à charge d'une personne adhérente, tel que défini ci-après.
 - 19.1 **Conjoint** : l'homme ou la femme qui, à la date de l'événement donnant droit à des prestations :
 - i) est marié ou uni civilement à la personne adhérente; ou
 - ii) vit maritalement avec elle depuis un an ou depuis moins d'un an s'il est le père ou la mère d'un enfant de la personne adhérente; ou
 - iii) vit maritalement avec la personne adhérente et avait déjà ainsi vécu maritalement avec cette personne adhérente tout au long d'une période d'au moins un an.

Il est toutefois précisé que l'un des événements suivants, selon le cas, fait perdre ce statut de conjoint :

- un jugement de divorce prononcé entre la personne adhérente et le conjoint dans le cas d'un mariage;
- la séparation de fait depuis au moins 90 jours dans le cas d'une union de fait;
- la dissolution de l'union civile par entente notariée ou par jugement du tribunal dans le cas d'une union civile.

Si la personne adhérente a un conjoint répondant à la définition en i) et un autre conjoint répondant à la définition en ii) ou iii), l'Assureur reconnaîtra comme conjoint celui que la personne adhérente lui aura désigné par avis écrit. Le conjoint doit être la même pour toutes les garanties du contrat.

19.2 Enfant à charge : l'expression « enfant à charge » désigne l'une ou l'autre des personnes suivantes :

- i) une personne âgée de moins de 18 ans à l'égard de laquelle la personne adhérente ou son conjoint exerce l'autorité parentale;
- ii) une personne sans conjoint, âgée de 25 ans ou moins et fréquentant à temps complet, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement reconnu, et à l'égard de laquelle la personne adhérente ou son conjoint exercerait l'autorité parentale si elle était mineure;

De plus, un enfant à charge en congé sabbatique scolaire peut maintenir son statut d'enfant à charge pourvu que la personne adhérente remplisse les modalités suivantes :

- une demande écrite, préalable au congé, doit être soumise à l'Assureur et acceptée par ce dernier avant le début du congé;
- la demande doit indiquer la date du début du congé sabbatique.

Le congé sabbatique n'est accepté qu'une seule fois, à vie, pour chaque enfant à charge.

Le congé sabbatique ne peut excéder 12 mois, sous réserve de l'admissibilité à la Régie de l'assurance maladie du Québec, et doit se terminer au début d'une année ou d'une session scolaire (septembre ou janvier).

- iii) une personne majeure domiciliée chez la personne adhérente, sans conjoint, à l'égard de laquelle la personne adhérente ou son conjoint exercerait l'autorité parentale si elle était mineure et atteinte d'une invalidité totale ou d'une déficience fonctionnelle visée dans un règlement du gouvernement survenue alors qu'elle satisfaisait à l'une ou l'autre des conditions précédentes et qu'elle est demeurée totalement et continuellement invalide depuis cette date.

La notion d'autorité parentale à l'égard d'une personne autre qu'un enfant de la personne adhérente ou de son conjoint doit être confirmée par un jugement du tribunal ou par un testament valide du père ou de la mère ou par une déclaration de leur part à cet effet transmise au curateur public.

- 20. **Personne adhérente** : Une personne retraitée qui est admissible à l'assurance et qui est assurée en vertu du présent contrat.
- 21. **Personne assurée** : Une personne adhérente ou l'une des personnes à charge qui est assurée en vertu du présent contrat.
- 22. **Personne retraitée** : Une personne ayant opté pour sa mise à la retraite alors qu'elle était considérée comme employée au terme d'un contrat collectif d'assurance maladie.
- 23. **Proche parent** : Le conjoint, l'enfant, le père, la mère, le frère, la sœur, le beau-père, la belle-mère, le beau-frère, la belle-sœur, le gendre, la belle-fille, les grands-parents et les petits-enfants de la personne assurée.
- 24. **Province** : Province ou territoire faisant partie du Canada.
- 25. **Résident** : Personne adhérente ou personne à charge dont la résidence principale est située au Canada et qui y réside un nombre de jours suffisants au cours d'une année civile afin de maintenir son admissibilité au régime public d'assurance maladie de sa province de résidence.
- 26. **Satut de protection familial** : Désigne le statut de protection de la personne adhérente qui assure son conjoint et ses enfants à charge ou uniquement son conjoint.
- 27. **Satut de protection individuel** : Désigne le statut de protection de la personne adhérente qui est assurée seule, sans conjoint ni enfant à charge.
- 28. **Satut de protection monoparental** : Désigne le statut de protection de la personne adhérente qui n'a pas de conjoint tel que défini au présent contrat et qui assure ses enfants à charge.

CONDITIONS D'ASSURANCE

1. Participation

La participation à la garantie d'assurance maladie et soins de santé est facultative pour toute personne retraitée et pour ses personnes à charge, le cas échéant.

La personne retraitée ayant une ou des personnes à charge peut demander un statut de protection familial ou monoparental.

2. Conditions d'admissibilité

2.1 Personne retraitée

La personne retraitée est admissible à l'assurance si la totalité des conditions suivantes est satisfaite :

- a) la personne retraitée est un membre régulier de l'APRFAE; **et**
- b) la personne retraitée est ou a été assurée par un contrat d'assurance collective offrant une garantie d'assurance maladie; ou
- c) la personne retraitée est assurée par un produit de transformation en assurance maladie individuelle obtenu suivant la fin de son admissibilité à un régime d'assurance collective offrant une garantie d'assurance maladie. Cependant, il est entendu que :
 - i) l'assurance en vertu de ce produit de transformation est toujours en vigueur au moment de la demande d'adhésion au présent contrat; **et**
 - ii) l'assurance en vertu de ce produit de transformation inclut une protection d'assurance voyage dont la période minimale de protection est de 30 jours.
- d) la personne retraitée est résidente du Canada;
- e) la personne retraitée est admissible au régime public d'assurance maladie de sa province de résidence.

Afin de maintenir son admissibilité à l'assurance, la personne adhérente doit demeurer membre de l'APRFAE.

2.2 Personnes à charge

Les personnes à charge d'une personne retraitée sont admissibles à l'assurance si la totalité des conditions suivantes est satisfaite :

- a) la personne retraitée a satisfait aux conditions d'admissibilité;
- b) les personnes à charge répondent aux critères prévus à la définition de conjoint ou d'enfant à charge, selon le cas, de ce contrat;
- c) les personnes à charge sont résidentes du Canada;

- d) les personnes à charge sont admissibles au régime public d'assurance maladie de leur province de résidence.

3. Adhésion

3.1 Personne membre d'un syndicat affilié à la FAE, employé de la FAE ou employé d'un syndicat affilié à la FAE

Toute personne membre d'un syndicat affilié à la FAE, employé de la FAE ou employé d'un syndicat affilié à la FAE, à la date de sa mise à la retraite, dispose d'un délai de 90 jours suivant la fin de son admissibilité au contrat d'assurance collective pour faire parvenir à l'Assureur une demande d'adhésion au présent contrat pour elle-même et ses personnes à charge, le cas échéant.

Des preuves d'assurabilité sont requises s'il s'est écoulé un délai de plus de 90 jours entre la fin de l'admissibilité d'une telle personne à son contrat d'assurance collective et la date à laquelle l'Assureur reçoit sa demande d'adhésion au présent contrat.

3.2 Personne participant à un contrat d'assurance individuelle

Toute personne participant à un contrat d'assurance individuelle conformément aux critères stipulés à la section des conditions d'admissibilité, peut faire parvenir en tout temps à l'Assureur une demande d'adhésion au présent contrat pour elle-même et ses personnes à charge, le cas échéant.

Cependant, des preuves d'assurabilité sont requises s'il s'est écoulé un délai de plus de 90 jours entre la fin de la participation d'une telle personne à son contrat d'assurance individuelle et la date à laquelle l'Assureur reçoit sa demande d'adhésion au présent contrat.

4. Date d'entrée en vigueur de l'assurance

4.1 Personne retraitée

Sous réserve de la réception par l'Assureur de la demande d'adhésion dans le délai requis, l'assurance de la personne retraitée entre en vigueur à la dernière des dates suivantes :

- a) la date de fin du contrat antérieur;
- b) la date à laquelle la personne retraitée satisfait aux conditions d'admissibilité;
- c) la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur, le cas échéant.

Toutefois, pour toute personne retraitée ayant participé à un contrat d'assurance individuelle, un délai additionnel de 30 jours, pendant lesquels la personne est membre régulier de l'APRFAE, est applicable suivant la date précitée d'entrée en vigueur de l'assurance.

4.2 Personnes à charge

Sous réserve de la réception par l'Assureur de la demande d'adhésion dans le délai requis, l'assurance des personnes à charge entre en vigueur à la dernière des dates suivantes :

- a) la même date que la personne adhérente, si elles sont déjà des personnes à charge;
- b) la date à laquelle les personnes à charge satisfont aux conditions d'admissibilité;
- c) la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur, le cas échéant.

En aucun cas, l'assurance des personnes à charge ne peut entrer en vigueur avant celle de la personne retraitée.

5. Entrée en vigueur d'un changement de statut de protection en cours d'assurance à la suite d'une modification de situation familiale

Les modifications de situation familiale pouvant justifier un changement de statut de protection sont les suivantes :

- a) la naissance ou l'adoption d'un enfant;
- b) le mariage, l'union civile ou la cohabitation, conformément aux critères prévus à la définition de conjoint prévue à ce contrat;
- c) le divorce, l'annulation du mariage, la dissolution de l'union civile, la séparation de fait, et ce, conformément aux critères prévus à la définition de conjoint prévue à ce contrat;
- d) la fin de l'admissibilité d'une personne à charge, conformément aux critères prévus à la définition de personne à charge de ce contrat.

Pour toute demande de changement de statut de protection à la hausse, la personne adhérente doit présenter des preuves d'assurabilité. Toutefois, aucune preuve d'assurabilité n'est requise lors de la naissance ou de l'adoption d'un enfant si l'Assureur reçoit la demande de changement dans les 90 jours suivant l'événement.

De même, si la demande de changement de statut de protection est faite à la suite d'un mariage, d'une union civile ou d'une cohabitation, et ce, conformément aux critères stipulés à la définition de conjoint de ce contrat, aucune preuve d'assurabilité n'est requise si ce conjoint est couvert au cours des 90 jours précédant la demande par un contrat d'assurance collective offrant une garantie d'assurance maladie.

Par ailleurs, la personne adhérente peut faire une demande de changement de statut de protection à la baisse en tout temps.

6. Dispositions applicables au régime modulaire de la garantie d'assurance maladie et de soins de santé

6.1 Blocs offerts en vertu du régime modulaire

Le régime modulaire offre les blocs suivants :

- a) bloc minimal;
- b) bloc médian;
- c) bloc optimal.

6.2 Période minimale de participation

La période minimale de participation est la période qui doit s'écouler avant que la personne adhérente puisse modifier son choix de bloc.

Ce régime modulaire prévoit une période minimale de participation de 36 mois pour les blocs médian et optimal. Aucune période minimale de participation n'est requise pour le bloc minimal.

6.3 Changements de bloc admissibles

Seules sont admissibles les demandes de changement pour les blocs offrant une protection immédiatement inférieure ou immédiatement supérieure au bloc détenu par la personne adhérente.

Ainsi, la personne adhérente peut modifier à la hausse ou à la baisse le bloc détenu, un palier à la fois, de la façon suivante :

- du bloc minimal au bloc médian;
- du bloc médian au bloc minimal ou optimal;
- du bloc optimal au bloc médian.

Tout changement de bloc entraîne le commencement d'une nouvelle période minimale de participation.

6.4 Entrée en vigueur d'un changement de bloc

6.4.1 Au terme d'une période minimale de participation

Dans l'éventualité où la personne adhérente désire changer de bloc, l'Assureur doit recevoir, par l'entremise d'une demande à cet effet, son choix de bloc au cours des 90 jours qui suivent la date de terminaison de la période minimale de participation. L'assurance en vertu du bloc choisi entre alors en vigueur à compter de la date de fin de la période minimale de participation.

6.4.2 En raison d'une modification de situation familiale

Une personne adhérente peut changer de bloc avant la fin de la période minimale de participation si l'une des modifications de situation familiale énumérées précédemment survient.

Dans cette éventualité, l'Assureur doit recevoir, par l'entremise d'une demande à cet effet, son choix de bloc au cours des 90 jours suivant la date de l'événement. L'assurance en vertu du bloc choisi entre alors en vigueur à compter de la date de ladite modification.

7. Fin de l'assurance

L'assurance de toute personne assurée se termine à la première des dates suivantes :

- a) la date de fin du contrat, sous réserve des dispositions relatives au droit de transformation lors de la fin d'une admissibilité;
- b) la date à laquelle la personne adhérente ou l'une de ses personnes à charge cesse de satisfaire aux conditions d'admissibilité, sous réserve des dispositions relatives au droit de transformation lors de la fin d'une admissibilité;
- c) la date du décès de la personne adhérente, sous réserve des dispositions relatives au droit de transformation pour le conjoint lors du décès d'une personne adhérente;
- d) la date d'échéance de toute prime impayée si elle n'est pas versée à l'Assureur avant l'expiration du délai de grâce prévu à ce contrat et après l'envoi de tout avis exigé à cet effet dans les délais prescrits;
- e) le dernier jour du mois de la date de réception, par l'Assureur, de l'avis écrit d'une personne adhérente qui désire mettre fin à sa participation à ce contrat ou le dernier jour du mois de la date de terminaison indiquée sur cet avis, lequel est le plus éloigné;
- f) la date à laquelle la personne à charge cesse d'être une personne à charge, sous réserve des dispositions relatives au maintien de l'assurance du conjoint lors d'une séparation ou d'un divorce;
- g) le dernier jour du mois suivant la date de réception, par l'Assureur, de l'avis écrit d'une personne adhérente qui désire mettre fin à l'assurance de ses personnes à charge ou le dernier jour du mois de la date de terminaison indiquée sur cet avis, lequel est le plus éloigné.
- h) la date à laquelle l'Assureur obtient la preuve que la personne adhérente tente d'obtenir ou aide toute personne assurée à obtenir des montants de prestations en vertu de ce contrat de façon frauduleuse, et ce, sans égard aux autres recours que pourrait exercer l'Assureur.

Enfin, la décision d'une personne adhérente de mettre fin à sa participation à ce contrat ou de mettre fin à l'assurance de ses personnes à charge est irrévocable, sous réserve des dispositions relatives au droit de transformation pour le conjoint lors du décès d'une personne adhérente ou des dispositions relatives à l'adhésion du conjoint à l'assurance lors d'un divorce, d'une annulation de mariage, d'une dissolution de l'union civile ou d'une séparation de fait. Une telle personne ne pourra adhérer de nouveau au présent contrat par la suite.

8. Droit de transformation lors d'une fin d'admissibilité

La personne assurée qui cesse d'être admissible à ce contrat peut obtenir, sans preuve d'assurabilité, un contrat d'assurance maladie individuelle, si elle en fait la demande écrite à l'Assureur au plus tard 60 jours suivant la date de fin de son admissibilité. Des preuves d'assurabilité sont requises pour toute demande soumise après ce délai.

Si la personne assurée exerce son droit de transformation dans le délai requis, le contrat d'assurance maladie individuelle entre en vigueur à la date de la fin de son admissibilité à ce contrat. Si des preuves d'assurabilité sont requises, l'assurance entre en vigueur à la date à laquelle l'Assureur accepte ces preuves.

Une telle personne assurée qui exerce son droit de transformation et adhère à un contrat d'assurance maladie individuelle ne pourra adhérer de nouveau au présent contrat par la suite.

9. Droit de transformation pour le conjoint lors du décès d'une personne adhérente

Lors du décès d'une personne adhérente qui détenait un statut de protection familial en vertu de ce contrat, le conjoint survivant peut exercer son droit de transformation pour adhérer à ce contrat à titre de personne adhérente en optant pour une protection individuelle ou monoparentale.

Pour ce faire, le conjoint doit présenter sa demande d'adhésion à l'Assureur dans les 90 jours qui suivent la date de décès de la personne adhérente. La participation du conjoint au présent contrat est toutefois conditionnelle à sa participation à l'APRFAE en tant que membre.

De même, le maintien de l'assurance est également conditionnel au paiement des primes applicables.

Dans l'éventualité où la demande n'est pas transmise à l'Assureur dans le délai requis, la protection du conjoint est considérée comme ayant pris fin à la date du décès de la personne adhérente.

10. Adhésion du conjoint à l'assurance lors d'un divorce, d'une annulation de mariage, d'une dissolution de l'union civile ou d'une séparation de fait

Lors d'un divorce, d'une annulation de mariage, d'une dissolution de l'union civile ou d'une séparation de fait d'une personne adhérente qui détenait un statut de protection familial, le conjoint peut adhérer à ce contrat à titre de personne adhérente en optant pour une protection individuelle ou monoparentale.

Pour ce faire, le conjoint doit présenter sa demande d'adhésion à l'Assureur dans les 90 jours qui suivent la date de l'événement. La participation du conjoint au présent contrat est toutefois conditionnelle à sa participation à l'APRFAE en tant que membre.

De même, le maintien de l'assurance est également conditionnel au paiement des primes applicables.

Dans l'éventualité où la demande n'est pas transmise à l'Assureur dans le délai requis, la protection du conjoint est considérée comme ayant pris fin à la date de l'événement.

11. Dispositions transitoires

L'Assureur garantit le lien entre ce contrat et le contrat antérieur pour la personne adhérente et ses personnes à charge couverts par ce contrat antérieur.

Dans le cas d'une personne adhérente qui, antérieurement à sa demande d'adhésion, n'était pas assurée en vertu de ce contrat, l'Assureur n'est pas responsable du paiement des prestations qui pourrait être dû par l'Assureur précédent en vertu d'une clause de prolongation, de transformation ou autrement.

GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE ET SOINS DE SANTÉ

1. Objet de la garantie

Les frais admissibles décrits ci-après sont les frais raisonnablement engagés dans la province de résidence et justifiés par la gravité du cas, la pratique courante de la médecine et les tarifs usuels applicables dans la région où sont obtenus les produits, services et fournitures.

De plus, ces frais pour les produits, services et fournitures sont admissibles pourvu qu'ils soient médicalement requis, prescrits par un professionnel de la santé légalement autorisé et nécessaires au traitement de la personne assurée.

2. Modalité de remboursement

Les frais admissibles pour les produits, services et fournitures sont remboursés selon les modalités indiquées au **Tableau des garanties** et le bloc choisi par la personne adhérente.

3. Tableau des garanties

TOUS LES MAXIMUMS INDIQUÉS DANS CE TABLEAU SONT DES MAXIMUMS DE REMBOURSEMENT PAR PERSONNE ASSURÉE

GARANTIES	BLOC MINIMAL	BLOC MÉDIAN	BLOC OPTIMAL
FRAIS D'ASSURANCE VOYAGE, ANNULATION DE VOYAGE ET HOSPITALISATION			
Franchise	Aucune	Aucune	Aucune
Coassurance	100 %	100 %	100 %
Assurance voyage	5 000 000 \$ / voyage Période maximale de protection: 60 jours	5 000 000 \$ / voyage Période maximale de protection: 90 jours	5 000 000 \$ / voyage Période maximale de protection: Personne assurée âgée de moins de 80 ans : 180 jours Personne assurée âgée de 80 ans ou plus : 90 jours
Assurance annulation de voyage	10 000 \$ / voyage	10 000 \$ / voyage	10 000 \$ / voyage
Hospitalisation	Chambre à deux lits	Chambre à deux lits	Chambre à deux lits

GARANTIES	BLOC MINIMAL	BLOC MÉDIAN	BLOC OPTIMAL
Centre d'hébergement et de soins de longue durée	Chambre à deux lits, 180 jours / année civile	Chambre à deux lits, 180 jours / année civile	Chambre à deux lits, 180 jours / année civile
Centre de réadaptation	Chambre à deux lits, 180 jours / année civile	Chambre à deux lits, 180 jours / année civile	Chambre à deux lits, 180 jours / année civile
AUTRES FRAIS ADMISSIBLES			
Franchise	Aucune	Aucune	Aucune
Coassurance	70 %	75 %	80 %
Médicaments			
Médicaments admissibles	Médicaments prescrits non admissibles au régime public d'assurance médicaments de la province de résidence		
Substitution	Substitution générique obligatoire		
Maximum	15 000 \$ / année civile	20 000 \$ / année civile	25 000 \$ / année civile
Injections sclérosantes	Non applicable	20 \$ / séance	30 \$ / séance
Vaccins préventifs	100 \$ / année civile	150 \$ / année civile	200 \$ / année civile
Service de paiement automatisé	Direct	Direct	Direct
Services médicaux			
Ambulance	Couvert	Couvert	Couvert
Cure de désintoxication, incluant clinique pour joueurs compulsifs	Non applicable	Non applicable	80 \$ / jour, maximum 30 jours / année civile
Dentiste à la suite d'un accident	5 000 \$ / accident	5 000 \$ / accident	5 000 \$ / accident

GARANTIES	BLOC MINIMAL	BLOC MÉDIAN	BLOC OPTIMAL
Frais de déplacement et d'hébergement pour traitements médicaux hors région de résidence - Hébergement - Maximum remboursable	Déplacements de 200 km et plus du lieu de résidence 80 \$ / jour 1 000 \$ / année civile	Déplacements de 200 km et plus du lieu de résidence 80 \$ / jour 1 000 \$ / année civile	Déplacements de 200 km et plus du lieu de résidence 125 \$ / jour 1 000 \$ / année civile
Soins et services à domicile	Non applicable	Non applicable	500 \$ / année civile
Soins infirmiers	3 000 \$ / année civile	5 000 \$ / année civile	5 000 \$ / année civile
Services diagnostiques			
Échographie	80 \$ / année civile	80 \$ / année civile	80 \$ / année civile
Imagerie par résonance magnétique	500 \$ / année civile	750 \$ / année civile	1 000 \$ / année civile
Polysomnographie	500 \$ / année civile	500 \$ / année civile	500 \$ / année civile
Radiographie	Couvert	Couvert	Couvert
Tests et analyses de laboratoire	500 \$ / année civile	750 \$ / année civile	1 000 \$ / année civile
Tomodensitométrie	Non applicable	200 \$ / année civile	200 \$ / année civile
Services divers			
Chirurgie d'affirmation de genre	10 000 \$ / année civile 20 000 \$ viager	10 000 \$ / année civile 20 000 \$ viager	10 000 \$ / année civile 20 000 \$ viager
Autres frais médicaux			
Appareil auditif	250 \$ / période de 24 mois consécutifs	500 \$ / période de 24 mois consécutifs	1 000 \$ / période de 24 mois consécutifs
Appareil d'assistance respiratoire et oxygène	Couvert	Couvert	Couvert

GARANTIES	BLOC MINIMAL	BLOC MÉDIAN	BLOC OPTIMAL
Appareil pour diabétique (glucomètre, dextromètre)	Non applicable	200 \$ / période de 36 mois consécutifs	250 \$ / période de 36 mois consécutifs
Autres appareils thérapeutiques	Couvert	Couvert	Couvert
Bas de contention	3 paires / période de 12 mois consécutifs	4 paires / période de 12 mois consécutifs	6 paires / période de 12 mois consécutifs
Fauteuil roulant, lit d'hôpital	Couvert	Couvert	Couvert
Membre ou œil artificiel, supports, corsets ou autres équipements orthopédiques, bandes herniaires ou béquilles	Couvert	Couvert	Couvert
Neurostimulateur percutané	Non applicable	750 \$ / période de 60 mois consécutifs	1 000 \$ / période de 60 mois consécutifs
Orthèses plantaires sur mesure, chaussures orthopédiques	250 \$ / année civile pour l'ensemble de ces frais	350 \$ / année civile pour l'ensemble de ces frais	500 \$ / année civile pour l'ensemble de ces frais
Pompe à insuline	Non applicable	3 000 \$ / période de 36 mois consécutifs	6 000 \$ / période de 60 mois consécutifs
Prothèse capillaire	100 \$ viager	300 \$ viager	300 \$ viager
Prothèse mammaire externe	Non applicable	150 \$ / année civile	250 \$ / année civile
Soutien-gorge postopératoire	Non applicable	1 soutien-gorge / année civile	2 soutiens-gorge / année civile
Stérilet	Non applicable	75 \$ / période de 24 mois consécutifs	75 \$ / période de 24 mois consécutifs

GARANTIES	BLOC MINIMAL	BLOC MÉDIAN	BLOC OPTIMAL
Professionnels de la santé			
Acupuncteur	Non applicable	50 \$ / visite, 600 \$ / année civile	50 \$ / visite, 700 \$ / année civile
Audiologiste Ergothérapeute Naturopathe Orthophoniste Ostéopathe Podiatre	Non applicable	70 \$ / visite, 600 \$ / année civile pour l'ensemble de ces professionnels	70 \$ / visite, 700 \$ / année civile pour l'ensemble de ces professionnels
Chiropraticien	Non applicable	50 \$ / visite, 600 \$ / année civile	50 \$ / visite, 700 \$ / année civile
Radiographie de chiropraticien	Non applicable	50 \$ / année civile	50 \$ / année civile
Diététiste	Non applicable	60 \$ / visite, 600 \$ / année civile	60 \$ / visite, 700 \$ / année civile
Homéopathe Kinésithérapeute Massothérapeute Orthothérapeute	Non applicable	Non applicable	50 \$ / visite, 700 \$ / année civile pour l'ensemble de ces professionnels
Physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique et thérapeute du sport	Non applicable	60 \$ / visite, 600 \$ / année civile	60 \$ / visite, 700 \$ / année civile
Psychologue, psychiatre, psychanalyste en clinique externe et psychothérapeute	Non applicable	90 \$ / visite, 600 \$ / année civile pour l'ensemble de ces professionnels	90 \$ / visite, 700 \$ / année civile pour l'ensemble de ces professionnels

4. Frais d'assurance voyage, annulation de voyage et hospitalisation

4.1 Assurance voyage

La description des frais admissibles de cette protection se trouve dans la section suivante de ce contrat.

4.2 Assurance annulation de voyage

La description des frais admissibles de cette protection se trouve dans la section suivant celle de l'assurance voyage.

4.3 Hospitalisation

Les frais d'**hospitalisation** engagés au Canada et excédant les frais payables par tout régime public d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée, sans limite quant au nombre de jours, pourvu que l'hospitalisation ait débuté en cours d'assurance.

4.4 Centre d'hébergement et de soins de longue durée

Les frais d'occupation d'une chambre dans un **centre d'hébergement et de soins de longue durée** reconnu par un organisme gouvernemental approprié ou dans un centre hospitalier si la personne assurée reçoit des soins de longue durée, et excédant les frais payables par tout régime public d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée, pourvu que l'occupation ait débuté en cours d'assurance. Cependant, les frais d'aide aux activités de la vie quotidienne sont exclus.

4.5 Centre de réadaptation

Les frais d'occupation d'une chambre, repas compris, pendant au moins 12 heures consécutives, dans un **centre de réadaptation** reconnu par un organisme gouvernemental approprié et excédant les frais payables par tout régime public d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée, pourvu que la personne assurée soit admise dans un tel centre moins de 14 jours après la fin de son hospitalisation et que l'hospitalisation ait débuté en cours d'assurance.

5. Autres frais admissibles

5.1 Médicaments

L'Assureur rembourse les médicaments et les services pharmaceutiques prescrits par un professionnel de la santé, non admissibles au régime public d'assurance médicaments de la province de résidence et satisfaisant à l'ensemble des conditions suivantes :

- a) Ils sont porteurs d'un numéro d'identification numérique (DIN) valide, émis par Santé Canada et disponibles dans la province de résidence de la personne assurée.

- b) Ils sont obtenus exclusivement en pharmacie et vendus par un professionnel de la santé légalement autorisé à le faire.
- c) Ils doivent être prescrits conformément aux indications thérapeutiques du fabricant ou, à défaut de celles-ci, aux indications des autorités compétentes de la province de résidence de la personne assurée.

Des limitations peuvent s'appliquer sur certains médicaments si la loi le permet. Ces limitations sont indiquées au **Tableau des garanties**.

De plus, les services pharmaceutiques sont sujets aux maximums prévus par le régime public d'assurance médicaments de la province de résidence de la personne assurée.

5.1.1 Substitution générique obligatoire

Seuls les frais pour l'achat du produit le moins cher équivalent au médicament prescrit sont admissibles, et ce, même si le professionnel de la santé indique la mention « Ne pas substituer » sur l'ordonnance.

Si la personne assurée désire obtenir le remboursement du médicament d'origine ou d'un produit équivalent, elle devra obtenir le formulaire prévu à cet effet, disponible auprès de l'Assureur, et le faire remplir par le professionnel de la santé qui devra spécifier les contre-indications médicales à l'achat du produit équivalent le moins cher. La personne assurée devra ensuite transmettre ce formulaire à l'Assureur pour analyse. Les renouvellements de prescriptions pour les médicaments ayant reçu une approbation seront par la suite acceptés par le système de transmission électronique de l'Assureur. Le formulaire médical n'aura pas à être rempli à nouveau.

Médicaments génériques : Les médicaments génériques sont des copies de médicaments brevetés dont l'exclusivité commerciale n'est plus protégée par un brevet.

5.1.2 Les frais pour la substance utilisée pour les **injections sclérosantes** médicalement requises et administrées par un médecin sont également couverts.

5.1.3 Les frais pour les **vaccins préventifs**, administrés par un médecin ou un infirmier, dont le but est de prévenir une maladie. Seul le coût de la substance est admissible à un remboursement.

5.1.4 Service de paiement automatisé

Le paiement automatisé permet à la personne assurée d'utiliser sa carte de services pour l'achat de médicaments, selon le mode de paiement indiqué au **Tableau des garanties**.

5.1.5 Exclusions et réduction - Frais de médicaments

Sont exclus de la présente garantie et aucun remboursement n'est effectué par l'Assureur pour les médicaments, produits ou traitements suivants :

- a) les produits considérés comme étant des substituts de nourriture, les produits cosmétiques, savons, huiles de teint, émollients épidermiques, shampoings et autres produits pour le cuir chevelu;
- b) les substances ou aliments diététiques, les produits contre l'obésité;
- c) les médicaments homéopathiques, les vitamines ou les produits naturels;
- d) les médicaments administrés principalement à titre préventif, à l'exception des vaccins préventifs admissibles selon le présent contrat. Aux fins de cette exclusion, un médicament servant à stabiliser ou régulariser un état pathologique diagnostiqué par un professionnel de la santé n'est pas considéré un médicament préventif;
- e) les produits contre la calvitie, les rides ou tout autre traitement administré principalement à des fins esthétiques;
- f) les produits antitabac à l'exception de ceux couverts par le régime public d'assurance médicament de la province de résidence de la personne assurée;
- g) les médicaments ou substances servant au traitement de l'infertilité ou de la dysfonction érectile à l'exception de ceux couverts par le régime public d'assurance médicament de la province de résidence de la personne assurée;
- h) toute substance utilisée dans le but d'insémination, gelées et mousses à but contraceptif;
- i) les médicaments fournis au cours d'une hospitalisation;
- j) les traitements ou médicaments de nature expérimentale;
- k) les articles reliés à l'utilisation des médicaments administrés par injection, tels que l'alcool à friction, les tampons, les injecteurs automatiques ou tout autre équipement du même genre;
- l) les médicaments dont le paiement est refusé en vertu des indications reconnues par le régime public d'assurance médicaments de la province de résidence de la personne assurée.

De plus, l'Assureur peut refuser le remboursement d'un médicament qui est prescrit pour une condition autre que celles visées par les indications thérapeutiques du fabricant ou de façon non conforme à la pratique courante de la médecine. L'Assureur peut, entre autres, exiger un diagnostic médical et limiter le remboursement à un maximum raisonnable.

Enfin, advenant l'approbation par Santé Canada d'un nouveau médicament pouvant affecter le coût de la garantie de façon importante, l'Assureur se réserve le droit d'exclure ledit médicament de la garantie tout en respectant les dispositions législatives de la province de résidence de la personne assurée ou de modifier la prime à compter de la date de l'approbation.

5.2 Services médicaux

5.2.1 Ambulance

Le transport d'urgence par ambulance par voie terrestre au centre hospitalier le plus proche où la personne assurée peut recevoir les soins requis pour sa condition.

Les frais pour le transport d'urgence par voie aérienne lorsque le transport ne peut être effectué autrement sont également admissibles.

5.2.2 Cure de désintoxication, incluant clinique pour joueurs compulsifs

Les frais engagés pour un séjour en clinique privée, spécialisée dans le traitement de l'alcoolisme ou de toxicomanie et reconnue comme tel excluant toutefois le tabagisme.

Les frais de séjour dans une clinique spécialisée en réhabilitation de joueurs compulsifs sont également admissibles.

5.2.3 Dentiste à la suite d'un accident

Les honoraires d'un dentiste, à la suite d'un accident survenu en cours d'assurance, pour le traitement d'une mâchoire fracturée ou de lésions à des dents saines, naturelles et vivantes. Les services doivent avoir été rendus dans les 12 mois de la date de l'accident.

Cependant, s'il existe plus d'un type de traitement pour la condition dentaire de la personne assurée, l'Assureur rembourse les frais pour le traitement normal et approprié le moins dispendieux.

5.2.4 Frais de déplacement et d'hébergement pour traitements médicaux hors de la région de résidence de la personne assurée

Les frais de transport et d'hébergement engagés pour obtenir les services professionnels d'un médecin spécialiste non disponible dans la région de résidence de la personne assurée.

Les frais de déplacement en automobile ou par un transporteur public (autobus, avion, bateau, train) et les frais d'hébergement engagés dans un établissement public, à condition que la consultation ou le traitement nécessite un séjour.

Toutefois, les conditions suivantes s'appliquent :

- les frais admissibles doivent être engagés, sur ordonnance médicale, pour consultation avec un médecin spécialiste non présent dans la région de résidence de la personne assurée. Sont également admissibles, les frais pour un traitement non disponible dans cette région et rendu par un médecin spécialiste;
- les frais admissibles doivent être occasionnés par un déplacement du nombre minimal de kilomètres indiqué au **Tableau des garanties** du lieu de résidence de la personne assurée au lieu de la consultation (aller seulement), ce dernier lieu devant par ailleurs être le plus près possible du lieu de résidence de la personne assurée;
- pour les déplacements en automobile, les frais admissibles sont égaux à ceux qui auraient été engagés si le moyen de transport utilisé avait été l'autobus;
- les frais admissibles sont remboursés sur production de reçus ou de factures acquittées, sauf si le moyen de transport utilisé est l'automobile;
- les frais admissibles incluent les frais engagés par la personne assurée ainsi que par un accompagnateur, si la situation le justifie.

5.2.5 Soins et services à domicile

Les frais pour les soins et services décrits ci-après, lorsqu'ils sont recommandés par un médecin et rendus nécessaires à la suite d'une hospitalisation ou d'une chirurgie d'un jour, sont admissibles pourvu qu'ils soient engagés dans les 30 jours suivant l'hospitalisation de la personne assurée ou suivant sa sortie de l'unité de chirurgie d'un jour ou de médecine de jour et pourvu qu'ils ne puissent être rendus par une personne qui réside avec la personne assurée ou un proche parent de celle-ci.

- a) les honoraires pour des services d'aide à domicile, facturés par un fournisseur d'aide à domicile, pour se laver, se nourrir, se vêtir et pourvoir à ses besoins élémentaires d'hygiène;
- b) les frais de séjour dans une maison d'hébergement spécialisée dans les soins post-hospitalisation;
- c) les frais de base pour des services d'entretien courant du domicile de la personne assurée (préparation des repas, ménage, lessive, vaisselle, tonte de la pelouse et déneigement);
- d) les honoraires pour des services de garde d'enfants mineurs;
- e) les frais de transport public pour une visite médicale chez le médecin ou au centre hospitalier incluant les frais de transport d'une personne accompagnant la personne assurée, si nécessaire.

5.2.6 Soins infirmiers

Les honoraires pour des soins médicaux rendus au domicile de la personne assurée par des infirmiers ou infirmiers auxiliaires membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par une autorité législative, à l'exclusion de toute personne qui réside à la maison de la personne assurée ou qui est un proche parent.

5.3 Services diagnostiques

5.3.1 Échographie

Les frais d'échographies (autres que fœtales) effectuées à l'extérieur d'un centre hospitalier.

5.3.2 Imagerie par résonance magnétique

Les frais de tests d'imagerie par résonance magnétique effectués à l'extérieur d'un centre hospitalier à des fins de diagnostic.

5.3.3 Polysomnographie

Les frais pour polysomnographies effectuées à l'extérieur d'un centre hospitalier à des fins préventives ou diagnostiques.

5.3.4 Radiographie

Les frais pour les radiographies effectuées à l'extérieur d'un centre hospitalier à des fins préventives ou diagnostiques.

5.3.5 Tests et analyses de laboratoire

Les frais pour les tests et analyses de laboratoire effectués à l'extérieur d'un centre hospitalier à des fins préventives ou diagnostiques.

5.3.6 Tomodensitométrie

Les frais de tomodensitométrie effectuée à l'extérieur d'un centre hospitalier à des fins préventives ou diagnostiques.

5.4 Services divers

5.4.1 Chirurgie d'affirmation de genre

L'Assureur rembourse les frais engagés pour une intervention chirurgicale effectuée par un médecin pour la personne assurée visant à modifier les caractéristiques sexuelles de la personne assurée afin de les harmoniser avec le genre ressenti par celle-ci. Les frais d'épilation par électrolyse ou par laser sont également admissibles.

Les frais sont admissibles si la totalité des conditions suivantes est satisfaite :

- i) la personne assurée doit avoir reçu un diagnostic de dysphorie de genre par un médecin;
- ii) l'intervention chirurgicale ou l'épilation doit être effectuée au Canada;
- iii) l'intervention chirurgicale ou l'épilation ne doit pas être couverte par le régime public d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée.

5.5 Autres frais médicaux

5.5.1 Appareil auditif

Les frais d'achat ou de réparation.

5.5.2 Appareil d'assistance respiratoire et oxygène

Les frais de location ou d'achat, lorsque ce dernier mode est plus économique, d'un appareil respiratoire et de l'oxygène.

5.5.3 Appareil pour diabétiques (glucomètre, dextromètre)

Les frais d'achat d'un appareil destiné au contrôle du diabète (glucomètre, dextromètre ou tout appareil du même genre) et de la mallette permettant son déplacement, sur présentation d'un rapport complet du médecin traitant attestant que la personne assurée est insulino-dépendante.

5.5.4 Autres appareils thérapeutiques

Les frais de location ou d'achat, si ce dernier mode est plus économique, d'un appareil thérapeutique. Cette garantie couvre également les frais d'ajustement, de remplacement et de réparation.

Les équipements ou les fournitures suivants sont également considérés comme des appareils thérapeutiques :

- a) les appareils d'aérosolthérapie, c'est-à-dire les appareils nécessaires au traitement, entre autres, de l'emphysème aigu, de la bronchite chronique ou de l'asthme chronique (ex. : nébulisateur ou compresseur);
- b) les stimulateurs de consolidation de fractures (ex. : stimulateur osseux);
- c) les instruments de surveillance respiratoire en cas d'arythmie respiratoire (ex. : moniteur d'apnée);
- d) les respirateurs à pression positive intermittente (ex. : ventilateur volumétrique);

- e) les vêtements pour le traitement de brûlures;
- f) l'achat de couches pour incontinence, de sondes, de cathéters et d'autres articles hygiéniques du même genre devenus nécessaires à la suite de la perte totale et irrécouvrable de la fonction vésicale ou intestinale.

Cette garantie ne couvre pas les appareils de contrôle (tels que stéthoscope, thermomètre, etc.) ainsi que les accessoires domestiques (tels que bain tourbillon, purificateur d'air, humidificateur, climatiseur) et les autres appareils de même nature.

5.5.5 Bas de contention

Les frais d'achat.

5.5.6 Fauteuil roulant, lit d'hôpital

Les frais de location ou d'achat d'un modèle de base, lorsque ce dernier mode est jugé plus économique par l'Assureur, d'un fauteuil roulant ou d'un lit d'hôpital.

5.5.7 Membre ou œil artificiel, supports, corsets ou autres équipements orthopédiques, bandes herniaires ou béquilles

Les frais pour l'achat ou la location, selon le cas.

5.5.8 Neurostimulateur percutané

Les frais d'achat, d'ajustement, de remplacement ou de réparation.

5.5.9 Orthèses plantaires sur mesure, chaussures orthopédiques

Les frais pour l'achat d'éléments correctifs ajoutés à des chaussures ordinaires, fabriqués par un laboratoire orthopédique spécialisé; le coût initial ou le coût de remplacement de chaussures orthopédiques fabriquées sur mesure pour la personne assurée par un laboratoire orthopédique spécialisé.

Le laboratoire orthopédique spécialisé doit être détenteur de tous les permis et autorisations d'usage dans la province de résidence de la personne assurée.

5.5.10 Pompe à insuline

Les frais de location ou d'achat. Les frais pour le lecteur de glucose en continu sont également admissibles.

5.5.11 **Prothèse capillaire**

Les frais d'achat d'une prothèse capillaire à la suite de traitements de chimiothérapie.

5.5.12 **Prothèse mammaire externe**

Les frais d'achat d'une prothèse mammaire externe par suite de mastectomie, en excédent du montant versé par tout régime public d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée.

5.5.13 **Soutien-gorge postopératoire**

Les frais d'achat d'un soutien-gorge postopératoire vendu par un laboratoire spécialisé et requis à la suite d'une mastectomie radicale.

5.5.14 **Stérilet**

Les frais d'achat.

5.6 **Professionnels de la santé**

Les services rendus par un professionnel de la santé doivent l'être par un professionnel dûment autorisé par les lois gouvernementales et membre en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative. De plus, un seul traitement ou une seule consultation par jour, par personne assurée, est admissible aux prestations.

5.6.1 **Acupuncteur**

5.6.2 **Audiologiste, ergothérapeute, naturopathe, orthophoniste, ostéopathe et podiatre**

5.6.3 **Chiropraticien et radiographie de chiropraticien**

5.6.4 **Diététiste**

5.6.5 **Homéopathe, kinésithérapeute, massothérapeute et orthothérapeute**

5.6.6 **Physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique et thérapeute du sport**

5.6.7 **Psychologue, psychiatre, psychanalyste en clinique externe et psychothérapeute**

Le maximum de ces honoraires s'appliquera également dans le cas de thérapie conjugale pour les deux conjoints. Les services de psychiatre qui sont remboursés sont uniquement ceux rendus comme traitements de psychanalyse et dans la mesure où ces professionnels font partie de la Société canadienne de psychanalyse.

6. Exclusions et réduction de la garantie

Sont exclus de la présente garantie les produits, soins, services et fournitures décrits et aucun remboursement n'est effectué par l'Assureur pour les frais engagés lors des événements suivants :

- 6.1 Pour des prothèses dentaires, sauf si rendues nécessaires par suite d'un accident.
- 6.2 Pour des lunettes ou verres de contact, sauf si rendus nécessaires par suite d'un accident.
- 6.3 Pour une chirurgie au laser.
- 6.4 Pour des injections dans le cadre d'une cure d'amaigrissement.
- 6.5 Pour une chirurgie, des traitements ou des prothèses à des fins esthétiques, sauf à la suite d'un accident.
- 6.6 Pour des soins prodigués à des fins esthétiques.
- 6.7 Pour des lunettes de protection ou des lunettes de soleil.
- 6.8 Pour des soins prodigués gratuitement.
- 6.9 Pour un examen de la vue.
- 6.10 En raison d'une blessure ou d'une mutilation que la personne assurée s'est infligée volontairement, qu'elle soit saine d'esprit ou non.
- 6.11 Pour des soins et services administrés par un membre de la famille ou un proche parent de la personne assurée ou par une personne qui réside avec cette dernière.
- 6.12 Pour un examen médical périodique, ou pour un examen médical à des fins d'emploi, d'admission à une institution scolaire, d'assurance ou pour voyage de santé.
- 6.13 Pour une condition survenue alors que la personne assurée est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays.
- 6.14 Pour une condition survenue lors de la participation de la personne assurée à un acte criminel ou réputé comme tel, y compris le fait de conduire un véhicule moteur avec un taux d'alcoolémie qui dépasse la limite permise par la loi.
- 6.15 Pour tout ticket modérateur, franchise ou coassurance exigé par tout régime public sur des produits et services admissibles en vertu de cette garantie.
- 6.16 En cas d'hospitalisation pour soins prolongés, les frais de séjour dans un centre d'accueil ou tout établissement, incluant les centres hospitaliers, fournissant le même type de service (hébergement).

- 6.17 Pour des frais engagés pour des produits, soins, services ou fournitures pour lesquels la personne assurée n'est pas tenue de payer ou ne serait pas tenue de payer si elle s'était prévalu des dispositions de tout régime public ou ne serait pas tenue de payer en l'absence de la présente garantie.
- 6.18 Pour des frais payables en vertu de tout autre régime individuel ou collectif et les frais pour lesquels la personne assurée a droit à une indemnité en vertu de toute loi canadienne ou étrangère.
- 6.19 Pour tout produit, soin, service ou fourniture de nature expérimentale.
- 6.20 Pour tout produit, soin, service ou fourniture non médicalement requis.

GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE ET SOINS DE SANTÉ – ASSURANCE VOYAGE

Numéros de téléphone de l'Assisteur :

Au Canada et aux États-Unis : 1 800 363-9050

Ailleurs dans le monde, à frais virés : 514 985-2281

L'Assisteur peut être joint 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

DIRECTIVES IMPORTANTES

Avant d'engager des frais pour obtenir tout service, soin, traitement et fourniture à la suite d'une situation d'urgence, la personne assurée doit d'abord communiquer avec l'Assisteur. En effet, l'Assisteur doit préalablement autoriser les frais que la personne assurée envisage d'engager. À cet égard, cette dernière doit se conformer en tout temps aux recommandations de l'Assisteur.

Toutefois, si la situation d'urgence empêche la personne assurée de communiquer avec l'Assisteur avant d'engager des frais, la personne assurée, ou une autre personne en son nom, doit le faire aussitôt que possible afin de permettre à l'Assisteur de prendre rapidement des arrangements avec le fournisseur.

CONDITION DE SANTÉ PRÉEXISTANTE

Une condition de santé préexistante peut avoir une influence sur l'admissibilité de la personne assurée à l'assurance voyage. Si la personne assurée est atteinte d'une telle condition, elle doit s'assurer avant son départ en voyage que cette condition de santé préexistante ne nuit pas à son admissibilité. Les conditions d'admissibilité à l'assurance voyage sont précisées à la présente section.

En cas de doute, la personne assurée doit communiquer avec l'Assisteur qui peut lui fournir des renseignements au sujet de son admissibilité.

1. Définitions

Les définitions suivantes s'appliquent spécifiquement à l'assurance voyage, en plus des définitions prévues à la section « Définitions », lorsque le contexte s'y prête.

- a) **Activité à risque élevé** : activité comportant un haut niveau de danger et impliquant notamment de la vitesse, de la hauteur, un degré important d'effort physique, de l'équipement hautement spécialisé ou des cascades spectaculaires. À titre d'exemples, des activités telles que le ski ou la planche à neige pratiqué hors-piste, le saut à ski, le parachutisme, le vol libre et toute épreuve de vol plané, le saut à l'élastique, la plongée sous-marine, la descente en eau vive, la luge, le skeleton, l'alpinisme, l'escalade de rochers, la planche nautique à cerf-volant ou la participation à des rodéos sont considérées comme des activités à risque élevé.

Toutefois, malgré ce qui précède, les activités suivantes ne sont pas considérées comme des activités à risque élevé :

- i) une plongée sous-marine n'excédant pas 30 mètres et pour laquelle le plongeur possède la certification appropriée;
- ii) une descente en eau vive dans les rapides de classe 1 à 4 pour le rafting et ceux de classe 1 à 3 pour le canoë et le kayak.
- b) **Assiste**ur : fournisseur de services d'assistance voyage désigné par l'Assureur. L'Assureur se réserve le droit de modifier les services disponibles ou de changer d'Assiste
ur sans préavis.- c) **Compagnon de voyage** : personne qui planifie le voyage avec la personne assurée, l'accompagne en voyage et partage avec elle les frais d'hébergement et de transport.
- d) **Diagnostic** : identification par un médecin de la nature et de la cause de la condition médicale dont une personne assurée est atteinte.
- e) **Situation d'urgence** : situation qui nécessite une attention ou des traitements immédiats en raison d'un accident, d'une maladie subite et inattendue ou en raison d'une condition médicale de la personne assurée qui s'est détériorée après la date de son départ en voyage. Cette attention ou ces traitements immédiats doivent prévenir ou minimiser une menace à la vie ou à la santé de la personne assurée.

Une situation d'urgence cesse d'exister lorsqu'aucune attention ou traitement supplémentaire ne sont nécessaires dans le cadre du voyage de la personne assurée ou qui pourraient être prodigués, si requis, suivant son rapatriement dans sa province de résidence, et ce, conformément aux dispositions de ce contrat.

- f) **Stable** : une condition médicale (autre qu'une affection mineure) est considérée stable lorsque, au cours des 90 jours précédant la date prévue du départ de la personne assurée en voyage, la totalité des exigences suivantes est satisfaite :
 - i) aucun nouveau diagnostic n'a été posé.
 - ii) aucun nouveau traitement prescrit n'a été prodigué à la personne assurée.
 - iii) aucun changement n'a été apporté au type, à la quantité ou à la fréquence du traitement, y compris l'arrêt du traitement.
 - iv) aucun changement n'a été apporté au type, à la quantité ou à la fréquence de la médication, ni aucune recommandation de commencer une nouvelle médication n'a été donnée.
 - v) la personne assurée n'a pas présenté de nouveaux symptômes, n'a pas été hospitalisée et aucun test n'a démontré une détérioration de son état de santé.
 - vi) aucun traitement ou consultation médicale n'est prévu, n'a été recommandé ou n'a été planifié par un médecin.

- vii) la personne assurée n'est pas en attente de tests médicaux ou de résultats de tests médicaux.

Toutefois, la période précitée de 90 jours n'est plus applicable s'il est prouvé, à la satisfaction de l'Assisteur, que la condition médicale de la personne assurée est considérée stable au moment de son départ en voyage.

- g) **Traitement** : protocole de soins médicaux prescrits, posé ou recommandé par un médecin pour une condition médicale, notamment la prescription de médicaments, les examens d'investigation et les opérations.
- h) **Transporteur public** : tout transporteur approuvé par les autorités compétentes et exploité en vertu d'un permis de transport pour le transport (aérien, maritime ou terrestre) de passagers contre rémunération.
- i) **Voyage** : voyage touristique, voyage d'agrément, voyage d'affaires ou activité à caractère commercial nécessitant une absence de la personne assurée de sa province de résidence. Aux fins d'interprétation de cette définition, il est entendu qu'un voyage débute à la date du départ de la personne assurée et se termine à la date de son retour dans sa province de résidence.

2. **Objet de l'assurance**

Par l'entremise de l'Assisteur, l'Assureur rembourse les frais pour les services, soins, traitements et fournitures qui doivent être engagés lors d'une situation d'urgence si une personne assurée est victime d'un accident, est atteinte d'une maladie subite et inattendue ou décède pendant son voyage.

De plus, l'Assisteur offre des services d'assistance voyage à toute personne assurée qui en fait la demande, et ce, en tout temps et dans le monde entier.

Les frais admissibles et les services d'assistance voyage sont décrits aux sections suivantes. Les frais admissibles sont remboursés selon les modalités indiquées au **Tableau des garanties**.

Par ailleurs, la personne assurée est couverte à partir de la date de son départ en voyage jusqu'à la première des éventualités suivantes :

- a) son retour dans sa province de résidence, ou
- b) l'expiration de la période maximale de protection prévue au **Tableau des garanties**.

La période maximale de protection précitée peut être prolongée si la situation d'urgence persiste alors que la personne assurée reçoit des soins médicaux. Dans un tel cas, la période de protection se poursuit pour la durée de l'hospitalisation de la personne assurée, et ce, jusqu'à un maximum de 24 heures suivant son congé du centre hospitalier.

3. Conditions d'admissibilité de la personne assurée

Une personne assurée souffrant d'une condition médicale doit s'assurer avant son départ en voyage que :

- a) son état de santé est stable;
- b) elle est en mesure d'effectuer ses activités normales de la vie quotidienne;
- c) aucune consultation médicale n'est requise pour sa condition médicale pendant la durée de son voyage;
- d) elle ne voyage pas malgré la recommandation d'un médecin ou de l'Assisteur de ne pas voyager;
- e) elle n'a pas reçu de diagnostic de maladie en phase terminale.

La personne assurée qui souffre d'une condition médicale, qui est incertaine quant à son état de santé ou qui est dans l'attente d'un diagnostic, doit communiquer avec l'Assisteur le plus rapidement possible avant son départ pour obtenir une confirmation quant à son admissibilité en vertu de cette assurance.

4. Frais admissibles

Tous les frais admissibles décrits dans cette section nécessitent l'autorisation préalable de l'Assisteur. La personne assurée doit ainsi communiquer avec l'Assisteur avant d'engager des frais ou d'entreprendre toute démarche.

4.1 Frais d'hospitalisation et de soins médicaux d'urgence

a) Centre hospitalier

Les frais d'hospitalisation en chambre à deux lits. S'ils sont jugés nécessaires du point de vue médical, sont également couverts les frais relatifs aux soins administrés dans une unité de soins intensifs ou de soins coronariens.

b) Honoraires de médecin

Les honoraires de médecin pour des soins médicaux, chirurgicaux ou d'anesthésie excluant les honoraires pour des soins dentaires.

c) Équipements médicaux et orthopédiques

Les frais d'achat ou de location de béquilles, de cannes ou d'attelles; les frais de location de fauteuils roulants, d'équipements orthopédiques ou d'autres équipements médicaux, lorsque prescrits par le médecin traitant.

d) Analyses de laboratoire et services diagnostiques

Les frais d'analyse de laboratoire et de services diagnostiques, lorsque prescrits par le médecin traitant.

e) **Frais accessoires**

Les frais inhérents à l'hospitalisation de la personne assurée, tels que les frais de téléphone, de location de télévision ou de stationnement. Le remboursement est limité à 100 \$ par période d'hospitalisation, par personne assurée, sur présentation des pièces justificatives.

f) **Soins infirmiers**

Les honoraires d'un infirmier diplômé pour des soins privés, donnés exclusivement dans un centre hospitalier, lorsqu'ils sont médicalement requis et prescrits par le médecin traitant. L'infirmier doit être membre en règle d'un ordre professionnel reconnu par les autorités compétentes de l'endroit où les soins sont prodigués. Le remboursement est limité à 3 000 \$ par voyage, par personne assurée.

g) **Médicaments prescrits**

Les frais de médicaments pour un traitement dans le cadre d'une situation d'urgence, lorsque prescrits par le médecin traitant. Les frais de médicaments en vente libre ne sont pas admissibles.

h) **Soins dentaires à la suite d'un accident**

Les honoraires d'un dentiste pour le traitement d'une mâchoire fracturée ou de lésions à des dents saines et naturelles à la suite d'un accident.

Une dent est considérée comme saine lorsqu'elle ne présente aucune atteinte pathologique en elle-même ou au niveau des structures adjacentes. De plus, une telle dent ne nécessite pas de restaurations supplémentaires pour demeurer intacte ou en place.

Les soins doivent commencer alors que la personne assurée est en voyage et se terminer au cours des 6 mois suivant la date de l'accident. Le remboursement est limité à 1 000 \$ par accident, par personne assurée.

4.2 Frais de transport, de subsistance et frais relatifs au décès de la personne assurée

Le remboursement des frais de transport décrits ci-après est limité aux frais qui auraient été exigés par le transporteur public le plus économique, par la route la plus directe.

a) Service ambulancier

Les frais de transport par ambulance, par voie terrestre ou aérienne, pour conduire la personne assurée jusqu'au centre hospitalier adéquat le plus près. Les frais de transfert entre centres hospitaliers sont également admissibles lorsque le médecin traitant et l'Assisteux estiment que l'établissement où est hospitalisée la personne assurée ne peut la traiter adéquatement ni stabiliser sa condition.

b) Rapatriement de la personne assurée

- i) Les frais de rapatriement de la personne assurée à son domicile dans le but de recevoir des soins urgents ou jusqu'à un centre hospitalier en vue d'une hospitalisation immédiate.
- ii) Les frais de retour de la personne assurée dans sa province de résidence lorsque le moyen de transport initialement prévu pour le retour n'est pas convenable à son état de santé.

Le rapatriement doit être effectué par le transporteur jugé le plus approprié par l'Assisteux. Le retour de la personne assurée dans sa province de résidence doit être effectué dès que son état de santé le permet. Si l'état de santé de la personne assurée l'exige, une escorte médicale désignée par l'Assisteux peut l'accompagner lors du rapatriement.

c) Retour des personnes à charge ou d'un compagnon de voyage

Lors du rapatriement ou du transport de la personne assurée, les frais pour l'achat d'un billet d'un transporteur public, si le moyen de transport initialement prévu ne peut être utilisé, pour ramener les personnes à charge ou le compagnon de voyage de la personne assurée, selon le cas, dans leur province de résidence.

d) Transport des proches parents

- i) Frais de transport aller-retour d'un proche parent de la personne assurée entre son lieu de résidence et le centre hospitalier où la personne assurée est hospitalisée. La personne assurée doit être hospitalisée depuis au moins 7 jours consécutifs pour que les frais soient admissibles. De plus, la nécessité de la visite du proche parent doit être confirmée par le médecin traitant de la personne assurée. Le remboursement est limité à 1 500 \$, par voyage.

- ii) Frais de transport pour ramener les enfants à charge de moins de 18 ans dans leur province de résidence si la personne assurée, en raison d'une situation d'urgence, ou un autre adulte faisant partie du voyage, ne peut les superviser.
- iii) Frais de transport aller-retour d'un proche parent de la personne assurée pour permettre l'identification de la dépouille de la personne assurée décédée pendant son voyage. Le remboursement est limité à 1 500 \$, par voyage.

e) **Hébergement et repas**

Les frais d'hébergement et de repas engagés dans un établissement commercial lorsqu'une personne assurée, un proche parent l'accompagnant ou son compagnon de voyage doit reporter la date de son retour en raison de l'accident qu'il a subi ou de la maladie qu'il a contractée. Le remboursement est limité à 200 \$ par jour, jusqu'à concurrence d'un maximum de 8 jours, par voyage.

f) **Retour du véhicule**

Les frais engagés auprès d'une agence commerciale pour faire rapporter le véhicule de la personne assurée à sa résidence, ou son véhicule de location à l'agence de location la plus rapprochée de l'endroit où la personne assurée séjourne. Les frais sont admissibles seulement si la personne assurée ne peut conduire ce véhicule en raison de l'accident qu'elle a subi ou de la maladie qu'elle a contractée. Cette incapacité doit être confirmée par le médecin traitant. Le compagnon de voyage doit également être dans l'impossibilité de conduire le véhicule. Le remboursement est limité à 2 000 \$, par voyage.

g) **Préparation et rapatriement de la dépouille de la personne assurée**

Les frais engagés pour la préparation et le rapatriement de la dépouille de la personne assurée jusqu'au lieu d'inhumation ou de crémation dans sa province de résidence. Les frais engagés pour l'achat du cercueil ou de l'urne funéraire ne sont pas admissibles. Le remboursement est limité à 5 000 \$.

h) **Enterrement ou incinération à l'endroit du séjour de la personne assurée**

Les frais engagés pour l'enterrement ou l'incinération de la personne assurée à l'endroit où elle séjournait pendant son voyage. Le remboursement est limité à 3 000 \$.

5. Services d'assistance voyage

a) Assistance avant le départ de la personne assurée en voyage

L'Assisteur offre un service téléphonique afin de fournir à la personne assurée des renseignements et des conseils utiles prodigués par des infirmières et des chargés d'assistance avant son départ en voyage. Ces renseignements et conseils peuvent notamment concerner :

- i) les vaccins requis;
- ii) les précautions sanitaires liées à l'eau, à la nourriture et à la destination de voyage;
- iii) les précautions recommandées relativement à l'état de santé de la personne assurée;
- iv) la liste d'articles à inclure dans une trousse de premiers soins;
- v) les numéros de téléphone et codes de pays à l'étranger;
- vi) les taux de change et devises étrangères;
- vii) les passeports, les visas ou tout autre document exigé;
- viii) les fuseaux horaires et les conditions météorologiques;
- ix) les avis aux voyageurs publiés par le gouvernement canadien.

b) Assistance pendant le voyage de la personne assurée

L'Assisteur procure à la personne assurée une assistance médicale et non médicale pendant son voyage.

Assistance médicale :

- i) recommandation à des médecins ou des centres hospitaliers;
- ii) aide pour l'admission dans un centre hospitalier;
- iii) coordination du transport pour des soins d'urgence;
- iv) suivi du dossier médical par les médecins et infirmières de l'Assisteur;
- v) organisation du transport d'un proche parent si la personne assurée est hospitalisée;
- vi) envoi d'aide médicale et de médicaments si la personne assurée est trop éloignée d'un centre hospitalier pour y être transportée;
- vii) rapatriement de la personne assurée à son domicile ou jusqu'à un centre hospitalier dès que son état de santé le permet;
- viii) retour des personnes à charge et d'un compagnon de voyage;

- ix) retour du véhicule de la personne assurée à sa résidence ou à l'agence de location, selon le cas;
- x) assistance en cas de décès (notamment par la prise en charge des formalités auprès des autorités concernées et le rapatriement de la dépouille).

Assistance non médicale :

- i) aide pour l'obtention d'avances de fonds ou pour l'augmentation de limite de carte de crédit;
- ii) aide pour remplacer des billets, un passeport, des papiers d'identité ou des documents officiels en cas de perte ou de vol afin de poursuivre le voyage;
- iii) aide en cas de problèmes juridiques;
- iv) transmission de messages aux proches dans les situations d'urgence ;
- v) aide en cas de barrières linguistiques;
- vi) aide pour obtenir une prescription médicale dans la région où se trouve la personne assurée;
- vii) renvoi aux autorités compétentes, aux ressources légales, à l'ambassade, au consulat dans le pays où la personne assurée séjourne en cas de situations difficiles.

6. Exclusions et réductions de l'assurance

Les exclusions et réductions prévues à la garantie d'assurance maladie et soins de santé s'appliquent également à l'assurance voyage. De plus, la personne assurée n'a droit à aucun remboursement ou service de la part de l'Assisteur dans les circonstances suivantes :

- a) Le défaut de la personne assurée de se conformer aux directives décrites dans l'encadré au début de la section de l'assurance voyage.
- b) Une grossesse, un arrêt de grossesse, une fausse couche et leurs complications au cours des 8 semaines précédant la date prévue de l'accouchement.
- c) Tout service, soin, traitement et fourniture que la personne assurée a reçu à l'extérieur de sa province de résidence alors qu'il aurait pu les y recevoir, et ce, sans danger pour sa vie ou sa santé.
- d) Tout service, soin, traitement et fourniture qui n'est pas médicalement requis.
- e) Tout service, soin, traitement et fourniture qui n'est pas prodigué lors d'une situation d'urgence, dont notamment, mais sans s'y limiter, toute chirurgie esthétique, toute intervention chirurgicale électorale, tout traitement de maladie chronique, tout traitement de réadaptation ou de convalescence et toutes les conséquences d'un acte médical facultatif.

- f) Tous frais de déplacement qui ne sont pas encourus lors d'une situation d'urgence.
- g) Tout voyage entrepris dans le but ou avec l'intention de recevoir un traitement médical ou de bénéficier de services hospitaliers, que ce voyage soit effectué sur recommandation médicale ou non.
- h) Tout accident ou blessure résultant de l'abus de drogues, d'alcool ou de substances toxiques ou attribuable à une consommation de médicaments qui n'est pas conforme à la prescription médicale ou à la posologie recommandée par le fabricant.
- i) Tout accident ou blessure résultant de la pratique ou de la participation de la personne assurée à un sport ou à une activité sportive pour lequel elle est rémunérée en tant qu'athlète professionnel ou pour lequel un montant d'argent est remis aux gagnants, incluant toute compétition de sport motorisé, course d'accélération ou de toute autre course de véhicule à moteur, ainsi que de toute autre activité à risque élevé.
- j) Tout traitement paramédical qui n'est pas expressément prévu par ce contrat.
- k) Tous frais engagés par la personne assurée postérieurement à la date d'émission d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs ou d'une modification à la hausse du niveau de risque d'un avertissement en vigueur spécifiant d'éviter :
 - i) tout voyage dans un endroit où la personne assurée a prévu se rendre ou dans un endroit où elle se trouve déjà; ou
 - ii) tout voyage à bord d'un navire de croisière, que la personne assurée s'y trouve déjà ou non.

De plus, si l'avertissement a été émis, ou si le niveau de risque d'un avertissement a été modifié durant le séjour de la personne assurée à l'endroit visé par cet avertissement ou durant sa croisière, la personne assurée doit alors prendre les dispositions nécessaires pour se conformer à cet avertissement dans les 14 jours suivant la date de son émission ou la date de modification du niveau de risque. Si la personne assurée ne peut faire la preuve qu'elle a pris les dispositions nécessaires, aucuns frais engagés par la personne assurée ne sont admissibles.

- l) L'Assisteur se dégage de toute responsabilité quant aux retards ou aux empêchements à fournir les services d'assistance prévus à ce contrat lors des circonstances suivantes : grève, guerre civile, invasion ou intervention militaire étrangère, insurrection, acte de terrorisme, coup d'État, émeute ou mouvement populaire, retombées radioactives ou tout autre cas de force majeure.

- m) Les avocats, les médecins et les autres professionnels de la santé ainsi que les centres hospitaliers, les cliniques et les autres établissements auxquels l'Assisteur est susceptible de référer la personne assurée agissent à titre d'entrepreneurs indépendants. L'Assisteur et l'Assureur déclinent toute responsabilité à l'égard de tout acte ou omission imputable à des avocats, des médecins et d'autres professionnels de la santé ainsi qu'à des centres hospitaliers, des cliniques et d'autres établissements, incluant l'accès, la qualité ou la disponibilité des services dispensés.

GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE ET SOINS DE SANTÉ - ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

Numéros de téléphone de l'Assisteur :

Au Canada et aux États-Unis : 1 800 363-9050

Ailleurs dans le monde, à frais virés : 514 985-2281

L'Assisteur peut être joint 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

DIRECTIVES IMPORTANTES

Advenant un événement justifiant l'annulation du voyage avant le départ, la personne assurée doit aviser l'Assisteur au plus tard 48 heures suivant la survenance de la cause admissible ayant entraîné l'annulation du voyage. Dans l'éventualité où la fin du délai de 48 heures coïncide avec un jour férié, l'avis peut être transmis le 1^{er} jour ouvrable suivant.

En effet, la responsabilité de l'Assureur se limite aux frais d'annulation engagés au cours des 48 heures suivant la survenance de l'événement justifiant l'annulation du voyage, ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié.

Si un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs ou une modification du niveau de risque d'un avertissement est en vigueur, la personne assurée doit contacter l'Assisteur 72 heures avant la date de versement du dépôt requis pour ses frais de voyage ou 72 heures avant la date de son départ en voyage, selon le cas.

CONDITION DE SANTÉ PRÉEXISTANTE

Une condition de santé préexistante peut avoir une influence sur l'admissibilité de la personne assurée à l'assurance annulation de voyage. Si la personne assurée est atteinte d'une telle condition, elle doit s'assurer avant d'engager des frais de voyage que cette condition de santé préexistante ne nuit pas à son admissibilité. Les conditions d'admissibilité à l'assurance annulation de voyage sont précisées à la présente section.

En cas de doute, la personne assurée doit communiquer avec l'Assisteur qui peut lui fournir des renseignements au sujet de son admissibilité.

1. Définitions

Les définitions suivantes s'appliquent spécifiquement à l'assurance annulation de voyage, en plus des définitions prévues à la section « Définitions », lorsque le contexte s'y prête.

- a) **Activité à caractère commercial** : assemblée, congrès, convention, exposition, foire ou séminaire, à caractère professionnel ou commercial. Une telle activité doit être publique, sous la responsabilité d'un organisme officiel et conforme aux dispositions légales, règlements et politiques de la région où elle doit s'y tenir, et doit être la seule raison du voyage projeté.
- b) **Activité à risque élevé** : activité comportant un haut niveau de danger et impliquant notamment de la vitesse, de la hauteur, un degré important d'effort physique, de l'équipement hautement spécialisé ou des cascades spectaculaires. À titre d'exemples, des activités telles que le ski ou la planche à neige pratiqué hors-piste, le saut à ski, le parachutisme, le vol libre et toute épreuve de vol plané, le saut à l'élastique, la plongée sous-marine, la descente en eau vive, la luge, le skeleton, l'alpinisme, l'escalade de rochers, la planche nautique à cerf-volant ou la participation à des rodéos sont considérées comme des activités à risque élevé.

Toutefois, malgré ce qui précède, les activités suivantes ne sont pas considérées comme des activités à risque élevé :

- i) une plongée sous-marine n'excédant pas 30 mètres et pour laquelle le plongeur possède la certification appropriée;
- ii) une descente en eau vive dans les rapides de classe 1 à 4 pour le rafting et ceux de classe 1 à 3 pour le canoë et le kayak.
- c) **Assiste**ur : fournisseur de services d'assistance voyage désigné par l'Assureur. L'Assureur se réserve le droit de changer d'Assiste
ur sans préavis.- d) **Associé en affaires** : personne avec laquelle la personne assurée est associée en affaires dans le cadre d'une compagnie de 4 coactionnaires ou moins, ou d'une société à but lucratif composée de 4 associés ou moins.
- e) **Compagnon de voyage** : personne qui planifie le voyage avec la personne assurée, l'accompagne en voyage et partage avec elle les frais d'hébergement et de transport.
- f) **Diagnostic** : identification par un médecin de la nature et de la cause de la condition médicale dont une personne assurée est atteinte.
- g) **Fournisseur de services de voyage** : agence de voyages, grossiste en voyages, opérateur de tours, transporteur public, hôtel, de même que tout commerce ou plateforme de vente ou de réservation en ligne accrédités ou autorisés par les autorités compétentes à exploiter une telle entreprise ou à rendre de tels services.

- h) **Frais de voyage** : somme déboursée d'avance par la personne assurée pour :
- i) l'achat de son voyage auprès d'un fournisseur de services de voyage, incluant son billet d'un transporteur public, la location d'un véhicule motorisé et son hébergement;
 - ii) les réservations pour ses arrangements terrestres habituellement inclus dans un voyage à forfait, que les réservations soient effectuées par la personne assurée ou par un fournisseur de services de voyage;
 - iii) les frais de son inscription à une activité à caractère commercial.
- i) **Gardien** : personne à qui la personne assurée a confié le soin de s'occuper à temps plein de ses enfants à charge et qui en assure leur supervision quotidienne.
- j) **Hôte à destination** : personne dont la résidence principale doit servir de lieu d'hébergement à la personne assurée pendant au moins une partie du voyage, selon une entente convenue à l'avance.
- k) **Situation d'urgence** : situation qui nécessite une attention ou des traitements immédiats en raison d'un accident, d'une maladie subite et inattendue ou en raison d'une condition médicale de la personne assurée qui s'est détériorée après la date de son départ en voyage. Cette attention ou ces traitements immédiats doivent prévenir ou minimiser une menace à la vie ou à la santé de la personne assurée.

Une situation d'urgence cesse d'exister lorsqu'aucune attention ou traitement supplémentaire ne sont nécessaires dans le cadre du voyage de la personne assurée ou qui pourraient être prodigués, si requis, suivant son rapatriement dans sa province de résidence, et ce, conformément aux dispositions de ce contrat.

- l) **Stable** : une condition médicale (autre qu'une affection mineure) est considérée stable lorsque, au cours des 90 jours précédant la date prévue du départ de la personne assurée en voyage, la totalité des exigences suivantes est satisfaite
- i) aucun nouveau diagnostic n'a été posé;
 - ii) aucun nouveau traitement prescrit n'a été prodigué à la personne assurée;
 - iii) aucun changement n'a été apporté au type, à la quantité ou à la fréquence du traitement, y compris l'arrêt de celui-ci;
 - iv) aucun changement n'a été apporté au type, à la quantité ou à la fréquence de la médication, ni aucune recommandation de commencer une nouvelle médication n'a été donnée;
 - v) la personne assurée n'a pas présenté de nouveaux symptômes, n'a pas été hospitalisée et aucun test n'a démontré une détérioration de son état de santé;
 - vi) aucun traitement ou consultation médicale n'est prévu, n'a été recommandé ou n'a été planifié par un médecin;

- vii) la personne assurée n'est pas en attente de tests médicaux ou de résultats de tests médicaux.

Toutefois, la période précitée de 90 jours n'est plus applicable s'il est prouvé, à la satisfaction de l'Assisteur, que la condition médicale de la personne assurée est considérée stable au moment où les frais de voyage ont été engagés.

- m) **Traitement** : protocole de soins médicaux prescrits, posé ou recommandé par un médecin pour une condition médicale, notamment la prescription de médicaments, les examens d'investigation et les opérations.
- n) **Transporteur public** : tout transporteur approuvé par les autorités compétentes et exploité en vertu d'un permis de transport pour le transport (aérien, maritime ou terrestre) de passagers contre rémunération.
- o) **Voyage** : voyage touristique, voyage d'agrément, voyage d'affaires ou activité à caractère commercial comportant le séjour de la personne assurée pour une durée minimale d'une nuit à destination, et ce, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de sa province de résidence. Aux fins d'interprétation de cette définition, il est entendu qu'un voyage débute à la date du départ de la personne assurée et se termine à la date de son retour à son domicile permanent.

2. Objet de l'assurance

Par l'entremise de l'Assisteur, l'Assureur rembourse les frais de voyage engagés par la personne assurée à la suite d'une cause admissible entraînant une annulation ou une interruption de voyage, un report de la date du retour de voyage ou un départ manqué au début ou au cours du voyage. Une cause admissible doit survenir au moment où cette assurance est en vigueur et doit s'être produite lors d'une situation d'urgence ou échappant à la volonté de la personne assurée.

De plus, les frais sont admissibles pourvu qu'ils aient été effectivement payés d'avance par la personne assurée alors que cette dernière est couverte en vertu de la présente assurance ou d'une assurance équivalente en vigueur immédiatement avant la date d'entrée en vigueur de la garantie d'assurance maladie et soins de santé de ce contrat.

Les frais admissibles sont décrits aux sections intitulées « Frais admissibles » et sont remboursés selon les modalités indiquées au **Tableau des garanties**.

3. Conditions d'admissibilité de la personne assurée

Une personne assurée souffrant d'une condition médicale doit s'assurer avant son départ en voyage que :

- a) son état de santé est stable;
- b) elle est en mesure d'effectuer ses activités normales de la vie quotidienne;
- c) aucune consultation médicale n'est requise pour sa condition médicale pendant la durée de son voyage;

- d) elle ne voyage pas malgré la recommandation d'un médecin ou de l'Assisteur de ne pas voyager;
- e) elle n'a pas reçu de diagnostic de maladie en phase terminale.

La personne assurée qui souffre d'une condition médicale, qui est incertaine quant à son état de santé ou qui est dans l'attente d'un diagnostic, doit communiquer avec l'Assisteur le plus rapidement possible avant d'engager des frais de voyage pour obtenir une confirmation quant à son admissibilité en vertu de cette assurance.

4. Protection annulation et interruption de voyage et report de la date du retour du voyage

4.1 Causes admissibles

a) Urgences médicales et décès

- i) Toute situation d'urgence concernant la personne assurée ou un de ses proches parents, son compagnon de voyage ou un de ses proches parents, le gardien de ses enfants à charge, son associé en affaires ou l'hôte à destination.

La situation d'urgence doit être suffisamment grave pour empêcher la personne concernée de remplir ses fonctions habituelles et justifier l'annulation ou l'interruption du voyage ou le report de la date du retour de celui-ci.

- ii) Le décès de la personne assurée, de son conjoint, d'un enfant de la personne assurée ou de son conjoint, du compagnon de voyage, d'une personne dont la personne assurée ou le compagnon de voyage est le liquidateur testamentaire, d'un associé en affaires ou de l'hôte à destination.
- iii) Le décès d'un proche parent de la personne assurée, autre que son conjoint ou un enfant, d'un proche parent du compagnon de voyage ou du gardien des enfants de la personne assurée ou du compagnon de voyage. Les funérailles doivent toutefois avoir lieu au cours des 14 jours précédant la date prévue du départ ou au cours de la période prévue du voyage afin que cette cause soit admissible en vertu de cette assurance.

b) Avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs

L'émission d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs ou une modification à la hausse du niveau de risque d'un avertissement en vigueur spécifiant d'éviter :

- tout voyage ou tout voyage non essentiel dans un endroit où la personne assurée a prévu se rendre ou se trouve déjà; ou
- tout voyage à bord d'un navire de croisière, que la personne assurée s'y trouve déjà ou non.

Les frais d'annulation de voyage sont admissibles si les conditions suivantes sont satisfaites :

- l'avertissement a été émis, ou le niveau de risque d'un avertissement a été modifié, après que les frais de voyage aient été engagés;
- l'avertissement, ou la modification du niveau de risque d'un avertissement, est toujours en vigueur à la date de départ en voyage de la personne assurée.

Quant aux frais d'interruption de voyage, ils sont admissibles si les conditions suivantes sont satisfaites :

- l'avertissement a été émis, ou le niveau de risque d'un avertissement a été modifié, après la date de départ en voyage de la personne assurée;
- l'avertissement, ou la modification du niveau de risque d'un avertissement, est en vigueur au cours de la période prévue de voyage de la personne assurée;
- la personne assurée a pris les dispositions nécessaires pour se conformer à cet avertissement dans les 14 jours suivant la date de son émission ou la date de la modification du niveau de risque.

c) Emplois et professions

- i) La perte involontaire de l'emploi permanent de la personne assurée ou de son conjoint, pourvu que la personne concernée ait occupé ce poste chez le même employeur depuis au moins un an.
- ii) Le déménagement de la personne assurée ou du compagnon de voyage de la résidence principale, causé par un transfert professionnel exigé par son employeur. Le déménagement doit être à plus de 100 kilomètres de la résidence actuelle de la personne concernée et survenir au cours des 30 jours précédant la date prévue du départ en voyage.
- iii) La convocation ou l'assignation de la personne assurée ou de son compagnon de voyage pour agir à titre de juré ou témoin dans une cause devant être entendue au cours de la période prévue du voyage. Toutefois, la personne concernée ne doit pas constituer une des parties impliquées dans la cause et elle doit avoir entrepris toutes les démarches nécessaires pour obtenir son report. L'assignation à témoigner d'une personne assurée dans l'exercice de ses fonctions habituelles ne constitue pas une cause admissible en vertu de cette assurance.
- iv) L'annulation d'une activité à caractère commercial. L'annulation doit être confirmée par un avis écrit provenant de l'organisme officiel responsable de l'organisation de cette activité.

d) **Retards et annulations**

Des conditions météorologiques qui entraînent le retard ou forcent l'annulation du départ du transporteur public utilisé par la personne assurée à partir du point de départ projeté ou empêchent la personne assurée d'effectuer une correspondance prévue avec un autre transporteur après le départ.

Les frais sont admissibles si le retard du transporteur public correspond à au moins 30 % de la durée totale du voyage (minimum 48 heures).

e) **Autres causes admissibles**

- i) Un sinistre rendant inhabitable la résidence principale de la personne assurée, du compagnon de voyage ou de l'hôte à destination, à la condition que la résidence soit toujours inhabitable 7 jours ou moins avant la date prévue du départ ou que le sinistre ait lieu au cours du voyage.
- ii) La mise en quarantaine de la personne assurée ou de son compagnon de voyage, à moins que celle-ci ne se termine plus de 7 jours avant la date prévue du départ en voyage de la personne concernée.
- iii) Le détournement de l'avion à bord duquel la personne assurée voyage.

4.2 **Frais admissibles**

Tous les frais admissibles décrits dans cette section nécessitent l'autorisation préalable de l'Assisteur. La personne assurée doit ainsi communiquer avec l'Assisteur avant d'engager des frais ou d'entreprendre toute démarche.

Seule est admissible la portion des frais de voyage qui n'a pas fait l'objet de toute forme de crédit, de compensation ou de dédommagement (avec ou sans restriction quant à l'utilisation) offert par le fournisseur de services de voyage ou tout organisme.

Par ailleurs, tous les frais de voyage payés à un fournisseur de services de voyage doivent être inutilisés, inutilisables, non remboursables et non transférables.

a) **En cas d'annulation de voyage avant le départ de la personne assurée**

La partie non remboursable des frais de voyage en date de la cause admissible ayant entraîné l'annulation du voyage de la personne assurée. Toutefois, si le départ de la personne assurée est retardé en raison de conditions météorologiques et que celle-ci décide d'annuler son voyage, le remboursement est alors limité à 70 % des frais de voyage.

b) En cas d'annulation de voyage du compagnon de voyage

Les frais supplémentaires engagés par la personne assurée qui décide de voyager seule advenant que son compagnon de voyage doit annuler son voyage en raison de l'une des causes admissibles prévues en vertu de cette assurance. Ces frais sont admissibles jusqu'à concurrence des frais de voyage et d'annulation équivalant à ceux qui seraient applicables si la personne assurée annulait son voyage.

c) En cas d'interruption de voyage ou de report de la date du retour du voyage

i) Les frais supplémentaires engagés par la personne assurée pour l'achat d'un billet de retour, en classe économique, par la route la plus directe, afin que la personne assurée puisse retourner au point de départ de son voyage.

Si le moyen de transport initialement prévu ne peut être utilisé, les frais admissibles sont ceux engagés pour l'achat d'un billet de retour, en classe économique, par la route la plus directe, afin que la personne assurée puisse retourner au point de départ de son voyage.

ii) La partie non remboursable et non utilisée de la portion des frais de voyage pour les arrangements terrestres en date de la cause admissible ayant entraîné l'interruption du voyage ou le report de la date du retour du voyage de la personne assurée.

5. Protection en cas de départ manqué

5.1 Causes admissibles

Un départ ou une correspondance manquée en raison du retard du transporteur public ou du moyen de transport utilisé par la personne assurée qui lui permettait de se rendre au point de départ de son voyage ou au point de correspondance après le départ. Le retard doit résulter d'une des raisons suivantes :

- a) Des difficultés mécaniques du transporteur public ou du moyen de transport utilisé par la personne assurée, à l'exception d'une automobile privée.
- b) Les conditions météorologiques.
- c) Un accident de la route ou la fermeture d'urgence d'une route empruntée par le transporteur public ou le moyen de transport utilisé par la personne assurée, incluant une automobile privée.

Les frais sont admissibles si la personne assurée doit être présente au moins 3 heures avant l'heure du départ au point de départ de son voyage ou au point de correspondance après le départ.

5.2 Frais admissibles

Tous les frais admissibles décrits dans cette section nécessitent l'autorisation préalable de l'Assisteur. La personne assurée doit ainsi communiquer avec ce dernier avant d'engager des frais ou d'entreprendre toute démarche.

Les frais supplémentaires engagés par la personne assurée pour l'achat d'un billet auprès d'un transporteur public, en classe économique, par la route la plus directe, jusqu'à la destination prévue.

6. Exclusions et réductions de l'assurance

Les exclusions et réductions prévues à la garantie d'assurance maladie et soins de santé s'appliquent également à l'assurance annulation de voyage. De plus, la personne assurée n'a droit à aucun remboursement de la part de l'Assisteur dans les circonstances suivantes :

- a) Le défaut de la personne assurée de se conformer aux directives décrites dans l'encadré au début de la section d'assurance annulation de voyage.
- b) Une grossesse, un arrêt de grossesse, une fausse couche et leurs complications au cours des 8 semaines précédant la date prévue de l'accouchement.
- c) Tout voyage entrepris dans le but de visiter une personne malade ou ayant subi un accident si l'annulation ou l'interruption du voyage ou le report de la date du retour résulte du décès ou d'une détérioration de la condition médicale de cette personne.
- d) Tout événement survenant avant la date d'achat ou la date du premier dépôt non remboursable du voyage qui aurait raisonnablement laissé entrevoir la nécessité d'une annulation ou d'une interruption du voyage de la personne assurée, le report de la date de son retour ou un départ manqué au début ou au cours de son voyage.
- e) Un suicide ou une tentative de suicide de la personne assurée, et ce, peu importe les raisons, les causes ou les circonstances à l'origine de l'événement.
- f) Tout voyage entrepris dans le but ou avec l'intention de recevoir un traitement médical ou de bénéficier de services hospitaliers, que ce voyage soit effectué sur recommandation médicale ou non.
- g) Tout accident ou blessure résultant de l'abus de drogues, d'alcool ou de substances toxiques ou attribuable à une consommation de médicaments qui n'est pas conforme à la prescription médicale ou à la posologie recommandée par le fabricant.
- h) Tout accident ou blessure résultant de la pratique ou de la participation de la personne assurée à un sport ou à une activité sportive pour lequel elle est rémunérée en tant qu'athlète professionnel ou pour lequel un montant d'argent est remis aux gagnants, incluant toute compétition de sport motorisé, course d'accélération ou de toute autre course de véhicule à moteur, ainsi que de toute autre activité à risque élevé.

- i) Tous frais occasionnés par une perte financière subie par la personne assurée en raison d'un défaut du fournisseur de services de voyage de respecter ses engagements et de ne pas fournir les services de voyage prévus initialement.
- j) Tous frais engagés par la personne assurée postérieurement à la date d'émission d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs ou d'une modification à la hausse du niveau de risque d'un avertissement en vigueur spécifiant d'éviter :
 - tout voyage dans un endroit où la personne assurée a prévu se rendre ou dans un endroit où elle se trouve déjà; ou
 - tout voyage à bord d'un navire de croisière, que la personne assurée s'y trouve déjà ou non.

De plus, si l'avertissement a été émis, ou si le niveau de risque d'un avertissement a été modifié durant le séjour de la personne assurée à l'endroit visé par cet avertissement ou durant sa croisière, la personne assurée doit alors prendre les dispositions nécessaires pour se conformer à cet avertissement dans les 14 jours suivant la date de son émission ou la date de modification du niveau de risque. Si la personne assurée ne peut faire la preuve qu'elle a pris les dispositions nécessaires, aucuns frais engagés par la personne assurée ne sont admissibles.

DEMANDES DE PRESTATIONS

1. Dispositions générales

Tous les montants de prestations payables en vertu de la garantie d'assurance maladie et soins de santé de ce contrat sont versés à la personne adhérente.

Avant de verser un montant de prestations, l'Assureur se réserve le droit de faire examiner la personne assurée. De plus, l'Assureur peut exiger tous les renseignements et dossiers médicaux documentant un diagnostic, des traitements ou des services qu'une personne assurée a reçus avant ou après la date d'entrée en vigueur de son assurance.

1.1 Recouvrement

L'Assureur se réserve le droit de recouvrer :

- a) tout montant de prestations versé par erreur à une personne adhérente ou pour l'une de ses personnes à charge;
- b) tout montant de prestations obtenu par la personne adhérente ou pour l'une de ses personnes à charge auquel elle n'était pas admissible en vertu de ce contrat, et que l'Assureur n'aurait pas versé n'eut été des omissions, des réticences ou des fausses déclarations de la personne adhérente ou de l'une de ses personnes à charge;
- c) toute somme versée sans droit à un tiers à la suite d'omissions, de réticences ou de fausses déclarations de la personne adhérente ou de l'une des personnes à sa charge;
- d) toute somme versée en trop à la personne adhérente ou pour l'une de ses personnes à charge.

1.2 Droit de compensation

Si une somme versée en trop ne peut être recouvrée de la personne adhérente, l'Assureur se réserve le droit d'opérer compensation à même toute somme ou montant de prestations futures payables à la personne adhérente ou pour l'une de ses personnes à charge, et ce, jusqu'à ce que le trop-perçu soit recouvré en totalité.

1.3 Subrogation des droits de la personne adhérente à l'Assureur

a) Stipulation générale

La personne adhérente subroge l'Assureur dans tous ses droits contre l'auteur de l'événement ayant entraîné une demande de prestations en vertu de ce contrat, et ce, jusqu'à concurrence des sommes versées par l'Assureur à la personne adhérente.

b) Stipulation concernant l'assurance voyage

Pour toute somme avancée ou remboursée par l'Assisteuse, la personne assurée cède à l'Assisteuse tous ses droits et recours à tout remboursement dont elle bénéficie ou prétend bénéficier en vertu de tout régime gouvernemental d'assurance ou de tout autre assurance prévoyant des garanties similaires à celles pour lesquelles les avances ou les frais ont été engagés par l'Assisteuse. La personne assurée convient de signer tout document et exécuter tout acte requis par l'Assisteuse afin de donner plein et entier effet à la présente cession. La personne assurée reconnaît et convient que l'Assureur peut alors exercer le droit de subrogation et elle mandate spécialement à cette fin l'Assisteuse à titre de mandataire et de représentant pour soumettre toute demande de prestation et encaisser tout remboursement.

1.4 Fin de ce contrat ou annulation d'une garantie d'assurance

Sous réserve des dispositions transitoires, la fin de ce contrat ou l'annulation de l'une de ses garanties d'assurance pour laquelle une personne assurée est couvert n'est opposable à aucune demande de prestations liée à :

- a) un décès survenu alors que ce contrat était en vigueur;
- b) un décès consécutif à une invalidité totale alors que ce contrat était en vigueur;
- c) un décès ou une mutilation résultant d'un accident survenu alors que ce contrat était en vigueur;
- d) une invalidité totale survenue ou une maladie contractée alors que ce contrat était en vigueur.

L'Assureur est tenu de continuer le versement des prestations d'assurance invalidité dans l'éventualité où l'invalidité totale pour laquelle une personne adhérente reçoit de telles prestations en vertu de ce contrat se prolonge après la fin de ce dernier.

1.5 Action en justice contre l'Assureur

Aucune action en justice ne peut être entreprise contre l'Assureur pour toute demande de prestations :

- a) au cours des 60 jours suivant la date d'expiration du délai prévu pour transmettre une demande de prestations, sous réserve des délais légaux applicables;
- b) au cours des 60 jours suivant le délai indiqué par l'Assureur lorsque des preuves d'assurabilité ou des informations supplémentaires sont requises, sous réserve des délais légaux applicables;

- c) pour les résidents de l'Alberta, de la Colombie-Britannique et du Manitoba, toute action en justice contre l'Assureur pour recouvrer une somme d'assurance payable en vertu de ce contrat est irrecevable à moins que l'action en justice ne soit entreprise avant l'expiration des délais prescrits par la Loi sur les assurances;
- d) pour les résidents de l'Ontario, toute action en justice contre l'Assureur pour recouvrer une somme d'assurance payable en vertu de ce contrat est irrecevable à moins que l'action en justice ne soit entreprise avant l'expiration des délais prescrits par la Loi de 2002 sur la prescription des actions;
- e) pour les résidents des autres provinces, aucune action ni procédure ne peut être prise contre l'Assureur après l'expiration des délais prescrits par toute loi provinciale applicable.

1.6 Incontestabilité

Toute erreur ou omission relative à des preuves d'assurabilité présentées par la personne assurée peut invalider son assurance ou son montant d'assurance, même en l'absence de fraude, pendant une période de deux ans suivant la date d'entrée en vigueur de son assurance ou l'augmentation de son montant d'assurance.

1.7 Incessibilité des droits des personnes assurées

Les droits des personnes assurées en vertu de ce contrat sont incessibles et insaisissables et aucune cession par une personne assurée du droit aux prestations ou du droit au paiement d'une prestation en vertu de ce contrat ne lie l'Assureur.

2. Garantie d'assurance maladie et soins de santé

Toute demande de prestations doit être soumise à l'Assureur au plus tard 12 mois suivant la date à laquelle les frais ont été engagés. En cas de fin du contrat ou de la garantie, les demandes de prestations doivent être également soumises au plus tard 12 mois suivant la date de fin.

La demande doit être accompagnée des reçus officiels ou des factures acquittées. Les frais sont considérés comme engagés à la date à laquelle les produits, services ou fournitures ont été fournis. De plus, pour certains frais, la personne assurée doit joindre une prescription médicale à sa demande de prestations, lorsque requise.

2.1 Médicaments et soins de santé

a) **Demande de prestations soumise par un professionnel de la santé**

Il est possible pour la personne assurée de soumettre sa demande de prestations par l'entremise de certains professionnels de la santé préalablement approuvés par l'Assureur, tel un pharmacien. L'Assureur verse au professionnel de la santé la partie assurée des frais admissibles au moment de la transaction. La personne assurée est responsable de payer au professionnel de la santé la partie des frais qui sont à sa charge, conformément aux dispositions de ce contrat.

b) **Demande de prestations soumise à l'Assureur**

La personne assurée peut payer au professionnel de la santé le coût total des frais engagés. Par la suite, la personne assurée peut utiliser l'un des moyens suivants pour faire parvenir à l'Assureur sa demande de prestations :

- i) par l'application mobile;
- ii) en ligne, dans l'espace sécurisé;
- iii) par la poste, en transmettant le formulaire de demande de prestation rempli.

c) **Coordination des prestations**

- i) Protection d'assurance complémentaire avec tout régime gouvernemental d'assurance

Le paiement des prestations en vertu des protections de médicaments et de soins de santé est fait en complémentarité avec celui de tout régime gouvernemental d'assurance. Les prestations admissibles en vertu de ce contrat sont par conséquent réduites de toute prestation payable par tout régime gouvernemental d'assurance, que la personne assurée en ait fait la demande ou non.

- ii) Coordination des prestations avec tout autre contrat d'assurance collective et d'assurance individuelle prévoyant des garanties similaires

Les prestations en vertu des protections de médicaments et de soins de santé sont payables en excédent des prestations payées par tout autre contrat d'assurance collective et d'assurance individuelle, et ce, afin que le remboursement total n'excède pas les frais réellement engagés par la personne assurée.

Par ailleurs, dans l'éventualité où une personne assurée est admissible à recevoir des prestations en vertu de ce contrat et d'un autre régime d'assurance collective, la coordination des prestations par l'Assureur s'effectue conformément aux lignes directrices de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes.

2.2 Assurance voyage et annulation de voyage

La personne assurée paie au fournisseur le coût total pour les produits, services ou fournitures. L'Assisteur rembourse les frais admissibles suivant la réception de tout document officiel et pièce justificative requise.

Dans certaines circonstances, et sous réserve de l'autorisation préalable de l'Assisteur, ce dernier peut rembourser les frais engagés directement au fournisseur.

Par ailleurs, lorsqu'une personne assurée a bénéficié d'un rapatriement tel que prévu par les dispositions de l'assurance voyage et annulation de voyage de ce contrat, l'Assisteur se réserve le droit de lui réclamer son titre de transport non utilisé.

a) Directives importantes

Dans tous les cas, avant d'engager des frais pour obtenir tout service, soin, traitement et fourniture à la suite d'une situation d'urgence, la personne assurée doit d'abord communiquer avec l'Assisteur. Toutefois, si la situation d'urgence empêche la personne assurée de communiquer avec l'Assisteur avant d'engager des frais, la personne assurée, ou une autre personne en son nom, doit le faire aussitôt que possible afin de permettre à l'Assisteur de prendre rapidement des arrangements avec le fournisseur.

De même, advenant un événement justifiant l'annulation du voyage avant le départ, la personne assurée doit aviser l'Assisteur au plus tard 48 heures suivant la date de la cause admissible ayant entraîné l'annulation du voyage. En effet, la responsabilité de l'Assureur se limite aux frais d'annulation engagés au cours des 48 heures suivant la survenance de l'événement justifiant l'annulation du voyage, ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié.

b) Coordination des prestations

L'assurance voyage et annulation de voyage de ce contrat sont des assurances dites de « second payeur ». En effet, l'Assureur rembourse les frais admissibles en excédant des prestations payées au préalable par tout régime gouvernemental d'assurance ainsi que par toute autre assurance prévoyant des garanties similaires.

À cet égard, la coordination des prestations par l'Assureur s'effectue conformément aux lignes directrices de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes.