

CONTRAT D'ASSURANCE MALADIE INDIVIDUELLE

INDUSTRIELLE ALLIANCE, ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC.
(l'assureur)

s'engage à verser au contractant les prestations prévues aux présentes conformément aux conditions contenues ci-après.

Le contrat est établi conformément à la proposition soumise à l'assureur et moyennant le paiement des primes dues.

Nom du contractant	_____
N° de police	40002 - _____
Date de prise d'effet	Le _____
Date d'échéance	Le _____

Fait à Québec, Canada, le _____ jour de _____ .



Président et
chef de la direction



Secrétaire de la compagnie

TABLE DES MATIÈRES

Page

CONDITIONS GÉNÉRALES	1
DÉFINITIONS.....	1
ADMISSIBILITÉ.....	2
PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE.....	2
MODIFICATION DE L'ASSURANCE.....	2
FIN DE L'ASSURANCE.....	2
CONTRAT SUBSÉQUENT.....	3
DEMANDE DE RÈGLEMENT.....	3
EXAMEN MÉDICAL.....	4
PAIEMENT DES PRESTATIONS.....	4
DROIT DE RECOUVREMENT.....	4
RENSEIGNEMENTS.....	5
INCONTESTABILITÉ.....	5
ÂGE.....	5
CESSION ET HYPOTHÈQUE.....	5
PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS.....	5
ASSURANCE MALADIE INDIVIDUELLE	7
TABLEAU DES PRESTATIONS.....	7
OBJET DE LA GARANTIE.....	10
DÉFINITIONS PARTICULIÈRES.....	10
HOSPITALISATION AU CANADA.....	11
FRAIS D'URGENCE HORS DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE.....	11
FRAIS MÉDICAUX AU CANADA.....	11
EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS.....	13
CALCUL DU REMBOURSEMENT.....	14
DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	16
ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA	17
OBJET DE LA GARANTIE.....	17
DÉFINITIONS PARTICULIÈRES.....	17
ASSISTANCE MÉDICALE.....	18
EXCLUSIONS.....	21
DISPOSITIONS.....	21
RESPONSABILITÉ DU SERVICE D'ASSISTANCE MÉDICALE.....	21
DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	22

CONDITIONS GÉNÉRALES

DÉFINITIONS

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

Blessure accidentelle : Une lésion corporelle qui est subie pendant que la victime est assurée en vertu du présent contrat et que l'assurance est en vigueur, qui résulte directement et exclusivement d'une cause externe, soudaine, violente, involontaire, qui est indépendante de tout autre facteur et qui nécessite les soins d'un médecin dans les trente (30) jours de sa survenance.

Nonobstant toute disposition à l'effet contraire, en aucun cas, une lésion corporelle résultant d'un suicide ou d'une tentative de suicide ne pourra être considérée comme une blessure accidentelle aux termes du présent contrat.

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

Médecin : Une personne légalement licenciée et autorisée à pratiquer la médecine par l'organisme provincial responsable.

Personnes à charge : Le conjoint du contractant ou les enfants du contractant ou de son conjoint :

a) Conjoint

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

b) Enfant

Tout enfant célibataire du contractant ou de son conjoint résidant au Canada, qui dépend du contractant pour sa subsistance et qui remplit au moins une des conditions suivantes :

- i) Être âgé de moins de vingt et un (21) ans;
- ii) Être âgé de moins de vingt-six (26) ans et fréquenter à plein temps une institution d'enseignement reconnue;
- iii) Être devenu invalide de façon totale et permanente alors qu'il était considéré comme une personne à charge en vertu de i) ou ii) ci-dessus.

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

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

ADMISSIBILITÉ

Seuls le contractant et ses personnes à charge peuvent être assurés en vertu du contrat. Dans tous les cas, l'assurance du contractant doit être en vigueur pour que les personnes à charge puissent être assurées.

La personne assurée doit, en tout temps, être couverte en vertu d'un régime gouvernemental d'assurance maladie et résider au Canada de façon permanente (soit au moins cent quatre-vingt-deux [182] jours par année), pour être admissible en vertu du présent contrat et pour conserver ses droits à l'assurance.

Le contractant doit être âgé de dix-huit (18) ans ou plus à la date de prise d'effet de l'assurance et doit remplir une proposition, comportant notamment une déclaration de santé pour lui-même et pour ses personnes à charge, s'il y a lieu, sur les formulaires fournis par l'assureur, et les soumettre à l'assureur pour évaluation du risque.

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

L'assurance de toute personne prend effet à la dernière des dates suivantes :

- a) La date de réception de la proposition d'assurance par l'assureur;
- b) La date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur, le cas échéant;
- c) La date à laquelle l'assureur reçoit la prime due.

MODIFICATION DE L'ASSURANCE

Un contractant qui désire modifier son assurance doit en aviser immédiatement par écrit l'assureur, au moyen des formulaires prévus à cette fin.

À la date d'échéance de la police, le contrat ne peut être modifié qu'au moyen d'un avenant approuvé par les signataires autorisés de l'assureur.

Avant la date d'échéance de la police, le contrat peut être modifié au moyen d'un avenant approuvé par les signataires autorisés de l'assureur, avec l'acceptation écrite du contractant.

FIN DE L'ASSURANCE

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

- a) à la date du décès du contractant;
- b) à la date d'échéance de la police;
- c) à la date à laquelle la personne assurée ne réside plus au Canada de façon permanente et n'est plus couverte en vertu d'un régime gouvernemental d'assurance maladie.
- d) au dernier jour du délai de grâce de quinze (15) jours suivant l'envoi d'un avis écrit si le contractant n'a pas payé la prime exigible à l'intérieur dudit délai;
- e) dans le cas d'une personne à charge, à la première des dates suivantes :

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

- i) à la première des dates mentionnées aux paragraphes a) à d) des présentes;
- ii) à la date à laquelle elle ne répond plus à la définition de personne à charge du présent contrat;
- iii) à la date à laquelle le contractant dont elle est à la charge cesse d'être assuré en vertu du présent contrat pour quelque raison que ce soit.

Le contractant peut annuler sa police sans frais sur demande écrite dans les dix (10) jours suivant la réception de celle-ci.

Après ce délai, il peut demander la résiliation du présent contrat en faisant parvenir un avis écrit à l'assureur. Sur réception de cet avis, l'assureur mettra fin à l'assurance. S'il y a résiliation de la police avant la date d'échéance, la prime non acquise est alors remboursée au contractant, déduction faite de tout règlement payé depuis la date de prise d'effet du contrat et de frais d'administration de cinquante dollars (50 \$).

CONTRAT SUBSÉQUENT

Pourvu qu'il respecte les conditions d'admissibilité, le contractant disposera d'une période de trente (30) jours suivant immédiatement l'échéance du présent contrat pour payer les primes d'un contrat subséquent sans qu'il n'y ait interruption d'assurance.

DEMANDE DE RÈGLEMENT

Toute demande de règlement doit être transmise à l'assureur dans les quatre-vingt-dix (90) jours de la date de connaissance de l'événement donnant droit à des prestations, au moyen des formulaires fournis par l'assureur et, s'il y a lieu, avec les preuves écrites satisfaisantes, à l'adresse suivante :

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.
Service des règlements
C.P. 790, succursale B
Montréal (Québec) H3B 3K6

Pour tout renseignement concernant votre demande de règlement, communiquez avec le Service des règlements aux numéros suivants :

Téléphone 514-499-3800
ou sans frais au 1-800-363-3540

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

HOSPITALISATION À L'EXTÉRIEUR DU CANADA :

Si la personne assurée est hospitalisée hors du Canada, elle doit contacter le SERVICE D'ASSISTANCE MÉDICALE au numéro ci-dessous dès qu'il est possible de le faire, sans quoi l'assureur se réserve le droit de terminer la couverture hors du Canada.

Assistance médicale d'urgence hors du Canada :

Appel des États-Unis 1-800-203-9024

Appel d'un autre pays 514-499-3747 (à frais virés)

Nonobstant toute disposition à l'effet contraire, toute demande de règlement doit être soumise dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la fin du présent contrat.

EXAMEN MÉDICAL

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

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

PAIEMENT DES PRESTATIONS

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

Les sommes dues en vertu du présent contrat sont payables en monnaie légale du Canada et selon le taux de change en vigueur au moment de l'événement donnant droit à des prestations.

DROIT DE RECOUVREMENT

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

L'assureur peut exiger du contractant qu'il signe la *Promesse de remboursement* et qu'il remplisse le *Questionnaire complémentaire*. Si le contractant ne fait pas parvenir à l'assureur les documents

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

dûment remplis dans les trente (30) jours de la demande, les prestations payables en vertu du présent contrat ne lui seront versées que lorsqu'il aura satisfait aux exigences prescrites.

RENSEIGNEMENTS

Le contractant doit fournir à l'assureur tous les renseignements dont ce dernier a besoin pour déterminer la prime et établir l'admissibilité à l'assurance de toute personne.

INCONTESTABILITÉ

Lorsque des preuves d'assurabilité sont requises pour accepter l'assurance du contractant ou d'une personne à charge, les déclarations faites dans lesdites preuves sont, sauf en cas d'erreur dans l'âge ou en cas de fraude, acceptées comme vraies et incontestables après que l'assurance du contractant ou d'une personne à charge a été en vigueur pendant deux (2) ans du vivant du contractant ou de la personne à charge, suivant le cas.

ÂGE

L'âge du contractant à son dernier anniversaire, établi selon la date de naissance déclarée, sert de base au calcul de la prime.

Si l'assureur découvre que l'âge déclaré ou utilisé est inexact, la date réelle de la naissance, établie à la satisfaction de l'assureur, sert de base au calcul de la prime, et l'assureur effectue un rajustement équitable des primes.

CESSION ET HYPOTHÈQUE

Les droits conférés en vertu du présent contrat ne peuvent être cédés ni hypothéqués.

PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements personnels détenus à votre sujet, Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. constituera un dossier ayant pour objet de permettre de vous offrir des produits d'assurance, de rentes, de crédit et d'autres services complémentaires selon vos besoins, dans lequel seront consignés les renseignements nécessaires recueillis à cette fin.

Seuls les employés ou les représentants qui en ont besoin pour accomplir leur travail auront accès à ce dossier, ainsi que toute autre personne que vous aurez autorisée.

Votre dossier sera gardé dans les bureaux de Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

Vous avez le droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans ce dossier et, le cas échéant, de les faire rectifier en formulant une demande écrite à l'adresse suivante :

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.

Responsable de l'accès à l'information

1080, chemin Saint-Louis, Sillery

C.P. 1907, succursale Terminus

Québec (Québec) G1K 7M3

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. peut se constituer une liste de ses clients, pour sa propre utilisation ou celle des compagnies de son groupe, à des fins de prospection commerciale. Vous avez cependant le droit d'en faire rayer votre nom en faisant parvenir une demande écrite à cet effet au responsable de l'accès à l'information à l'adresse donnée ci-dessus.

ASSURANCE MALADIE INDIVIDUELLE

TABLEAU DES PRESTATIONS

FRAIS D'HOSPITALISATION AU CANADA

Franchise :	Remboursement :	Maximum quotidien :
aucune	100 %	chambre semi-privée

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

Franchise :	Remboursement :	Maximum par personne assurée :
aucune	100 %	1 000 000 \$ à vie

LES FRAIS D'URGENCE HORS DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE ET SERVICE D'ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA NE SONT COUVERTS QUE POUR UN SÉJOUR DONT LA DURÉE PRÉVUE N'EXCÈDE PAS 90 JOURS.

AUTRES FRAIS MÉDICAUX AU CANADA

Franchise (protection individuelle ou familiale) :	50 \$
Remboursement :	80 %
Maximum par personne assurée :	1 000 000 \$ à vie

ASSURANCE MALADIE INDIVIDUELLE (suite)

TABLEAU DES PRESTATIONS (suite)

Frais médicaux

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums remboursables par personne assurée</u>
Honoraires d'infirmiers	5 000 \$ par année civile.
Service ambulancier	Illimité.
Oxygène	Illimité.
Membres artificiels et prothèses oculaires	Illimité.
Fauteuil roulant, lit d'hôpital, autres appareils thérapeutiques	Illimité.
Prothèses mammaires	150 \$ par 24 mois.
Bas élastiques médicaux	100 \$ par année civile.
Séjour dans une maison de réadaptation, une maison de convalescence ou une maison de soins pour malades chroniques	40 \$ par jour; maximum combiné de 90 jours pour une même maladie ou blessure accidentelle.
Chaussures orthopédiques (incluant les orthèses et les modifications)	200 \$ par année civile.
Stérilets	50 \$ par année civile.
Lunettes ou lentilles cornéennes à la suite d'une opération de la cataracte	200 \$ à vie.
Frais de laboratoire et de radiographies à des fins de diagnostic	Illimité.
Appareils orthopédiques	Illimité.
Béquilles et bandes herniaires	Illimité.

ASSURANCE MALADIE INDIVIDUELLE (suite)

TABLEAU DES PRESTATIONS (suite)

Frais médicaux (suite)

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums remboursables par personne assurée</u>
Prothèses capillaires	150 \$ par année civile.
Injections sclérosantes	15 \$ par visite.
Soins dentaires suite à une blessure accidentelle	Illimité.
Honoraires paramédicaux d'un physiothérapeute et d'un thérapeute en réadaptation physique	20 \$ par visite. Maximum combiné de 20 visites par année civile. Un (1) traitement par jour.
Honoraires paramédicaux d'un massothérapeute et d'un orthothérapeute	20 \$ par visite. Maximum combiné de 20 visites par année civile. Un (1) traitement par jour.
Honoraires paramédicaux d'un orthophoniste, d'un audiologiste, d'un chiropraticien, d'un ostéopathe, d'un psychologue, d'un podiatre, d'un acupuncteur, d'un ergothérapeute et d'un naturopathe	20 \$ par visite. Maximum de 20 visites par année civile pour l'ensemble de ces spécialistes. Un (1) traitement par jour.
Radiographies par un chiropraticien	50 \$ par année civile.
Prothèses auditives	500 \$ par période de 3 ans.

ASSURANCE MALADIE INDIVIDUELLE (suite)

OBJET DE LA GARANTIE

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

Les prestations prévues au présent contrat sont établies en complémentarité des prestations prévues aux régimes gouvernementaux.

DÉFINITIONS PARTICULIÈRES

Hôpital : Hôpital désigne une institution de soins de courte durée

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

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

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

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

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

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

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

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

ASSURANCE MALADIE INDIVIDUELLE (suite)

HOSPITALISATION AU CANADA

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

FRAIS D'URGENCE HORS DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE

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

Les frais doivent être rendus nécessaires en raison d'une maladie subite et inattendue ou d'un accident survenu pendant un séjour hors de la province de résidence dont la durée prévue n'excède pas quatre-vingt-dix (90) jours.

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

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

FRAIS MÉDICAUX AU CANADA

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

- a) Les services, soins et traitements prescrits au préalable par un médecin :
 - i) Services rendus au domicile de la personne assurée par un infirmier autorisé ou un infirmier auxiliaire qui n'a aucun lien de parenté avec la personne assurée et qui ne demeure habituellement pas avec elle, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau des prestations;
 - ii) Service ambulancier professionnel pour le transport d'urgence jusqu'à l'hôpital le plus proche équipé pour fournir les traitements nécessaires ou pour le transport depuis l'hôpital, lorsque l'état de la personne assurée empêche l'utilisation d'un autre moyen de transport;
 - iii) Oxygène et location d'appareils en vue de son administration;
 - iv) Achat de membres artificiels et de prothèses oculaires pour perte subie en cours d'assurance;
 - v) Location ou achat d'un fauteuil roulant (excluant un fauteuil électrique sauf pour un quadriplégique), d'un lit d'hôpital (excluant un lit électrique) et de tout autre appareil thérapeutique (excluant les piles), à condition que ces frais soient préalablement approuvés par l'assureur;

ASSURANCE MALADIE INDIVIDUELLE (suite)

- vi) Achat de prothèses mammaires, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau des prestations;
 - vii) Achat de bas élastiques médicaux prescrits pour le traitement de varices, par suite de brûlures importantes ou par suite d'une intervention chirurgicale, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau des prestations;
 - viii) Séjour dans une maison de réadaptation, une maison de convalescence ou une maison de soins pour malades chroniques dûment autorisées par un organisme gouvernemental approprié, si la personne assurée est sous les soins d'un médecin ou d'un infirmier autorisé, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau des prestations, à condition que ce séjour commence moins de quatorze (14) jours après la fin d'une hospitalisation;
 - ix) Frais de chaussures orthopédiques décrits ci-après, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau des prestations :
 - Le coût d'une modification à une chaussure conventionnelle ou le coût d'achat, réparation, modification, ajustement d'une orthèse ou d'éléments correctifs ajoutés à une chaussure conventionnelle;
 - Le coût d'achat d'une chaussure orthopédique;
 - x) Frais de stérilets, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau des prestations;
 - xi) Achat de lunettes ou de lentilles cornéennes par suite d'une opération de la cataracte, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau des prestations et pourvu que ces frais soient engagés avant que la personne assurée n'ait atteint l'âge de soixante-cinq (65) ans;
 - xii) Frais de laboratoire et de radiographies à des fins de diagnostic faits dans un établissement commercial;
 - xiii) Achat ou location d'appareils orthopédiques autres que souliers orthopédiques et orthèses podiatriques qui sont obtenus dans un établissement ou dans un laboratoire reconnu et qui sont requis à la suite d'une lésion corporelle ou d'une maladie. L'achat doit être effectué pendant que la présente garantie est en vigueur;
 - xiv) Achat ou location de béquilles et achat de bandes herniaires;
 - xv) Achat de prothèses capillaires suite à une chimiothérapie, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau des prestations;
 - xvi) Les frais pour les injections sclérosantes jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau des prestations.
- b) Les soins dentaires donnés hors de l'hôpital par un dentiste et rendus nécessaires par suite d'une blessure accidentelle aux dents naturelles, saines et entières, survenue en cours d'assurance, selon le tarif normal suggéré pour un généraliste.
- Seuls les soins reçus au cours des douze (12) mois qui suivent l'accident sont couverts. Les autres frais dentaires sont exclus.
- c) Les honoraires pour les soins paramédicaux donnés par l'un des spécialistes indiqués au Tableau des prestations et jusqu'à concurrence des maximums indiqués au Tableau des prestations.

ASSURANCE MALADIE INDIVIDUELLE (suite)

Les soins paramédicaux doivent être donnés par une personne dûment autorisée, par l'organisme provincial ou fédéral responsable, à pratiquer sa profession dans les limites définies par les règles de cette profession.

Les frais de radiographies d'un chiropraticien, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau des prestations.

- d) Les frais de prothèses auditives suivants : L'achat initial, le remplacement ou la réparation d'une prothèse auditive ou d'accessoires connexes (à l'exception des piles) et les services professionnels d'un audioprothésiste, par suite de l'achat de cette prothèse, s'ils sont prescrits par un médecin, un audiologiste ou un orthophoniste.

Les frais couverts sont cependant limités au maximum indiqué au Tableau des prestations.

EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS

- a) La présente garantie ne couvre pas les éléments suivants :
- i) Tous les médicaments, qu'ils soient obtenus ou non sur l'ordonnance d'un médecin;
 - ii) Tous les frais payables ou remboursables en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou qui habituellement l'auraient été si une demande de règlement avait été soumise;
 - iii) Tous les frais résultant de toute tentative de suicide ou toute blessure que la personne assurée s'inflige volontairement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
 - iv) Tous les frais résultant de toute blessure ou maladie qui résulte d'une agitation civile, d'une insurrection ou d'une guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou de la participation à une émeute;
 - v) Tout traitement ou appareil visant à corriger la dimension verticale, ou toute dysfonction du joint temporo-mandibulaire;
 - vi) L'intervention chirurgicale ou le traitement qui n'est pas médicalement nécessaire, qui est donné dans un but esthétique ou dans un but autre que curatif, ou qui excède les soins ordinaires normalement donnés en conformité avec les usages courants de la thérapeutique, de même que les soins qui sont donnés en rapport avec une intervention chirurgicale ou un traitement de nature expérimentale;
 - vii) Tous les soins ou traitements inscrits dans le cadre d'un programme de recherche et de développement de produit dont l'usage n'est pas recommandé par le fabricant ou n'est pas conforme aux normes gouvernementales, ou tous les autres frais engagés pour des soins ou traitements non reconnus d'usage courant, usuel et coutumier;
 - viii) La partie des frais en excédent des frais raisonnables et courants normalement engagés dans la région où les soins sont donnés, pour une maladie de même nature et de gravité équivalente;
 - ix) Les soins ou services donnés gratuitement ou qui le seraient à défaut d'assurance ou ceux qui ne sont pas à la charge de la personne assurée;
 - x) Tout voyage de santé ou cure de repos;
 - xi) L'examen des yeux;

ASSURANCE MALADIE INDIVIDUELLE (suite)

- xii) La prescription, l'achat initial, l'ajustement ou le remplacement de lunettes ou de lentilles cornéennes;
 - xiii) Tous les soins ou traitements reliés à la fertilité ou l'infertilité;
 - xiv) Les frais d'achat ou de location de tout appareil de confort, de massage et d'accessoires domestiques d'usage non exclusivement médical;
 - xv) Les frais engagés pour l'administration de sérums, de vaccins et de médicaments injectables;
 - xvi) Les frais engagés lorsque la personne assurée est en service dans les forces armées;
 - xvii) La contribution au paiement du coût des services pharmaceutiques et des médicaments que doit assumer la personne assurée en vertu de tout régime provincial d'assurance médicaments;
 - xviii) Les frais engagés pour des problèmes de dysfonction érectile.
- b) Le montant de la prestation est diminué de toute prestation payable ou remboursable en vertu d'un régime gouvernemental, collectif ou individuel, ou qui habituellement l'aurait été si une demande de règlement avait été soumise.

CALCUL DU REMBOURSEMENT

Franchise

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

Remboursement

L'assureur rembourse les frais couverts qui ont été engagés au cours d'une année civile, après avoir déduit la franchise applicable à cette année-là et selon le pourcentage de remboursement indiqué au Tableau des prestations.

Maximum par personne assurée

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

Coordination des prestations

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

- ♦ de tout régime d'assurance collective, individuelle, familiale, d'assurance voyage, d'assurance des débiteurs et des épargnants,
- ♦ de tout régime public prévoyant des prestations pour des soins similaires, et

ASSURANCE MALADIE INDIVIDUELLE (suite)

- ◆ de tout régime d'avantages sociaux non assuré.

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

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

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

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

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

ASSURANCE MALADIE INDIVIDUELLE (suite)

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

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

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Les dispositions de la présente garantie prévalent sur toute disposition à l'effet contraire des CONDITIONS GÉNÉRALES.

ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA

OBJET DE LA GARANTIE

Cette garantie offre à la personne assurée qui participe déjà à un régime gouvernemental d'assurance maladie, un service d'assistance médicale en cas d'urgence pendant un voyage privé ou professionnel dont la durée prévue n'excède pas quatre-vingt-dix (90) jours, pour toute blessure accidentelle ou maladie survenue hors du Canada, sous réserve des conditions ci-après énoncées.

Cette garantie fait partie de l'ASSURANCE MALADIE INDIVIDUELLE.

DÉFINITIONS PARTICULIÈRES

Autorité médicale : Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité qui est légalement autorisée à pratiquer la médecine ou, suivant le cas, la chirurgie dans le pays où se trouve la personne assurée.

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

Nonobstant toute disposition à l'effet contraire, en aucun cas, une lésion corporelle résultant d'un suicide ou d'une tentative de suicide ne pourra être considérée comme une blessure accidentelle aux termes du présent contrat.

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

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

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

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

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

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

ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA (suite)

ASSISTANCE MÉDICALE

- a) Les services médicaux suivants sont disponibles en cas d'urgence suite à une maladie ou à une blessure accidentelle :
- i) Accès jour et nuit
 - Accès à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit au service téléphonique polyglotte permettant de mettre en contact la personne assurée avec un réseau de spécialistes, pour toutes les urgences associées à son voyage.
 - ii) Accès médical
 - Organiser des consultations avec des médecins généralistes ou des spécialistes afin d'obtenir les meilleurs soins médicaux disponibles dans la région, à la demande de la personne assurée.
 - Aider à l'admission dans l'établissement hospitalier le plus proche du lieu de la maladie ou de la blessure accidentelle.
 - Vérifier la couverture d'assurance à la demande des médecins et des hôpitaux.
 - iii) Transport médical
 - Organiser et contrôler le transport ou le transfert par tout moyen approprié recommandé par le médecin traitant, en accord avec le service d'assistance médicale, vers un centre hospitalier proche du lieu de la blessure accidentelle ou de la maladie, si l'urgence médicale le nécessite.
 - Organiser le rapatriement de la personne assurée à son domicile ou jusqu'à un centre hospitalier près de son domicile après le traitement initial, par tout moyen de transport adéquat et à la condition que son état de santé le nécessite et le permette. Le service d'assistance médicale organise et contrôle le rapatriement par le mode de transport le plus approprié : avion-ambulance, hélicoptère, avion de ligne commerciale, train ou ambulance.
 - Les frais engagés pour le transport et le transfert de la personne assurée et décrits aux deux paragraphes précédents seront pris en charge par l'assureur.
 - iv) Paiement des dépenses médicales et avance de fonds
 - Prendre les arrangements nécessaires au paiement des dépenses médicales couvertes en vertu de la garantie ASSURANCE MALADIE INDIVIDUELLE faisant partie de la présente police émise par l'assureur pour l'hospitalisation et les soins médicaux et chirurgicaux hors du Canada en cas d'urgence.

Si nécessaire, le service d'assistance médicale avance des fonds, après accord préalable de l'assureur, jusqu'à concurrence de dix mille dollars (10 000 \$), en monnaie légale du Canada, pour le contractant et ses personnes à charge assurées.

Toute avance de fonds est redevable par le contractant à l'assureur, en un seul versement et selon le taux de change en vigueur à la date à laquelle les fonds ont été avancés, dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant son retour au pays. En cas de défaut de paiement, l'assureur se réserve le droit de compenser sur les

ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA (suite)

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

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

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

ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA (suite)

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

ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA (suite)

EXCLUSIONS

La présente garantie ne couvre pas les éléments suivants :

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

DISPOSITIONS

Déclaration du sinistre

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

Restitution du billet de retour

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

RESPONSABILITÉ DU SERVICE D'ASSISTANCE MÉDICALE

Le service d'assistance médicale est dégagé de toute responsabilité quant aux retards ou aux empêchements à fournir l'assistance médicale dans les cas suivants : grève, guerre civile ou étrangère,

ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA (suite)

invasion, intervention de puissances ennemies, hostilités (que la guerre soit déclarée ou non), rébellion, insurrection, acte de terrorisme, opération militaire ou coup d'État, émeute ou mouvement populaire, retombées radioactives ou tout autre cas de force majeure.

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

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

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

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