



Votre régime d'assurance collective

**SOCIÉTÉ DES AUTEURS DE RADIO, TÉLÉVISION
ET CINÉMA (SARTEC)**

Police n° E570

**Membres dont le revenu annuel moyen des 3 dernières années
s'échelonne de 15 000 \$ et plus**

Fière alliée de



Desjardins
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

Votre régime d'assurance collective

SOCIÉTÉ DES AUTEURS DE RADIO, TÉLÉVISION ET CINÉMA (SARTEC)

Police n° E570

**Membres dont le revenu annuel moyen des 3 dernières années
s'échelonne de 15 000 \$ et plus**

Le présent document fait partie intégrante de l'attestation d'assurance. Il constitue un résumé de votre police d'assurance collective qui a pris effet le 1^{er} mai 1986. Seule la police d'assurance collective peut servir à trancher les questions d'ordre juridique.

Cette version électronique de la brochure a été mise à jour le 1^{er} août 2017. Veuillez prendre note que cette version électronique est mise à jour plus régulièrement que la version imprimée de votre brochure. Des divergences peuvent donc apparaître entre les deux documents.

TABLE DES MATIÈRES

DÉFINITIONS	1
DISPOSITIONS GÉNÉRALES	9
ADMISSIBILITÉ	10
ADHÉSION	11
PRISE D'EFFET DE LA COUVERTURE	13
PROLONGATION DE LA COUVERTURE DURANT UNE ABSENCE DU TRAVAIL	15
CESSATION DES GARANTIES ET DE LA COUVERTURE	17
DEMANDES DE PRESTATIONS	19
EXONÉRATION DES PRIMES	23
GARANTIE ACCIDENT-MALADIE	25
GARANTIE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE	45
GARANTIE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE	51
GARANTIE VIE	58

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la police, les termes indiqués ci-après sont définis de façon à être interprétés en conséquence. Ils s'appliquent à l'ensemble de la police, à moins d'indication contraire.

Accident

Toute atteinte corporelle constatée par un médecin et provenant directement et indépendamment de toute autre cause, de l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure. Cette définition exclut toute forme de maladie ou de processus dégénératif, ou une hernie inguinale, fémorale, ombilicale ou abdominale, toute infection autre qu'une infection provenant d'une coupure ou d'une blessure apparente et externe, subie par accident.

Adhérent

Tout employé couvert en vertu de la police.

Assureur

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, ci-après nommée DSF.

Chirurgie d'un jour

Chirurgie ambulatoire qui permet à un patient de retourner à la maison le jour même de la chirurgie. Une chirurgie pratiquée par un médecin et nécessitant une anesthésie locale ou générale, à l'exclusion de toute chirurgie mineure pouvant être effectuée dans le bureau du médecin.

Compagnon de voyage

La personne de 18 ans ou plus qui ne répond pas à la définition d'enfant à charge et qui partage des arrangements de voyage avec la personne couverte.

Congé de maternité

Toute période d'absence du travail prise par l'adhérent en raison d'une grossesse, conformément à toute loi sur les normes du travail applicable dans la province de résidence de l'adhérent.

Le congé de maternité est composé de deux phases :

- 1) le congé dit « de maladie », qui débute le jour de l'accouchement et dure 6 semaines (8 semaines dans le cas d'une césarienne). Durant cette phase, l'adhérent est considéré totalement invalide; et

- 2) le congé volontaire, qui suit le congé dit « de maladie », et qui se termine lorsque l'adhérent ne reçoit plus de prestations de maternité en vertu de toute loi fédérale ou provinciale.

Congé parental

Toute période d'absence du travail prise par l'adhérent pour s'occuper de son enfant nouveau-né ou adopté, conformément à toute loi provinciale ou fédérale sur les normes du travail ou à une entente entre l'adhérent et l'employeur.

Congé pour raisons familiales

Toute période d'absence du travail prise par l'adhérent conformément à toute loi provinciale ou fédérale ou à une entente entre l'adhérent et l'employeur.

Conjoint

Toute personne qui réside au Canada et qui, au moment de l'événement qui ouvre droit à des prestations :

- 1) est légalement mariée ou unie civilement à l'adhérent;
- 2) vit conjugalement avec l'adhérent depuis au moins 12 mois et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union; ou
- 3) vit conjugalement avec l'adhérent, a eu un enfant avec lui et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union.

En présence de deux conjoints, un seul sera reconnu admissible par DSF. La priorité sera accordée dans l'ordre suivant :

- 1) le conjoint qui a été le dernier à être désigné comme tel par un avis écrit de l'adhérent à DSF, sous réserve de l'acceptation de toute preuve d'assurabilité exigible en vertu de la police; ou
- 2) le conjoint à qui l'adhérent est uni légalement par les liens du mariage ou civilement.

Dentiste

Une personne autorisée à pratiquer la médecine dentaire, agréée par l'organisme qui a juridiction à l'endroit où elle fournit les services dentaires.

Effectivement au travail

Le fait pour un employé d'exercer toutes les tâches habituelles de son occupation, selon l'horaire de travail prévu. Un employé est réputé effectivement au travail au cours d'un congé payé ou d'un jour férié.

Employé
La personne qui réside au Canada, qui est au service de l'employeur à temps plein. Toutefois, un employé qui réside en dehors du Canada est considéré comme résidant au Canada si DSF a préalablement donné son approbation par écrit.
Employeur
Le titulaire de la police ou toute société désignée comme tel par le titulaire de police et approuvée par DSF.
Enfant
La personne qui réside au Canada et qui, au moment de l'événement qui ouvre droit à des prestations, n'a pas de conjoint et dépend du soutien financier de l'adhérent ou du conjoint de l'adhérent pour subvenir à ses besoins. Il s'agit d'un enfant naturel de l'adhérent ou du conjoint de l'adhérent ou d'un enfant adopté. Cet enfant : 1) a moins de 21 ans; 2) a moins de 26 ans, fréquente à temps plein, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement; ou 3) est majeur et atteint d'une incapacité en raison d'une invalidité physique ou mentale survenue lorsqu'il répondait à l'une ou l'autre des définitions données dans les paragraphes 1) ou 2) ci-dessus. L'enfant est considéré atteint d'incapacité s'il ne peut exercer un emploi suffisamment rémunérateur et qu'en raison de son invalidité physique ou mentale, il dépend entièrement du soutien financier de l'adhérent ou du conjoint de l'adhérent pour subvenir à ses besoins. De plus, il doit être domicilié chez l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent qui exercerait l'autorité parentale ou détiendrait la tutelle légale si cet enfant était mineur.
Frais raisonnables et coutumiers
Les frais habituellement exigés pour des soins ou produits similaires et limités au plus petit de ce qui suit : 1) le tarif qui prédomine dans la région où les soins ou produits sont fournis; ou 2) le tarif qui est suggéré par l'association professionnelle applicable; à la date à laquelle les frais sont engagés.

Franchise
La partie des frais admissibles que la personne couverte doit payer avant qu'un remboursement ne soit fait.
Hôpital
Tout établissement légalement désigné comme tel, reconnu par DSF et qui procure 24 heures sur 24 : 1) une vaste gamme de soins médicaux et chirurgicaux aux malades et aux blessés; et 2) des soins infirmiers. Sont notamment exclus les foyers pour personnes âgées ou malades chroniques, les maisons de soins infirmiers, les maisons de repos, les maisons de convalescence/réadaptation ou les établissements destinés au traitement de l'alcoolisme, la toxicomanie ou toute autre dépendance.
Hospitalisation
1) Pour la garantie invalidité de courte durée, une admission à l'hôpital comme patient interne alité pour un séjour qui dure plus de 18 heures consécutives. 2) Pour la garantie accident-maladie : a) une admission à l'hôpital comme patient interne alité; ou b) tout séjour à l'hôpital dans le but de subir une chirurgie d'un jour.
Invalidité totale ou totalement invalide
1) Pour la garantie invalidité de courte durée, un état d'incapacité qui résulte d'une maladie ou d'un accident et qui empêche complètement l'adhérent de remplir les fonctions principales de son emploi habituel. 2) Pour toutes les autres garanties : a) pendant le délai de carence prévu dans la garantie invalidité de longue durée et les 24 mois qui suivent, un état d'incapacité qui résulte d'une maladie ou d'un accident et qui empêche complètement l'adhérent de remplir les fonctions principales de son emploi habituel;

- b) après l'écoulement du délai de carence et des 24 mois qui suivent, un état d'incapacité qui résulte d'une maladie ou d'un accident et qui empêche complètement l'adhérent de se livrer à tout travail pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de son éducation, de sa formation et de son expérience.

Formation et expérience désignent l'ensemble des connaissances et des compétences que l'adhérent a pu acquérir au cours de ses études, dans l'exercice de ses activités professionnelles actuelles ou passées, ou durant ses heures de loisir.

L'adhérent n'est pas considéré comme invalide du seul fait qu'un travail pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de son éducation, de sa formation et de son expérience n'est pas disponible dans la région où il réside.

L'adhérent qui est tenu de détenir un permis de conduire émis par l'État pour accomplir les fonctions principales de son emploi habituel n'est pas considéré comme invalide du seul fait que ce permis lui est retiré ou n'est pas renouvelé.

Maison de convalescence/réadaptation

Tout établissement au Canada légalement désigné comme tel, reconnu par DSF et dont la fonction consiste à :

- 1) donner des soins et des traitements aux patients sous la direction d'un médecin ou d'un infirmier autorisé;
- 2) assurer la présence d'un infirmier autorisé en service, 24 heures sur 24; et
- 3) tenir des registres quotidiens sur chaque patient confié aux soins d'un médecin.

Sont notamment exclus les foyers pour personnes âgées ou malades chroniques, les résidences pour personnes ayant une déficience mentale, les maisons de repos ou les établissements destinés au traitement de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou de toute autre dépendance.

Malade hospitalisé

La personne admise à l'hôpital, à qui on a accordé un lit dans un secteur de l'hôpital réservé aux malades hospitalisés.

Maladie

Toute détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un médecin. Les dons d'organes et leurs complications sont également considérés comme des maladies.

Médecin
Un praticien qualifié et légalement autorisé à pratiquer la médecine à l'endroit où il fournit les services médicaux.
Médicament équivalent
Un médicament, de marque ou générique, dit interchangeable en vertu de la loi provinciale applicable où le médicament est délivré.
Membre de la famille immédiate
Une personne qui est le conjoint, le fils, la fille, le père, la mère, le frère, la sœur, le gendre, la bru, le beau-fils, la belle-fille, le beau-père, la belle-mère, le beau-frère ou la belle-sœur de l'adhérent.
Orthèse
Tout appareil orthopédique rigide servant à maintenir une région du corps en bonne position.
Période maximale des prestations
La durée maximale de la période pendant laquelle les prestations d'invalidité sont payables.
Personne à charge
Le conjoint ou un enfant qui résident au Canada. Toutefois, une personne à charge qui réside en dehors du Canada est considérée comme résidant au Canada si elle est couverte en vertu d'un régime provincial de soins médicaux et que DSF a préalablement donné son approbation par écrit.
Personne couverte
L'adhérent ou une personne à charge.
Preuve d'assurabilité
Toute attestation relative à l'état de santé physique de la personne ou d'autres données factuelles pouvant influencer sur l'acceptation du risque. Seules sont acceptées les attestations faites à l'aide de formulaires approuvés par DSF.

Proche parent
Le conjoint, le fils, la fille, le père, la mère, le frère ou la sœur de la personne couverte.
Revenu
Le revenu brut de base augmenté de toute rémunération régulière pour des heures supplémentaires, des bonis, des primes de poste et des allocations de dépenses faisant partie intégrante de la rémunération normale, au sens de la Loi sur l'assurance emploi, sauf pour les auteurs et compositeurs dont le revenu est la moyenne des cachets déclarés au preneur. Ce revenu est établi au 1 ^{er} mai de chaque année et est basé sur les dernières années consécutives d'adhésion au preneur, sous réserve d'un maximum de 5 années.
Revenu net
Le revenu brut hebdomadaire ou mensuel immédiatement avant le début de l'invalidité totale moins les retenues salariales suivantes : 1) tous les impôts sur le revenu; 2) les cotisations au Régime de pensions du Canada ou au Régime de rentes du Québec; 3) les cotisations à l'assurance-emploi; et 4) toute autre cotisation à un régime public de remplacement de revenu.
Soins médicaux continus
La nature des soins que doit recevoir l'adhérent. Ces soins doivent être : 1) reconnus comme efficaces, appropriés et essentiels pour l'établissement d'un diagnostic ou le traitement d'une personne en raison d'une maladie ou d'un accident; 2) raisonnables et de pratique courante; et 3) donnés ou prescrits par un médecin ou, lorsque DSF l'estime nécessaire, par un spécialiste du domaine approprié. Ces soins ne se limitent pas à des examens ou à des tests, et leur fréquence doit correspondre à celle qu'exige l'affection en cause.

Stable
L'état de santé d'une personne couverte qui dans les 30 jours précédant la date de début du voyage n'est affectée par aucune condition médicale, ou est affectée par une condition médicale qui : 1) n'a fait l'objet d'aucune modification ou recommandation de modification du traitement ou de la posologie des médicaments prescrits; et 2) n'est caractérisée par aucun symptôme ne laissant présager une détérioration de la condition médicale pendant la durée du voyage.
Titulaire de police
La société ou l'organisation spécifiée sur la page couverture de la police.
Urgence médicale
Toute maladie ou blessure aiguës et imprévues nécessitant un traitement médical immédiat.
Véhicule
Une automobile, une caravane motorisée ou une camionnette ayant une capacité maximale de 1 000 kilogrammes.
Voyage
Une période déterminée pour laquelle : 2) des arrangements sont pris avec tout fournisseur de services de voyage; ou 3) des réservations ont été effectuées par la personne couverte pour des arrangements terrestres habituellement compris dans un voyage à forfait.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

LOIS APPLICABLES ET JURIDICTION

Toute disposition de la police non conforme aux lois applicables est présumée nulle et sans effet. Lorsque la police contient une disposition prohibée par la loi, toutes les autres dispositions de la police demeurent en vigueur.

La police, son interprétation, son exécution, son application, sa validité et ses effets sont assujettis aux lois canadiennes ou provinciales en vigueur qui régissent en partie ou en totalité l'ensemble des dispositions qu'elle contient.

Tout litige relatif à sa conclusion, son interprétation ou son exécution, sera soumis exclusivement aux tribunaux compétents de la province canadienne dont les parties conviendront.

INCONTESTABILITÉ

Lorsque la couverture d'une personne est en vigueur depuis 2 ans de son vivant, DSF ne peut contester la validité de cette couverture sur la base de déclarations écrites soumises par ou pour cette personne, sauf si ces déclarations se rapportent à l'âge ou sont frauduleuses. Toutefois, si une invalidité a débuté durant les deux premières années de la couverture, la règle mentionnée au paragraphe précédent ne s'applique pas et DSF peut annuler ou réduire toutes les prestations dues.

RENSEIGNEMENTS INEXACTS SUR L'ÂGE

Si l'âge déclaré d'une personne est erroné, les prestations payables en vertu de la police sont basées sur l'âge réel de la personne à la date de l'événement donnant droit à la prestation. Un redressement des primes est alors effectué pour la période durant laquelle la couverture a été en vigueur.

MONNAIE

Tous les paiements en vertu de la police, versés à ou par DSF, sont dans la monnaie ayant cours légal au Canada.

GENRE ET NOMBRE

Lorsque le contexte le veut ainsi, le masculin implique le féminin et le singulier implique le pluriel.

ADMISSIBILITÉ

ADMISSIBILITÉ DE L'EMPLOYÉ

Un employé est admissible à la couverture à la date à laquelle il satisfait les conditions suivantes :

Nombre d'heures travaillées par semaine	Délai d'attente
Ne s'applique pas	Aucun

ADMISSIBILITÉ DES PERSONNES À CHARGE

Si un employé a des personnes à charge à la date à laquelle il est admissible à la couverture en vertu de la police, ces personnes sont admissibles à la couverture à cette même date.

Si un employé n'a pas de personne à charge à la date à laquelle il est admissible à la couverture en vertu de la police, ces personnes sont admissibles à la couverture à la date à laquelle elles deviennent à la charge de l'employé.

ADHÉSION À LA COUVERTURE

L'adhésion à la couverture est obligatoire pour tout employé qui satisfait aux critères d'admissibilité.

1) Adhésion dans les délais

Un employé doit remplir une demande d'adhésion à l'aide du formulaire prévu par DSF dans les 31 jours qui suivent la date à laquelle il devient admissible.

2) Adhésion hors délais

À défaut de remplir la demande d'adhésion dans les délais prévus ci-dessus, l'employé doit soumettre des preuves d'assurabilité.

Preuves d'assurabilité

Des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par DSF sont requises pour tout montant qui excède le montant maximum sans preuves d'assurabilité accordé par DSF en vertu des garanties indiquées ci-dessous, si la demande d'adhésion est remplie dans les délais :

- 1) Garantie invalidité de longue durée
- 2) Garantie vie de base

DROIT D'EXEMPTION

Un employé peut refuser d'être couvert en vertu de la garantie accident-maladie, s'il est couvert à titre de personne à charge en vertu de la police ou d'un autre régime d'assurance collective semblable. Toutefois, si l'autre régime prend fin ou si le conjoint cesse de faire partie d'une catégorie admissible, l'employé peut adhérer à la couverture à condition que :

- 1) l'employé ait auparavant choisi de ne pas participer à la couverture;
- 2) la couverture du conjoint ait pris fin pour une raison autre qu'un choix personnel; et
- 3) l'employé ait présenté une demande écrite en ce sens dans les 31 jours suivant la date à laquelle la couverture du conjoint a pris fin. Après ce délai, la clause d'adhésion hors délais s'applique.

TYPES DE PROTECTION

Les types de protection disponibles en vertu de la police sont les suivants :

TYPES DE PROTECTION	PERSONNES COUVERTES
Individuelle	Adhérent seulement
Familiale	Adhérent, conjoint et enfants
Monoparentale	Adhérent et enfants

Le type de protection peut être différent d'une garantie à l'autre.

Le type de protection peut être changé à la suite d'un événement de vie, en présentant une demande à DSF dans les 31 jours qui suivent l'événement.

Un événement de vie est défini comme suit :

- 1) mariage, nouveau conjoint de fait, séparation ou divorce;
- 2) naissance ou adoption d'un enfant;
- 3) perte ou obtention de couverture du conjoint, pour une raison autre qu'un choix personnel;
- 4) décès d'une personne à charge;
- 5) cessation de l'admissibilité d'une personne à charge en raison de son âge;
ou
- 6) retour aux études d'un enfant à charge.

PRISE D'EFFET DE LA COUVERTURE

PRISE D'EFFET POUR L'ADHÉRENT

Un employé doit être effectivement au travail à la date à laquelle sa couverture prend effet. S'il n'est pas effectivement au travail à cette date, sa couverture débute le premier jour où il reprend effectivement le travail.

La couverture de tout employé prend effet à la date à laquelle il devient admissible à la couverture, pourvu que la demande d'adhésion soit soumise dans les délais. Toutefois, dans le cas d'adhésion tardive ou de garanties pour lesquelles des preuves d'assurabilité sont requises, la couverture prend effet à la date à laquelle l'assurabilité de l'employé est approuvée par DSF.

PRISE D'EFFET POUR LES PERSONNES À CHARGE

La couverture des personnes à charge prend effet à la date à laquelle l'adhérent devient admissible à la couverture des personnes à charge pour la première fois, pourvu qu'une demande soit soumise dans les délais. Toutefois, dans le cas d'adhésion tardive ou de garanties pour lesquelles des preuves d'assurabilité sont requises, la couverture prend effet à la date à laquelle l'assurabilité de la personne à charge est approuvée par DSF.

Si l'adhérent a déjà souscrit à la couverture des personnes à charge à la date à laquelle il a une nouvelle personne à charge, la couverture de cette personne prend effet à la date à laquelle elle devient une personne à charge, sauf dans le cas des garanties pour lesquelles des preuves d'assurabilité sont requises. Toutefois, la garantie vie d'un nouveau-né prend effet 24 heures après sa naissance et conformément aux dispositions de la police, y compris celles indiquées ci-dessus.

Si une personne à charge (autre qu'un nouveau-né) est hospitalisée à la date à laquelle sa couverture prendrait normalement effet, sa couverture ne prend effet que le lendemain de sa sortie de l'hôpital.

MODIFICATION DU MONTANT DE LA COUVERTURE ET DE LA GARANTIE

Toute modification apportée au montant de la couverture ou à une garantie prend effet à la dernière des dates suivantes, pourvu que l'adhérent soit effectivement au travail à cette date :

- 1) la date à laquelle l'adhérent devient admissible pour la première fois à une telle modification, pourvu qu'une demande écrite soit reçue par DSF au plus tard à cette date; ou
- 2) la date à laquelle DSF approuve l'assurabilité de l'adhérent :
 - a) si le nouveau montant de la couverture excède le montant maximum que DSF accorde sans preuves d'assurabilité, ou
 - b) si la demande de modification est reçue plus de 31 jours après la date de son admissibilité à cette modification.

Si l'adhérent n'est pas effectivement au travail à la date à laquelle sa couverture serait normalement modifiée, la couverture est modifiée le premier jour où il reprend effectivement le travail.

PROLONGATION DE LA COUVERTURE DURANT UNE ABSENCE DU TRAVAIL

L'adhérent qui cesse d'être effectivement au travail pour l'une ou l'autre des raisons décrites ci-dessous peut demeurer couvert selon ce qui est prévu ci-après.

MALADIE OU BLESSURE

Les garanties détenues immédiatement avant le début de l'absence en raison de maladie ou de blessure entraînant une invalidité reconnue par DSF sont maintenues durant cette absence, à condition que les primes continuent à être versées à moins d'être exonérées.

MISE À PIED TEMPORAIRE OU CONGÉ AUTORISÉ NON PAYÉ

L'adhérent peut conserver l'ensemble des garanties qu'il détient immédiatement avant le début de l'absence, à l'exclusion des garanties invalidité de courte et de longue durée. Les garanties peuvent être maintenues pour une période déterminée à l'avance et si les primes continuent à être versées. Toutefois, cette couverture ne sera pas maintenue en vigueur au-delà de 12 mois. DSF doit être informée de la date prévue de retour au travail avant le début de l'absence.

Si l'adhérent choisit de ne pas conserver ces garanties, elles seront remises en vigueur sans preuves d'assurabilité à compter de la date à laquelle il est de nouveau effectivement au travail. DSF doit être informée dans les 31 jours suivant la date de retour effectif, à défaut de quoi une preuve d'assurabilité est exigée.

CONGÉDIEMENT OU SUSPENSION

Lorsqu'un adhérent conteste son congédiement ou sa suspension par voie de grief ou de recours à l'arbitrage au sens du Code du Travail, il peut maintenir son assurance en vigueur jusqu'à ce qu'une décision finale soit rendue dans cette contestation, s'il acquitte lui-même mensuellement et à l'avance la totalité des primes requises.

ABSENCES OU CONGÉS POUR RAISONS DE MATERNITÉ, FAMILIALES OU PARENTALES

Pour une absence ou un congé pris conformément à toute loi applicable, l'adhérent peut :

- 1) sous réserve du paiement des primes, conserver :
 - a) toutes les garanties; ou
 - b) toutes les garanties, à l'exclusion des garanties invalidité de courte et de longue durée;
- 2) choisir de ne pas conserver ses garanties.

Les garanties peuvent être maintenues en vigueur pour un maximum de 12 mois ou une période plus longue si la loi l'exige. DSF doit être informée de la date prévue de retour au travail avant le début de l'absence ou du congé.

L'adhérent doit informer DSF de son choix avant le début de l'absence ou du congé. S'il choisit de ne pas conserver ses garanties, elles seront remises en vigueur sans preuves d'assurabilité à compter de la date à laquelle il est de nouveau effectivement au travail. DSF doit être informée dans les 31 jours suivant la date de son retour effectif, à défaut de quoi une preuve d'assurabilité est exigée.

GRÈVE OU LOCK-OUT

La couverture prend fin à la date à laquelle la grève ou le lock-out commence.

CESSATION DES GARANTIES ET DE LA COUVERTURE

CESSATION DES GARANTIES

Chaque garantie cesse à la date indiquée ci-dessous.

GARANTIE	DATE DE CESSATION
Garantie accident-maladie	La date de la retraite
Garantie invalidité de courte durée	La date de la retraite
Garantie invalidité de longue durée	Le 65 ^e anniversaire de naissance de l'adhérent ou la date de la retraite, selon ce qui arrive en premier
Garantie vie de l'adhérent	La date de la retraite

Selon la loi applicable, l'adhérent qui atteint 65 ans peut choisir d'être couvert par le régime provincial d'assurance maladie de sa province de résidence pour la partie médicaments ou de conserver sa couverture en vertu de la police. Le choix de l'adhérent d'être couvert par le régime provincial d'assurance maladie de sa province de résidence est irrévocable. Si l'adhérent choisit de conserver sa couverture en vertu de la police, il doit d'abord faire une demande à DSF par écrit qui déterminera alors le montant de la prime nécessaire.

CESSATION DE LA COUVERTURE DE L'ADHÉRENT

Sous réserve de toute disposition contraire stipulée ailleurs dans la police, la couverture de l'adhérent prend fin à la première des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle il n'est plus considéré être un employé;
- 2) la date à laquelle il cesse de faire partie d'une catégorie d'employés admissibles à la couverture;
- 3) la date à laquelle l'emploi de l'adhérent ou son contrat avec l'employeur prend fin;
- 4) la fin de la période pour laquelle les primes requises ont été versées en son nom;
- 5) la date de la retraite;
- 6) la date à laquelle il cesse d'être effectivement au travail; ou
- 7) la date de résiliation de la police.

CESSATION DE LA COUVERTURE DES PERSONNES À CHARGE

Sous réserve de toute disposition contraire stipulée ailleurs dans la police, la couverture des personnes à charge prend fin à la première des dates suivantes :

- 1) la date de cessation de la couverture de l'adhérent, sauf si la personne à charge est admissible à des prestations aux survivants;
- 2) la date à laquelle la personne n'est plus une personne à charge; ou
- 3) la fin de la période pendant laquelle les primes requises pour la couverture des personnes à charge ont été versées au nom de l'adhérent.

REMISE EN VIGUEUR DE LA COUVERTURE

Si la couverture d'un employé a pris fin par suite de cessation d'emploi et qu'il est réengagé par l'employeur dans les 6 mois suivants, il a droit de faire remettre sa couverture en vigueur à compter de la date à laquelle il retourne au travail, pourvu que la demande de remise en vigueur soit faite à DSF dans les 31 jours suivant cette date.

Si un employé ne peut pas se prévaloir de la remise en vigueur, il est réputé être un nouvel employé.

PROLONGATION AUX SURVIVANTS

Cette disposition s'applique à la garantie accident-maladie :

En cas de décès de l'adhérent et sous réserve des dispositions prévues dans la police, la couverture des personnes à charge est prolongée sans paiement de prime jusqu'à la première des dates suivantes :

- 1) 90 jours après le décès;
- 2) la date à laquelle la couverture des personnes à charge aurait pris fin si l'adhérent n'était pas décédé; ou
- 3) la date de cessation de la garantie ou de résiliation de la police.

FRAUDE

En cas de fraude, DSF se réserve le droit de mettre fin à la couverture de l'adhérent.

DEMANDES DE PRESTATIONS

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

DSF doit recevoir une déclaration et des preuves de sinistre dans le délai prévu pour chaque garantie, tel qu'indiqué ci-dessous :

GARANTIE	DÉLAI
Garantie accident-maladie	Toute demande de prestations, accompagnée des pièces justificatives appropriées, doit être présentée à DSF dans les 12 mois suivant la date à laquelle les frais sont engagés.
Garantie invalidité de courte durée	• Une preuve écrite de sinistre doit être présentée à DSF dans les 60 jours suivant la date du début de l'invalidité totale. • Par la suite, une preuve écrite de continuité de l'invalidité totale jugée satisfaisante par DSF doit être présentée à DSF chaque fois qu'elle en fait la demande.
Garantie invalidité de longue durée	• Une déclaration écrite initiale de sinistre doit être présentée à DSF dans les 30 jours suivant l'expiration du délai de carence; et • la preuve écrite initiale doit être présentée à DSF dans les 60 jours suivant l'expiration du délai de carence. • S'il y a récurrence d'invalidité totale, une déclaration écrite de sinistre doit être présentée à DSF dans les 30 jours suivant la date de la récurrence; et • une preuve écrite doit être présentée à DSF dans les 60 jours suivant la date de la récurrence.

	Par la suite, une preuve écrite de continuité de l'invalidité totale jugée satisfaisante par DSF doit être présentée à DSF chaque fois qu'elle en fait la demande.
Garantie vie	- Toute demande de prestations doit être présentée à DSF dans les 30 jours suivant la date du décès; et - une preuve écrite doit être remise à DSF dans les 90 jours suivant la date du décès.

Le défaut de fournir la déclaration ou les preuves de sinistre dans les délais prévus n'empêche pas le paiement de la prestation, pourvu que la déclaration et les preuves soient fournies aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire. Cependant, aucune prestation ne sera versée si la déclaration et les preuves sont fournies plus de 12 mois après la date à laquelle les frais sont engagés ou la date de l'événement donnant lieu à la demande de prestations.

Advenant la résiliation de la police, DSF n'effectuera aucun versement de prestations à moins que la déclaration et les preuves ne lui soient soumises dans les 120 jours suivant la date de résiliation de la police.

Toute action en justice engagée contre DSF pour recouvrer des sommes payables en vertu de la police est totalement irrecevable, à moins qu'elle n'ait été intentée au cours du délai fixé par la Loi sur les assurances ou toute autre loi applicable dans la province de résidence de l'adhérent.

SOUSSION D'UNE DEMANDE

Toute demande de prestations doit être présentée à DSF au moyen du formulaire prévu à cette fin. En tout temps, DSF peut exiger des informations supplémentaires lorsqu'elle le juge nécessaire.

Médicaments et autres frais médicaux

Si le mode de paiement direct a été utilisé pour les frais de médicaments, l'adhérent n'a pas à soumettre de demande de prestations à DSF.

Pour les autres frais médicaux, l'adhérent n'a pas à soumettre de demande de prestations à DSF si le professionnel ou le fournisseur de services utilise l'échange électronique de données (EDI).

Décès

Avant de régler une demande, DSF exige des preuves écrites satisfaisantes attestant :

- 1) du décès, des causes et des circonstances liées au décès, incluant un rapport médical ou un certificat de décès;
- 2) que le défunt était admissible à la couverture au moment du décès;
- 3) de la date de naissance du défunt; et
- 4) que le demandeur est en droit de recevoir la prestation.

DSF peut également exiger tout autre renseignement jugé utile.

Sous réserve de toute loi applicable, DSF peut demander une autopsie afin d'évaluer sa responsabilité relative à une demande de prestations.

Dans le cas d'une disparition, DSF versera les prestations sur présentation d'un jugement déclaratif de décès.

PAIEMENTS

Toutes les prestations sont versées à l'adhérent, à moins d'indication contraire ailleurs dans la police.

Prestations décès

La prestation est versée dans les 30 jours suivant la réception de preuves satisfaisantes de décès. La prestation payable au décès de l'adhérent est versée au bénéficiaire.

BÉNÉFICIAIRE

Sous réserve des dispositions de la loi, l'adhérent peut désigner ou révoquer en tout temps un ou des bénéficiaires de sa couverture en faisant parvenir un avis écrit au siège social de DSF. Seules les garanties qui prévoient des prestations en cas de décès de l'adhérent sont sujettes à la désignation de bénéficiaire(s) qui est alors la même pour l'ensemble de ces garanties. Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant l'adhérent retournent à ce dernier. En l'absence d'un bénéficiaire désigné, les sommes payables sont versées selon les lois applicables.

Les sommes payables au décès d'une personne à charge sont versées à l'adhérent, s'il est vivant. Si l'adhérent est décédé, elles sont versées selon les lois applicables.

DSF n'assume aucune responsabilité quant à la validité de toute désignation ou révocation de bénéficiaire.

COORDINATION DES PRESTATIONS

Si une personne couverte par la garantie accident-maladie est également couverte en vertu d'un autre régime qui fournit des prestations semblables, le montant de ces prestations payables au cours d'une année quelconque fait l'objet d'une coordination.

La coordination des prestations est effectuée selon les recommandations de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. de sorte que le total des paiements sous tous les régimes n'excède pas le total des frais admissibles engagés par la personne.

Frais d'assurance voyage

Si une personne couverte par l'assurance voyage est également couverte en vertu de tout autre régime ou assurance qui fournit des prestations semblables, seuls les frais admissibles en excédent des montants payables par tous les autres régimes ou assurances sont couverts en vertu de l'assurance voyage.

Si les autres régimes ou assurances comportent une stipulation semblable ou une disposition de coordination des prestations, les prestations sont coordonnées entre tous les régimes ou assurances de sorte que le total des paiements n'excède pas le total des frais admissibles engagés par la personne.

EXAMENS MÉDICAUX

À l'occasion, DSF a le droit d'exiger que la personne couverte pour laquelle des prestations pourraient être versées soit examinée par un professionnel de la santé de son choix.

SUBROGATION

Dès que DSF rembourse les frais engagés ou s'engage à rembourser les frais engagés, elle se substitue à l'adhérent en ce qui concerne tous les droits de recouvrement contre toute personne et peut intenter une poursuite judiciaire au nom de l'adhérent pour faire valoir ces droits.

Si l'adhérent a le droit d'exiger des dommages-intérêts d'une autre personne pour une perte de revenu pour laquelle il est admissible à des prestations, DSF se substituera à cet adhérent en ce qui concerne tous les droits de recouvrement contre toute personne pour une perte de revenu. Le montant qui peut être recouvré grâce à cette subrogation est limité au montant global des prestations d'invalidité qui ont été versées ou qui sont payables à l'adhérent par DSF.

DROIT DE RECouvreMENT

Lorsqu'un paiement effectué par DSF excède le montant qui aurait dû être payé, DSF a le droit de récupérer cet excédent auprès de toute personne ou entité à qui ou pour qui ce paiement a été effectué.

EXONÉRATION DES PRIMES

Cette disposition s'applique à la garantie invalidité de longue durée :

1) Début de l'exonération des primes

Si l'adhérent devient totalement invalide pendant qu'il est couvert en vertu de la police mais avant d'atteindre l'âge de 65 ans, ses primes peuvent être exonérées après 7 mois consécutifs d'invalidité totale. L'adhérent doit fournir à DSF des preuves satisfaisantes de son invalidité totale.

2) Cessation de l'exonération des primes

L'exonération des primes prend fin à la première des dates suivantes :

- a) la date à laquelle l'adhérent est incapable ou refuse de fournir à DSF des preuves satisfaisantes de son invalidité totale, si ces preuves ne sont pas fournies au plus tard 3 mois après la demande de DSF;
- b) la date à laquelle l'adhérent cesse d'être totalement invalide;
- c) la date à laquelle l'adhérent s'adonne à toute occupation ou tout emploi contre rémunération ou profit sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation approuvé par DSF;
- d) la date à laquelle l'adhérent atteint 65 ans;
- e) la date à laquelle l'adhérent prend sa retraite;
- f) la date de cessation de la couverture de l'adhérent; ou
- g) la date de résiliation de la garantie ou de la police, sauf pour la garantie invalidité de longue durée.

3) Récidive d'invalidité totale

Si une récidive d'invalidité survient dans les 6 mois suivant la fin d'une période antérieure d'invalidité totale qui a donné lieu à une exonération des primes en vertu de la police, cette récidive est considérée comme étant une prolongation de la période antérieure si elle est due aux mêmes causes ou à des causes connexes.

4) Déclaration et preuves d'invalidité totale

Pour que l'adhérent soit exonéré du paiement de ses primes, DSF doit recevoir :

- a) un avis écrit attestant de l'invalidité totale dans les 12 mois suivant la date à laquelle l'adhérent devient totalement invalide; et
- b) une attestation satisfaisante d'invalidité totale dans les 90 jours suivant la date de réception de l'avis écrit.

Dans le cas d'une récurrence d'invalidité totale, DSF doit recevoir un avis écrit et une attestation d'invalidité dans les 30 jours suivant la date du début de cette récurrence.

VÉRIFICATION

DSF se réserve le droit de vérifier les dossiers et registres du titulaire de police afin d'assurer l'exactitude des primes facturées. Les renseignements suivants requis pour cette vérification doivent être mis à la disposition de DSF :

- 1) l'âge de chaque personne couverte;
- 2) le statut de protection de chaque adhérent;
- 3) la liste des garanties pour lesquelles chaque adhérent a fait une demande d'adhésion; et
- 4) le délai d'attente de chaque adhérent.

GARANTIE ACCIDENT-MALADIE

SOMMAIRE DE LA GARANTIE

Dès réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par DSF attestant qu'une personne couverte a engagé des frais admissibles pendant qu'elle était couverte en vertu de cette garantie, DSF rembourse ces frais conformément aux dispositions de la police.

Franchise	
Frais admissibles	Montant
Médicaments	Aucune
Hospitalisation	Aucune
Assurance voyage	Aucune
Tous les autres frais	50 \$ par protection individuelle ou 100 \$ par protection familiale, par année civile
Pourcentage de remboursement	
Frais admissibles	Pourcentage
Médicaments	1) Médicaments génériques : 75 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché 2) Médicaments de marque : a) 75 % du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament équivalent disponible sur le marché b) 75 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché Pour chaque année civile, une contribution maximale s'applique aux frais admissibles pour les médicaments. Cette contribution est la franchise et toute partie des frais admissibles qui n'est pas remboursée en vertu de cette garantie. Lorsque la contribution atteint 750 \$, pour les frais engagés par l'adhérent et ses personnes à charge, le pourcentage de remboursement des médicaments passe à 100 % pour le reste de l'année civile.

Hospitalisation	100 %
Assurance voyage	100 %
Services diagnostiques	75 %
Tous les autres frais	90 %

PAIEMENT DES PRESTATIONS

Pour tous les frais admissibles, DSF rembourse la partie des frais raisonnables et coutumiers qui excède la franchise, sous réserve du pourcentage de remboursement.

Pour être considérés comme admissibles, les frais doivent être médicalement nécessaires et engagés à la suite d'une maladie, d'une grossesse ou d'un accident et couvrir des soins qui :

- 1) ont été préalablement prescrits par un médecin ou tout professionnel de la santé autorisé à le faire selon la loi applicable;
- 2) sont reconnus par la profession médicale comme étant adéquats et conformes pour le diagnostic; et
- 3) ne peuvent pas être omis sans nuire à l'état de la personne ou à la qualité des soins médicaux.

Les frais admissibles sont considérés avoir été engagés à la date à laquelle le service a été rendu ou les produits obtenus.

Réseau de fournisseurs privilégiés

DSF peut sélectionner des fournisseurs pour la distribution de certains services, soins et produits et peut restreindre les prestations pour des frais admissibles engagés auprès d'un autre fournisseur.

FRAIS ADMISSIBLES

AU CANADA

Les frais admissibles sont ceux énumérés ci-dessous et engagés :

- 1) dans la province de résidence de l'adhérent; et
- 2) à l'extérieur de la province de résidence de l'adhérent, mais au Canada, pour une raison autre qu'une urgence médicale.

Limite des frais admissibles de médicaments	
Marge bénéficiaire	Frais raisonnables et coutumiers
Honoraires du pharmacien	Frais raisonnables et coutumiers

MÉDICAMENTS
1) Les médicaments fournis par un pharmacien qui sont inscrits sur la liste de médicaments du régime gouvernemental de la province de résidence de l'adhérent à la date à laquelle les frais sont engagés. 2) Les lancettes, bandelettes et seringues pour diabétiques. 3) Médicaments exigeant une autorisation préalable L'autorisation préalable de DSF est exigée pour certains médicaments dont la liste est disponible sur le site web de DSF. Pour s'assurer que les médicaments prescrits répondent aux critères d'autorisation préalable établis par DSF, un formulaire d'autorisation préalable doit être rempli par le médecin et soumis à DSF. Il s'agit notamment de confirmer que les médicaments prescrits : a) sont utilisés pour une indication thérapeutique approuvée; et b) démontrent une efficacité satisfaisante par rapport aux coûts qui y sont reliés. Une preuve d'efficacité ou de nouveaux résultats peuvent être demandés en cours de traitement pour déterminer si le médicament produit les effets attendus et demeure admissible au remboursement. DSF peut rembourser la valeur d'un médicament équivalent moins cher s'il en existe sur le marché.
Programme d'accompagnement patient
Ce programme est offert par DSF. Il fournit du support à la personne couverte pour faciliter la gestion de sa santé et la prise de ses médicaments. DSF peut exiger que la personne couverte participe au programme pour être admissible au remboursement du médicament.
Programme de soutien au patient
Ce programme est offert par les fabricants de certains médicaments. Il comprend des services d'information, de formation et de l'aide financière à la personne couverte à qui le médicament est prescrit. DSF peut exiger que la personne couverte participe au programme pour être admissible au remboursement du médicament.

Frais admissibles pour les autres médicaments	Maximum payable par personne couverte
Vaccins préventifs	500 \$ par année civile
Produits de sclérothérapie pour le traitement des varices	10 \$ par visite

HOSPITALISATION	
Frais admissibles	Maximum payable par personne couverte
<u>Hôpital</u> Frais d'hébergement pour des soins de courte durée, pour chaque jour d'hospitalisation	La différence entre le coût d'une salle et d'une chambre privée
<u>Maison de convalescence/réadaptation</u> Frais d'hébergement dans une maison de convalescence ou de réadaptation, pour toute période d'hébergement qui débute dans les 14 jours suivant la fin d'un séjour dans un hôpital Des périodes successives d'hébergement sont réputées être une même période d'hébergement si elles : • résultent d'une même maladie ou d'un même accident; et • sont séparées par une période de moins de 60 jours consécutifs pendant laquelle la personne couverte n'a pas été hospitalisée.	Le coût d'une chambre privée, jusqu'à concurrence de 180 jours par invalidité

PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ	
Frais admissibles	Maximum admissible par personne couverte
<u>Soins paramédicaux</u> Services des professionnels suivants, à condition qu'ils exercent dans les limites de leur compétence et soient membres en règle de leur association ou corporation professionnelle reconnues par DSF. À moins d'indication contraire, ces services ne nécessitent pas de recommandation médicale.	
• acupuncteur • audiologiste • chiropraticien • ergothérapeute • orthophoniste • ostéopathe • physiothérapeute • podiatre	Montant global de 400 \$ par année civile, incluant les radiographies prescrites par un chiropraticien, jusqu'à concurrence de 50 \$
• psychologue	400 \$ par année civile
• diététiste (sur recommandation médicale)	Frais usuels et raisonnables
<u>Soins infirmiers à domicile</u> Soins infirmiers à domicile par un infirmier autorisé ou un infirmier auxiliaire autorisé, pourvu que les soins relèvent de la compétence de l'infirmier. De plus, l'infirmier ne doit avoir aucun lien de parenté, ni par le sang ni par alliance, avec l'adhérent ou avec l'une des personnes à sa charge et ne doit pas résider habituellement chez l'adhérent ni chez l'une des personnes à sa charge.	Frais usuels et raisonnables

AMBULANCE

Les frais d'une ambulance autorisée pour le transport terrestre de la personne couverte :

- 1) du lieu de l'accident ou de la maladie à l'hôpital le plus près apte à fournir les soins appropriés, en cas d'urgence médicale; et
- 2) d'un hôpital au domicile de la personne couverte lorsque son état de santé ne permet pas d'utiliser un autre moyen de transport.

Les frais d'une ambulance autorisée pour le transport aérien de la personne couverte à l'hôpital le plus près apte à fournir les soins appropriés, en cas d'urgence médicale.

ÉQUIPEMENTS ET FOURNITURES MÉDICALES

AIDES À LA MOBILITÉ

Frais admissibles	Limitation et/ou maximum admissible par personne couverte
Marchettes, cannes ou béquilles	Achat ou location, à la discrétion de DSF
Fauteuils roulants non motorisés	Achat, réparation ou location, à la discrétion de DSF

FOURNITURES ORTHOPÉDIQUES

Frais admissibles	Limitation et/ou maximum admissible par personne couverte
Chaussures orthopédiques : • chaussures fabriquées sur mesure • chaussures ouvertes • chaussures évasées ou droites • chaussures nécessaires au maintien des attelles de Denis Browne • modifications ou ajustements à des chaussures préfabriquées ou de série	Fabriquées et facturées par un centre reconnu par DSF. De plus, les chaussures doivent être fabriquées et les modifications ou ajustements à des chaussures préfabriquées ou de série doivent être effectués par un orthésiste membre en règle d'une association professionnelle reconnue par DSF une paire par année civile

Orthèses de pied	Fabriquées et facturées par un centre reconnu par DSF. De plus, elles doivent être fabriquées sur mesure par un orthésiste membre en règle d'une association professionnelle reconnue par DSF 150 \$ par année civile
Attelles rigides ou semi-rigides, bandages herniaires et plâtres	Achat et réparation
Corsets médicaux	Achat et réparation
PROTHÈSES	
Frais admissibles	Limitation et/ou maximum admissible par personne couverte
Prothèses auditives	300 \$ par période de 60 mois
Prothèses capillaires	- Lorsque requises à la suite de la chute temporaire des cheveux en cas de chimiothérapie 75 \$ par année civile
Prothèses mammaires externes	- Lorsque requises à la suite d'une mastectomie totale ou radicale 150 \$ par période de 24 mois
Membres artificiels	Achat, réparation et remplacement rendu nécessaire par un changement physiologique
Yeux artificiels	Achat et réparation
AUTRES ÉQUIPEMENTS ET FOURNITURES MÉDICALES	
Frais admissibles	Limitation et/ou maximum admissible par personne couverte
Glucomètres	Un appareil pour la durée de la police

Fournitures pour pompes à insuline	Achat
Bas de contention	• Achat, à condition qu'ils soient de compression d'au moins 20mm/Hg • 50 \$ par année civile
Stérilets	Achat
Cathéters	Achat
Fournitures pour les stomies	Achat
Fournitures pour les paraplégiques	Achat
Fournitures médicales servant au gavage	Achat
Fournitures médicales suite à une trachéotomie	Achat
Lunettes opaques	Achat, à condition qu'elles soient requises lors d'un traitement de radiothérapie ou contre le psoriasis
Vêtements compressifs	Achat
Pansements médicamenteux	Achat
Moniteurs d'apnée	Achat ou location, à la discrétion de DSF
Oxygène et matériel nécessaire à son administration	Achat ou location, à la discrétion de DSF
Pompes à lymphoedème	Achat
Accessoires de percussion thoracique	Achat
Lits d'hôpital à commandes manuelles	Achat et réparation, ou location, à la discrétion de DSF

SERVICES DIAGNOSTIQUES	
Frais admissibles	Limitation et/ou maximum admissible par personne couverte
Techniques d'imagerie et analyses de laboratoire	• À but diagnostique

SOINS DENTAIRES À LA SUITE D'UN ACCIDENT	
Frais admissibles	Limitation et/ou maximum admissible par personne couverte
En autant que cette garantie soit en vigueur au moment où les soins sont prodigués et sous réserve d'une évaluation préalable par l'assureur, les frais pour services professionnels rendus par un chirurgien-dentiste pour réparer des dommages causés à des dents naturelles à la suite d'un accident survenu alors que la personne est assurée en vertu de ce contrat.	• Si la personne assurée est âgée de 16 ans et plus à la date de l'accident, ces services doivent être rendus moins d'un an après la date de l'accident. Par contre, si la personne assurée est âgée de moins de 16 ans, le délai de traitement mentionné ci-dessus ne s'applique pas, en autant que le chirurgien-dentiste traitant en informe l'assureur dans les 90 jours de la date de l'accident. • Les frais admissibles seront remboursés à concurrence des honoraires prévus au guide des tarifs de l'année courante à l'usage du praticien général et approuvé par l'Association des chirurgiens-dentistes, ainsi que les honoraires prévus au guide des tarifs approuvé par l'Association des denturologistes. Ces associations sont celles de la province de résidence de l'assuré.

CHIRURGIE ESTHÉTIQUE À LA SUITE D'UN ACCIDENT	
Frais admissibles	Limitation et/ou maximum admissible par personne couverte
Soins de chirurgie esthétique reçus à la suite d'un accident	L'accident doit être survenu et les soins rendus pendant que la personne est couverte en vertu de cette garantie. Les soins doivent : - débuter dans les 12 mois de l'accident; et - se terminer dans les 36 mois de l'accident. 2 000 \$ par accident

SOINS DE LA VUE	
Frais admissibles	Limitation et/ou maximum admissible par personne couverte
Examen de la vue	50 \$ par période de : 24 mois pour les adultes 12 mois pour les enfants de moins de 18 ans

LE SERVICE INFO ACCÈS-SANTÉ

Le service Info Accès-Santé est un service téléphonique offert 24 heures sur 24 qui permet à la personne couverte de pouvoir parler en toute confidentialité avec des professionnels de la santé d'expérience et d'obtenir des renseignements de façon immédiate.

Par l'entremise de ce service téléphonique, la personne couverte peut s'informer sur les questions suivantes :

- la santé;
- la vaccination;
- la diététique;
- le mode de vie;
- la mise en forme;
- la puériculture;
- la disponibilité des ressources locales.

Le service Info Accès-Santé doit être considéré comme un complément de la consultation médicale et du service médical d'urgence (911 ou autre); il ne remplace pas le professionnel de la santé que la personne couverte consulte habituellement ou le service médical d'urgence d'une municipalité.

Ce service d'information peut être utile pour améliorer la qualité de vie de l'adhérent et de ses personnes à charge.

La personne couverte peut communiquer en tout temps avec le service INFO ACCÈS-SANTÉ.

Provenance de l'appel**Numéro à composer**

Partout au Canada

1 877 875-2632

ASSURANCE VOYAGE

Lorsqu'une personne couverte doit engager des frais en raison d'une urgence médicale survenant au cours des 180 premiers jours d'un séjour à l'extérieur de sa province de résidence, DSF rembourse les frais admissibles conformément aux conditions suivantes :

- 1) la personne doit être couverte par un régime provincial d'assurance maladie au Canada;
- 2) les frais doivent être couverts en vertu de la garantie accident-maladie; et
- 3) l'état de santé de la personne couverte devait être stable avant la date de début du voyage.

L'adhérent doit communiquer avec DSF si la durée du séjour à l'étranger est ou pourrait être supérieure à 180 jours, sans quoi la personne couverte pourrait ne pas être couverte.

Les décisions médicales prises par un médecin ou un autre professionnel de la santé, à l'emploi de Voyage Assistance, lié par contrat à Voyage Assistance ou désigné par cette dernière, sont fondées sur des facteurs médicaux et servent à déterminer la nécessité d'offrir les services ci-dessous.

Frais admissibles	Limitation et/ou maximum payable
<u>Frais médicaux</u>	
Frais de séjour dans un hôpital, jusqu'à ce que la personne couverte reçoive son congé de l'hôpital	Chambre semi-privée
Autres services hospitaliers	
Honoraires d'un médecin, d'un chirurgien et d'un anesthésiste	

Tous les autres frais admissibles en vertu de la disposition « Au Canada » de cette garantie	
<u>Frais de transport</u> Pour être admissibles, les frais énumérés ci-dessous doivent être approuvés et planifiés par Voyage Assistance.	
Les frais de rapatriement de la personne couverte à son lieu de résidence par un moyen de transport public adéquat pour qu'elle puisse y recevoir les soins appropriés dès que son état de santé le permet	Ces frais ne sont pas admissibles si le moyen de transport initialement prévu pour le retour peut être utilisé
Les frais pour le rapatriement, en même temps que le rapatriement de la personne couverte, de toute autre personne couverte en vertu de cette garantie	Ces frais ne sont pas admissibles si le moyen de transport initialement prévu pour le retour peut être utilisé
Le transport aller et retour en classe économique d'un accompagnateur médical qualifié lorsque prescrit par le médecin traitant	L'accompagnateur ne peut pas être un membre de la famille immédiate, ni un ami, ni un compagnon de voyage
Le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la famille immédiate de visiter la personne couverte qui séjourne à l'hôpital pendant au moins 7 jours	• La personne couverte ne doit pas déjà être accompagnée par un membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus • Les frais de subsistance du membre de la famille immédiate sont limités à 1 500 \$ • La nécessité de la visite doit être confirmée par le médecin traitant

Les frais de retour du véhicule de la personne couverte ou celui qu'elle a loué, si : - la personne couverte souffre d'une incapacité résultant d'une urgence médicale; - l'incapacité est certifiée par un médecin et empêche la personne couverte de conduire ce véhicule; et - aucun membre de la famille immédiate ou compagnon de voyage l'accompagnant ne peut retourner le véhicule. Le retour peut être effectué par une agence commerciale.	2 500 \$ par voyage
En cas de décès de la personne couverte, le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la famille immédiate d'aller identifier la dépouille avant le rapatriement	La personne couverte ne doit pas déjà être accompagnée par un membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus
En cas de décès de la personne couverte, les frais pour la préparation du corps et le retour de la dépouille ou de ses cendres à son lieu de résidence par la route la plus directe (avion, autobus, train)	5 000 \$

<u>Frais de subsistance</u>	
Le coût des repas et de l'hébergement de la personne couverte qui doit reporter son retour en raison d'une maladie ou d'un accident constaté par un médecin et qu'elle subit elle-même ou que subit un membre de sa famille immédiate qui l'accompagne ou un compagnon de voyage Les frais additionnels de garde des enfants qui n'accompagnent pas la personne couverte	200 \$ par jour par personne couverte, pendant un maximum de 10 jours par voyage, pour l'ensemble de ces frais
<u>Frais d'appels interurbains</u>	
Les frais d'appels interurbains pour joindre un membre de la famille immédiate si la personne couverte est hospitalisée	• 50 \$ par jour et un maximum global de 200 \$ par période d'hospitalisation • La personne couverte ne doit pas déjà être accompagnée par un membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus • Ces frais sont admissibles si des frais de transport pour permettre à un membre de la famille immédiate de visiter la personne hospitalisée ne sont pas remboursés
Prestation maximale globale	
Tous les frais admissibles	Montant viager de 5 000 000 \$ par personne couverte

LE SERVICE VOYAGE ASSISTANCE

Voyage Assistance prend les dispositions nécessaires pour fournir les services suivants à toute personne couverte qui en a besoin :

- 1) assistance téléphonique sans frais, 24 heures sur 24;
- 2) orientation vers des médecins ou des établissements de santé;
- 3) aide pour l'admission à l'hôpital;

- 4) avances de fonds à l'hôpital lorsqu'elles sont exigées par l'établissement concerné;
- 5) rapatriement de la personne couverte dans sa ville de résidence, dès que son état de santé le permet;
- 6) établissement et maintien des contacts avec l'assureur;
- 7) règlement des formalités en cas de décès;
- 8) rapatriement des enfants de la personne couverte si elle est immobilisée;
- 9) envoi d'aide médicale et de médicaments si une personne couverte se trouve trop loin des établissements de santé pour y être transportée;
- 10) arrangements nécessaires pour faire venir un membre de la famille immédiate si la personne couverte doit séjourner à l'hôpital au moins sept jours et si le médecin prescrit une telle visite;
- 11) en cas de perte ou de vol de papiers d'identité, aide pour se procurer des papiers temporaires afin de poursuivre le voyage;
- 12) orientation vers des avocats si des problèmes juridiques surviennent;
- 13) service d'interprète lors d'appels d'urgence;
- 14) transmission de messages aux proches de la personne couverte en cas d'urgence;
- 15) avant le départ, information sur les passeports, les visas et les vaccins requis dans le pays de destination.

En cas d'urgence médicale, la personne couverte peut communiquer immédiatement avec le service VOYAGE ASSISTANCE.

Provenance de l'appel		Numéro à composer
Région de Montréal		(514) 875-9170
Canada et États-Unis		1-800-465-6390 (sans frais)
Ailleurs dans le monde (Excluant les Amériques)		indicatif outre-mer + 800 29485399 (sans frais)
Frais virés (Partout dans le monde)		(514) 875-9170

RESTRICTIONS, LIMITATIONS ET EXCLUSIONS

Restrictions applicables aux médicaments

La provision de médicaments d'entretien est limitée à 100 jours. La provision de tout autre médicament ou produit est limitée à 34 jours.

Limitations

Les frais admissibles sont assujettis aux limites et maximums indiqués dans cette garantie.

Clause alternative

Pour tous les frais admissibles pour lesquels plusieurs produits sont disponibles sur le marché, les prestations sont limitées au prix du produit le moins cher qui constitue un traitement raisonnable.

Limitations et exclusions applicables au réseau de fournisseurs privilégiés

Les prestations peuvent être limitées ou aucun remboursement effectué pour des soins, produits ou médicaments disponibles dans le réseau de fournisseurs privilégiés mais obtenus d'un autre fournisseur.

Exclusions générales

Aucun remboursement n'est effectué pour ce qui suit :

- 1) services ou soins qu'un régime public d'assurance maladie interdit de payer en totalité ou en partie, sauf dans la mesure où il permet un remboursement excédentaire;
- 2) services, soins ou produits que la personne reçoit gratuitement ou qui sont remboursables en vertu de toute loi provinciale ou fédérale applicable à la personne couverte, qu'elle soit ou non couverte par ces lois;
- 3) frais admissibles qui découlent directement ou indirectement de ce qui suit :
 - a) soins esthétiques autres que ceux prévus dans cette garantie;
 - b) infraction ou tentative d'infraction criminelle, incluant la conduite avec facultés affaiblies, tel que prévu au Code criminel du Canada;

- c) toute cause pour laquelle les frais sont admissibles à un remboursement en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou de toute loi semblable ou en vertu de tout autre régime public;
 - d) guerre, déclarée ou non, service actif dans les forces armées d'un pays, ou participation à une émeute, une insurrection ou une agitation populaire;
- 4) services, soins ou produits de nature expérimentale;
 - 5) services, soins ou produits fournis par l'employeur;
 - 6) services, soins ou produits fournis à la personne couverte par un proche parent;
 - 7) hébergement dans une maison de convalescence ou de réadaptation, si l'objet principal du séjour est la surveillance du malade;
 - 8) hébergement dans un établissement pour malades chroniques;
 - 9) soins infirmiers à domicile qui sont uniquement dispensés à titre de soins de protection, d'accompagnement, de psychothérapie ou de surveillance;
 - 10) appareils robotisés d'aide à la marche;
 - 11) lits électriques;
 - 12) chaussures profondes et chaussures normales faisant partie de l'inventaire courant;
 - 13) frais engagés pour tout ce qui est implanté chirurgicalement;
 - 14) supports de genre « Obus Forme » ou de même type;
 - 15) cours et programmes d'exercice physique en tous genres;
 - 16) bains thérapeutiques en tous genres;
 - 17) cures de jeûne et tous les frais s'y rattachant;
 - 18) appareils, fournitures et équipements conçus ou adaptés pour permettre la participation à des activités sportives;
 - 19) services diagnostiques reçus à l'hôpital et frais engagés pour des tests génétiques;
 - 20) soins dentaires qui ne résultent pas d'un accident ou qui résultent de l'introduction volontaire ou involontaire d'une substance alimentaire ou d'un objet dans la bouche;
 - 21) actes dentaires et fournitures ayant pour but la restauration de la bouche au complet et la correction de la dimension verticale ou de toute dysfonction temporo-mandibulaire;
 - 22) fournitures pour incontinence;
 - 23) frais engagés pour une cure de désintoxication;
 - 24) frais engagés pour le traitement de l'infertilité;

- 25) frais engagés pour le traitement de la dysfonction sexuelle;
- 26) lunettes, lentilles cornéennes, lunettes de soleil ou lunettes protectrices;
- 27) voyages de santé ou voyages effectués pour subir des examens médicaux à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification; ou
- 28) services, soins ou produits non inclus dans la liste des frais admissibles.

Exclusions additionnelles applicables aux médicaments

Aucun remboursement n'est effectué pour ce qui suit :

- 1) médicaments ou produits utilisés pour traiter des conditions spécifiques autres que celles pour lesquelles ils ont été approuvés par Santé Canada;
- 2) médicaments ou produits qui font l'objet d'une consommation plus élevée que celle prévue par les critères de bonnes pratiques cliniques établis par DSF;
- 3) médicaments ou produits destinés à être administrés en milieu hospitalier à un patient interne ou externe, et non pour utilisation au domicile du patient;
- 4) produits contraceptifs autres que les contraceptifs hormonaux;
- 5) anesthésiques;
- 6) sclérothérapie utilisée principalement pour des raisons esthétiques et non réellement pathologiques, et honoraires du médecin;
- 7) médicaments pour le traitement de l'obésité;
- 8) produits antitabac;
- 9) frais qui servent à couvrir la franchise et la coassurance du régime provincial d'assurance médicaments, pour les adhérents couverts par leur régime provincial;
- 10) les produits suivants, qu'ils soient ou non prescrits :
 - a) shampoings et autres produits pour le cuir chevelu, y compris les produits pour la pousse des cheveux;
 - b) produits pour soins esthétiques, écrans solaires, savons et autres produits d'hygiène;
 - c) produits naturels et produits homéopathiques;
 - d) pansements non médicamentés et désinfectants;

- e) préparations de lait de toute nature pour bébés;
- f) suppléments diététiques;
- g) vitamines et minéraux.

Exclusion additionnelle applicable aux médicaments exigeant une autorisation préalable

Aucun remboursement n'est effectué pour les médicaments qui ne répondent pas aux critères d'autorisation préalable établis par DSF à la date à laquelle les frais sont engagés.

Exclusion additionnelle applicable au programme d'accompagnement patient

La personne couverte qui ne participe pas au programme pourrait ne pas être admissible au remboursement des médicaments.

Exclusion additionnelle applicable au programme de soutien au patient

La personne couverte qui ne participe pas au programme pourrait ne pas être admissible au remboursement des médicaments.

Exclusions additionnelles applicables à l'assurance voyage

Voyage Assistance doit être contactée immédiatement lorsque des services à l'extérieur de la province de résidence de l'adhérent sont nécessaires en raison d'une urgence médicale. À défaut d'effectuer cette démarche, le remboursement d'une partie des frais admissibles engagés pourrait être réduit ou refusé. DSF n'est pas responsable de la disponibilité ou de la qualité des soins médicaux administrés.

Aucun remboursement n'est effectué :

- 1) si le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir des traitements médicaux ou paramédicaux ou des services hospitaliers;
- 2) pour une chirurgie ou un traitement, lorsque ceux-ci sont facultatifs ou non urgents, c'est-à-dire qu'ils auraient pu être prodigués dans la province de résidence de la personne couverte sans danger pour sa vie ou sa santé, même si les soins sont prodigués à la suite d'une urgence médicale;

- 3) si la personne couverte ne consent pas :
- a) au traitement prescrit par le médecin ou par Voyage Assistance;
 - b) à changer d'hôpital ou de clinique;
 - c) à se faire examiner pour permettre l'établissement d'un diagnostic;
 - d) au rapatriement lorsqu'il est recommandé par Voyage Assistance;
- 4) pour toute urgence médicale survenue dans un pays ou une région pour lesquels le gouvernement du Canada a émis un des avertissements suivants avant la date de début du voyage :
- a) éviter tout voyage non essentiel; ou
 - b) éviter tout voyage.

La personne couverte qui se trouve dans le pays ou la région faisant l'objet d'un avertissement émis en cours de voyage n'est pas visée par cette exclusion. Elle doit toutefois prendre les dispositions nécessaires pour quitter ce pays ou cette région dans les meilleurs délais;

- 5) si la personne couverte refuse de divulguer les renseignements nécessaires à DSF relativement aux autres régimes d'assurance en vertu desquels elle bénéficie également de garanties d'assurance voyage ou si elle refuse à DSF l'utilisation de tels renseignements;
- 6) si les frais engagés sont reliés à un état de santé qui n'était pas stable avant la date de début du voyage;
- 7) si un médecin a déconseillé à la personne couverte de voyager;
- 8) pour les frais engagés pour une grossesse, une fausse couche, un accouchement ou leurs complications, lorsque ces frais sont engagés après les 32 premières semaines de grossesse;
- 9) pour le décès ou les frais qui résultent directement ou indirectement de :
- a) la consommation de drogues, ou
 - b) la consommation abusive de médicaments ou d'alcool.

La consommation abusive de médicament est celle qui dépasse la posologie recommandée. La consommation d'alcool est considérée abusive si le taux d'alcool dans le sang dépasse celui permis par le Code criminel du Canada.

- 10) pour le coût du cercueil ou de l'urne.

GARANTIE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE

SOMMAIRE DE LA GARANTIE

Dès réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par DSF attestant que l'adhérent :

- 1) est devenu totalement invalide pendant qu'il était couvert en vertu de cette garantie et qu'il est demeuré totalement invalide durant le délai de carence; et
- 2) reçoit les soins médicaux continus d'un médecin au Canada;

DSF verse les prestations conformément aux dispositions de la police.

Pourcentage et maximum des prestations
66 2/3 % du revenu hebdomadaire brut arrondi au prochain multiple de 1 \$, s'il n'en est pas déjà un, jusqu'à concurrence de 1 000 \$
Délai de carence
• 14 jours civils en cas d'accident • 14 jours civils en cas de maladie • 14 jours civils en cas d'hospitalisation
Période maximale des prestations
17 semaines
Imposition des prestations
Non imposable

DÉLAI DE CARENCE

Le délai de carence est la période ininterrompue d'invalidité totale qui doit s'écouler avant le début du versement des prestations. Il débute à la dernière des dates suivantes :

- 1) le lendemain du dernier jour où l'adhérent est effectivement au travail; ou
- 2) le premier jour où l'adhérent consulte un médecin.

Le délai de carence en cas d'accident s'applique si l'accident est constaté par un médecin et survenu dans les 30 jours avant le début de l'invalidité totale. Dans le cas contraire, le délai de carence en cas de maladie s'applique.

Si une invalidité totale survient durant une absence du travail, le délai de carence commence :

- 1) le premier jour de l'invalidité totale, dans le cas d'un congé parental ou pour raisons familiales ou de la partie « congé volontaire » d'un congé de maternité; ou
- 2) à la date prévue de retour au travail, dans le cas de toute autre absence ou tout autre congé;

à condition que cette garantie puisse être maintenue en vigueur durant cette absence et qu'elle l'ait été.

PAIEMENT DES PRESTATIONS

DSF verse les prestations chaque semaine, à compter de la date à laquelle le délai de carence se termine.

Les prestations sont payables durant la partie « congé de maladie » du congé de maternité.

Dans le cas d'une invalidité totale qui survient durant une absence du travail en raison d'un congé de maternité, parental ou pour raisons familiales, DSF verse des prestations à compter de la dernière des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle le délai de carence se termine; ou
- 2) la date prévue de retour au travail.

DSF verse les prestations aussi longtemps que l'adhérent continue d'être totalement invalide, jusqu'à concurrence de la période maximale des prestations.

Les prestations sont basées sur le revenu en vigueur immédiatement avant le début de l'invalidité totale.

Les paiements pour une période de moins d'une semaine sont calculés au taux quotidien de 1/7 de la prestation hebdomadaire.

RÉCIDIVE D'INVALIDITÉ

Si l'adhérent a déjà reçu des prestations en vertu de cette garantie et qu'il devient à nouveau totalement invalide, la nouvelle invalidité totale est considérée une récurrence de l'invalidité précédente si l'adhérent a été effectivement au travail entre les 2 pendant moins de 2 semaines consécutives, si l'invalidité totale est due à la même cause ou à des causes connexes.

Des périodes successives d'invalidité totale due à des causes qui ne sont pas reliées entre elles, ne sont pas considérées comme une récurrence.

Lorsque des périodes successives d'invalidité totale sont considérées comme une récurrence, le délai de carence ne s'applique qu'une seule fois.

RÉADAPTATION

DSF peut en tout temps exiger que l'adhérent totalement invalide participe à un programme de réadaptation considéré satisfaisant par DSF. Les activités du programme de réadaptation doivent être acceptées par DSF.

L'adhérent ne sera plus admissible aux prestations prévues par cette garantie s'il :

- 1) refuse de participer à un programme de réadaptation; ou
- 2) ne participe pas activement et de bonne foi ou ne s'adonne pas au programme de réadaptation.

RÉDUCTION DES PRESTATIONS

1) Intégration directe

Les prestations payables sont réduites de :

- a) toute prestation à laquelle l'adhérent a droit en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou de toute autre loi semblable;
- b) toute prestation d'invalidité à laquelle l'adhérent a droit en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, à l'exclusion des prestations pour les personnes à charge;
- c) toute indemnité de remplacement de revenu payable en vertu de tout régime public provincial d'assurance automobile sans égard à la responsabilité, mais qui ne tient pas compte des prestations d'assurance-emploi dans le versement de l'indemnité;
- d) toute indemnité de remplacement de revenu versée en vertu de toute autre loi fédérale ou provinciale si l'assurance-emploi considère cette indemnité comme un revenu;
- e) toute prime de séparation ou paiement pour congédiement injustifié; et
- f) tout paiement versé par l'employeur, incluant les journées de maladie.

L'indexation sur le coût de la vie n'est pas incluse dans les paiements provenant des sources mentionnées ci-dessus, une fois que le versement des prestations a commencé.

2) Intégration indirecte

Les prestations payables sont de nouveau réduites de sorte que son revenu total provenant de toutes sources ne dépasse pas 100 % du revenu hebdomadaire net qu'il gagnait avant son invalidité totale.

Le revenu total provenant de toutes sources comprend les sommes énumérées ci-dessous, qui ont été versées à l'adhérent ou auxquelles il aurait droit :

- a) toute prestation versée en vertu de cette garantie;
- b) tout revenu hebdomadaire ou paiement versé par l'employeur;
- c) toute prestation d'invalidité payable en vertu :
 - i) du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, à l'exclusion des prestations pour les personnes à charge;
 - ii) de la Loi sur les accidents du travail ou d'une loi semblable; ou
 - iii) d'un régime d'assurance collective fourni par un employeur ou une association;
- d) toute prestation d'invalidité payable par un régime de retraite privé; et
- e) toute indemnité de remplacement de revenu payable en vertu de tout régime public provincial d'assurance automobile sans égard à la responsabilité, mais qui ne tient pas compte des prestations d'assurance-emploi dans le versement de l'indemnité.

L'indexation sur le coût de la vie n'est pas incluse dans le revenu total provenant de toutes sources une fois que le versement des prestations a commencé.

3) Réductions additionnelles en cas de réadaptation :

Si l'adhérent reçoit un revenu pendant qu'il participe à un programme de réadaptation, les prestations payables par DSF sont réduites selon la formule suivante :

$$(A \div B) \times C = \text{montant de la réduction}$$

A = Revenu gagné d'un programme de réadaptation.

B = Revenu que l'adhérent gagnait immédiatement avant la date du début de son invalidité totale.

C = Prestations autrement payables en vertu de cette garantie.

Pendant que l'adhérent participe à un programme de réadaptation, les prestations sont réduites de sorte que son revenu total provenant de toutes sources ne dépasse pas 100 % du revenu hebdomadaire net qu'il gagnait avant son invalidité totale.

L'indexation sur le coût de la vie n'est pas incluse dans le revenu total provenant de toutes sources une fois que le versement des prestations a commencé.

4) Montant payable par un régime public

L'adhérent a l'obligation de faire le nécessaire pour se prévaloir de ses droits en vertu des lois et régimes décrits ci-dessus. S'il néglige ou refuse de le faire, DSF peut à son gré utiliser une estimation du montant accordé en vertu de tout régime public. DSF réduit les prestations du montant estimé. Les ajustements sont effectués après la réception de l'avis du montant réellement accordé.

Si l'adhérent touche un montant forfaitaire en vertu de l'une ou l'autre des sources décrites ci-dessus, ce montant est calculé sur une base hebdomadaire et est déduit des prestations.

RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS

Restrictions

Aucune prestation n'est payable au cours de l'une ou l'autre des périodes d'invalidité totale suivantes :

- 1) la période durant laquelle l'adhérent ne reçoit pas des soins médicaux continus en raison de la maladie ou de l'accident causant l'invalidité totale;
- 2) la partie « congé volontaire » d'un congé de maternité ou la période au cours de laquelle l'adhérent prend un congé parental ou familial, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;
- 3) pendant toute période d'absence du travail par suite d'une grève, d'un lock-out, d'une mise à pied ou d'un congé autorisé, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;
- 4) durant l'emprisonnement de l'adhérent par suite d'une condamnation pour infraction; et
- 5) lorsque l'adhérent séjourne à l'extérieur du Canada pendant une période de plus de 3 mois pour quelque raison que ce soit, à moins que :
 - a) DSF ne convienne d'avance par écrit de régler des prestations au cours de cette période; ou
 - b) l'adhérent ne soit à l'extérieur du Canada pour recevoir des soins médicaux admissibles en vertu l'assurance-emploi.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour toute invalidité totale qui résulte directement de l'une des causes suivantes :

- 1) guerre, déclarée ou non, service actif dans les forces armées d'un pays, ou participation à une émeute, une insurrection ou une agitation populaire;
- 2) infraction criminelle telle que prévue au Code criminel du Canada;
- 3) soins chirurgicaux d'ordre esthétique seulement, sauf si ces soins sont fournis par suite d'un accident ou d'une maladie;
- 4) abus d'alcool ou de stupéfiants, sauf si l'adhérent :
 - a) participe de façon active et continue à un programme thérapeutique approprié mené sous surveillance médicale pour remédier à cet abus; et
 - b) reçoit des traitements ou des soins médicaux continus en vue de sa réadaptation.

CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS

Le versement des prestations prend fin à la première des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle l'adhérent cesse d'être totalement invalide;
- 2) la date à laquelle l'adhérent s'adonne à une tâche rémunératrice autre qu'un programme de réadaptation approuvé par DSF;
- 3) la date fixée par DSF à laquelle l'adhérent est censé lui avoir fourni des preuves satisfaisantes de son invalidité totale ou s'être soumis à un examen médical demandé par DSF, mais a négligé ou refusé de le faire;
- 4) la date à laquelle la période maximale des prestations est écoulée, pour toute période d'invalidité totale;
- 5) la date à laquelle l'adhérent refuse de participer à un programme de réadaptation que DSF juge approprié;
- 6) la date à laquelle cette garantie cesse. Toutefois, si l'adhérent devient totalement invalide avant d'atteindre l'âge auquel la garantie cesse, qu'il l'est toujours lorsqu'il atteint cet âge et qu'il n'a pas encore reçu 15 semaines de prestations pour cette invalidité, la couverture sera prolongée, jusqu'à la première des dates suivantes :
 - a) la date à laquelle il a reçu des prestations pendant 15 semaines;
 - b) la date à laquelle il cesse d'être totalement invalide; ou
 - c) la date à laquelle il prend sa retraite.

GARANTIE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

SOMMAIRE DE LA GARANTIE

Dès réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par DSF attestant que l'adhérent :

- 1) est devenu totalement invalide pendant qu'il était couvert en vertu de cette garantie et qu'il est demeuré totalement invalide durant le délai de carence; et
- 2) reçoit les soins médicaux continus d'un médecin au Canada;

DSF verse les prestations conformément aux dispositions de la police.

Pourcentage et maximum des prestations
66 2/3 % des premiers 2 500 \$ du revenu mensuel brut, plus 50 % des 2 000 \$ suivants et 40 % de l'excédent, arrondi au prochain multiple de 1 \$, s'il n'en est pas déjà un Maximum 4 000 \$ Maximum sans preuve d'assurabilité : aucune preuve requise
Délai de carence
119 jours ou la fin de la période maximale des prestations de la garantie invalidité de courte durée, selon ce qui arrive en dernier
Âge maximum d'admissibilité
64 ans et 246 jours
Période maximale des prestations
5 ans
Imposition des prestations
Non imposable

DÉLAI DE CARENCE

Le délai de carence est la période ininterrompue d'invalidité totale qui doit s'écouler avant le début du versement des prestations. Il débute à la dernière des dates suivantes :

- 1) le lendemain du dernier jour où l'adhérent est effectivement au travail; ou

- 2) le premier jour où l'adhérent consulte un médecin.

Si une invalidité totale survient durant une absence du travail, le délai de carence commence :

- 1) le premier jour de l'invalidité totale, dans le cas d'un congé parental ou pour raisons familiales ou de la partie « congé volontaire » d'un congé de maternité; ou
- 2) à la date prévue de retour au travail, dans le cas de toute autre absence ou tout autre congé;

à condition que cette garantie puisse être maintenue en vigueur durant cette absence et qu'elle l'ait été.

PAIEMENT DES PRESTATIONS

DSF verse les prestations chaque mois, à compter de la date à laquelle le délai de carence se termine.

Les prestations sont payables durant la partie « congé de maladie » du congé de maternité.

Dans le cas d'une invalidité totale qui survient durant une absence du travail en raison d'un congé de maternité, parental ou pour raisons familiales, DSF verse des prestations à compter de la dernière des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle le délai de carence se termine; ou
- 2) la date prévue de retour au travail.

DSF verse les prestations aussi longtemps que l'adhérent continue d'être totalement invalide, jusqu'à concurrence de la période maximale des prestations.

Les prestations sont basées sur le revenu en vigueur immédiatement avant le début de l'invalidité totale.

Les paiements pour une période de moins d'un mois sont calculés au taux quotidien de 1/30 de la prestation mensuelle.

RÉCIDIVE D'INVALIDITÉ

Deux périodes d'invalidité totale sont considérées comme une seule période d'invalidité si elles sont séparées par une période durant laquelle l'adhérent était effectivement au travail pendant :

- 1) moins de 2 semaines consécutives durant le délai de carence, si l'invalidité totale est due à la même cause ou à des causes connexes; et
- 2) moins de 6 mois consécutifs après la fin des prestations d'invalidité de longue durée.

Des périodes successives d'invalidité totale due à des causes qui ne sont pas reliées entre elles, sont considérées comme une récidive à moins que l'adhérent soit effectivement au travail pendant un jour entre ces périodes.

Lorsque des périodes successives d'invalidité totale sont considérées comme une récidive, le délai de carence ne s'applique qu'une seule fois.

RÉADAPTATION

DSF peut en tout temps exiger que l'adhérent totalement invalide participe à un programme de réadaptation considéré satisfaisant par DSF. Les activités du programme de réadaptation doivent être acceptées par DSF.

L'adhérent ne sera plus admissible aux prestations prévues par cette garantie s'il :

- 1) refuse de participer à un programme de réadaptation; ou
- 2) ne participe pas activement et de bonne foi ou ne s'adonne pas au programme de réadaptation.

RÉDUCTION DES PRESTATIONS

1) Intégration directe

Les prestations payables sont réduites de :

- a) toute prestation à laquelle l'adhérent a droit en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou de toute autre loi semblable;
- b) toute prestation d'invalidité à laquelle l'adhérent a droit en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, à l'exclusion des prestations pour les personnes à charge;
- c) toute indemnité de remplacement du revenu payable en vertu de tout régime d'assurance automobile sans égard à la responsabilité; et
- d) toute prestation d'invalidité payable en vertu d'un régime de retraite privé.

L'indexation sur le coût de la vie n'est pas incluse dans les paiements provenant des sources mentionnées ci-dessus, une fois que le versement des prestations a commencé.

2) Intégration indirecte

Les prestations payables sont de nouveau réduites de sorte que son revenu total provenant de toutes sources ne dépasse pas 90 % du revenu mensuel net qu'il gagnait immédiatement avant l'invalidité totale.

Le revenu total provenant de toutes sources comprend les sommes énumérées ci-dessous, qui ont été versées à l'adhérent ou auxquelles il aurait droit :

- a) toute prestation versée en vertu de cette garantie;
- b) tout revenu mensuel ou paiement versé par l'employeur;

- c) toute prestation d'invalidité payable en vertu :
 - i) du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, à l'exclusion des prestations pour les personnes à charge;
 - ii) de la Loi sur les accidents du travail ou d'une loi semblable;
 - iii) d'un autre régime public, à l'exclusion des prestations payables en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi; ou
 - iv) d'un régime d'assurance collective fourni par un employeur ou une association;
- d) toute prestation d'invalidité payable par un régime de retraite privé; et
- e) toute indemnité de remplacement de revenu payable en vertu de tout régime public d'assurance automobile sans égard à la responsabilité.

L'indexation sur le coût de la vie n'est pas incluse dans le revenu total provenant de toutes sources une fois que le versement des prestations d'invalidité de longue durée a commencé.

3) Réductions additionnelles en cas de réadaptation

Si l'adhérent reçoit un revenu pendant qu'il participe à un programme de réadaptation, les prestations payables par DSF sont réduites selon la formule suivante :

$$(A \div B) \times C = \text{montant de la réduction}$$

A = Revenu gagné d'un programme de réadaptation

B = Revenu que l'adhérent gagnait immédiatement avant la date du début de son invalidité totale.

C = Prestations autrement payables en vertu de cette garantie.

Pendant que l'adhérent participe à un programme de réadaptation, les prestations sont réduites de sorte que son revenu total provenant de toutes sources n'excède pas 100 % du revenu mensuel net qu'il gagnait avant son invalidité totale.

4) Montant payable par un régime public

L'adhérent a l'obligation de faire le nécessaire pour se prévaloir de ses droits en vertu des lois et régimes décrits ci-dessus. S'il néglige ou refuse de le faire, DSF peut à son gré utiliser une estimation du montant accordé en vertu de tout régime public. DSF réduit les prestations du montant estimé. Les ajustements sont effectués après la réception de l'avis du montant réellement accordé.

Si l'adhérent touche un montant forfaitaire en vertu de l'une ou l'autre des sources décrites ci-dessus, DSF réduit les prestations du moindre de ce qui suit :

- a) le montant forfaitaire ramené sur une base mensuelle durant une période de 60 mois; ou
- b) le nombre de mois d'invalidité pour lequel le montant forfaitaire est versé.

RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS

Restrictions
Aucune prestation n'est payable au cours de l'une ou l'autre des périodes d'invalidité totale suivantes : 1) la période durant laquelle l'adhérent ne reçoit pas des soins médicaux continus en raison de la maladie ou de l'accident causant l'invalidité totale; 2) la partie « congé volontaire » d'un congé de maternité ou la période au cours de laquelle l'adhérent prend un congé parental ou familial, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période; 3) pendant toute période d'absence du travail par suite d'une grève, d'un lock-out, d'une mise à pied ou d'un congé autorisé, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période; 4) durant l'emprisonnement de l'adhérent par suite d'une condamnation pour infraction; et 5) lorsque l'adhérent séjourne à l'extérieur du Canada pendant une période de plus de 3 mois pour quelque raison que ce soit, à moins que DSF ne convienne d'avance par écrit de régler des prestations au cours de cette période.

Exclusion en cas de condition préexistante

Aucune prestation n'est payable pour toute invalidité totale qui :

- 1) commence au cours des 12 premiers mois durant lesquels l'adhérent est couvert; et
- 2) découle directement ou indirectement d'une condition ou de symptômes, diagnostiqués ou non et pour lesquels, au cours des 3 mois précédant immédiatement la date de prise d'effet de sa couverture, l'adhérent a :
 - a) reçu les soins d'un médecin; ou
 - b) pris des médicaments prescrits sur ordonnance.

Si la police est en vigueur depuis moins de 12 mois, la période de 12 mois de couverture mentionnée ci-dessus inclut la période durant laquelle l'adhérent était couvert par une garantie comparable en vertu de la police d'assurance collective de l'employeur en vigueur immédiatement avant la date de prise d'effet de la police.

Autres exclusions

Aucune prestation n'est payable pour toute invalidité totale qui résulte directement ou indirectement de l'une des causes suivantes :

- 1) guerre, déclarée ou non, service actif dans les forces armées d'un pays, ou participation à une émeute, une insurrection ou une agitation populaire;
- 2) infraction ou tentative d'infraction criminelle, incluant la conduite avec facultés affaiblies, tel que prévu au Code criminel du Canada.
- 3) soins médicaux ou chirurgicaux d'ordre esthétique, sauf si ces soins sont fournis par suite d'un accident survenu pendant que l'adhérent est couvert en vertu de cette garantie;
- 4) abus d'alcool ou de stupéfiants, sauf si l'adhérent :
 - a) participe de façon active et continue à un programme thérapeutique approprié mené sous surveillance médicale pour remédier à cet abus;
 - b) reçoit des traitements ou des soins médicaux continus en vue de sa réadaptation; et
 - c) séjourne dans un centre spécialisé reconnu.

CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS

Le versement des prestations prend fin à la première des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle l'adhérent cesse d'être totalement invalide;
- 2) la date à laquelle l'adhérent s'adonne à une tâche rémunératrice autre qu'un programme de réadaptation approuvé par DSF;
- 3) la date fixée par DSF à laquelle l'adhérent est censé lui avoir fourni des preuves satisfaisantes de son invalidité totale ou s'être soumis à un examen médical demandé par DSF, mais a négligé ou refusé de le faire;
- 4) la date à laquelle la période maximale des prestations est écoulée, pour toute période d'invalidité totale;
- 5) la date à laquelle l'adhérent refuse de participer à un programme de réadaptation que DSF juge approprié;
- 6) la date à laquelle l'adhérent prend sa retraite; ou
- 7) la date à laquelle cette garantie cesse.

GARANTIE VIE

SOMMAIRE DE LA GARANTIE

Dès réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par DSF attestant qu'une personne est décédée pendant qu'elle était couverte en vertu de cette garantie, DSF paie le montant applicable à cette personne conformément aux dispositions de la police.

GARANTIE VIE DE BASE

Adhérent
Montant de l'assurance
1 fois le revenu annuel, arrondi au prochain multiple de 1 000 \$, s'il n'en est pas déjà un. Maximum 100 000 \$ Maximum sans preuve d'assurabilité : aucune preuve requise
Réduction
Le montant de l'assurance sera réduit de 50 % au 65 ^e anniversaire de naissance de l'adhérent.

DROIT DE TRANSFORMATION

Si la garantie vie de l'adhérent âgé de 65 ans ou moins prend fin, l'adhérent a le droit de transformer son montant d'assurance en une police individuelle, sans preuves d'assurabilité, jusqu'à concurrence du moindre des montants suivants :

- 1) le montant d'assurance qui est perdu par suite de la cessation;
- 2) le montant maximal applicable dans la province de résidence de l'adhérent; ou
- 3) la différence entre le montant d'assurance vie en vigueur à la date de cessation de la couverture et le montant d'assurance auquel l'adhérent est admissible en vertu d'un autre régime d'assurance vie collective au moment où il peut se prévaloir du droit de transformation.

L'adhérent doit soumettre une proposition d'assurance individuelle à DSF dans les 31 jours suivant la date de cessation de sa couverture en vertu de cette garantie.

Le montant d'assurance vie que l'adhérent a le droit de transformer sera diminué de tout montant d'assurance vie individuelle qui a déjà été converti en vertu de la présente disposition et qui est encore en vigueur. Le montant d'assurance vie que l'adhérent a le droit de transformer sera aussi diminué de tout montant d'assurance converti en vertu d'une autre police d'assurance collective établie par DSF.

La police individuelle ne prend pas effet avant la fin de la période de 31 jours qui suit immédiatement la date de cessation de la couverture de l'adhérent en vertu de cette garantie.

Si l'adhérent décède dans les 31 jours suivant la cessation de sa couverture en vertu de cette garantie, le montant payable est celui qu'il avait le droit de transformer.

Notre engagement envers nos adhérents

En tant qu'adhérent, vous avez droit à notre attention, à notre respect et à notre disponibilité. Vous pouvez compter sur l'engagement de notre équipe à traiter vos demandes avec objectivité et diligence afin de toujours bien vous servir.

Desjardins Assurances place les besoins de ses adhérents au centre de ses préoccupations. Votre sécurité financière nous est primordiale. Ainsi, nous sommes en mesure d'apporter un soutien financier en cas de maladie, d'accident ou de décès.

La présente brochure donne un aperçu de nos obligations financières envers vous.

desjardinsassurancevie.com



Desjardins
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

Desjardins Assurances désigne Desjardins
Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

MD Marque déposée propriété de Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie

La Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada reconnaît l'importante contribution de ses commanditaires. Cette reconnaissance ne constitue pas une recommandation.

MC L'icône du cœur et de la / seule et l'icône du cœur et de la / suivie d'une autre icône ou de mots en français ou en anglais sont des marques de commerce de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada utilisées sous licence.



100 %

Ce document est imprimé sur du papier Rolland Enviro.