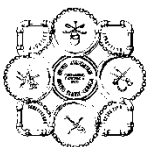




Votre Régime d'avantages sociaux

Date d'effet : 1^{er} juin 2017



Association unie des compagnons
et apprentis de l'industrie de la plomberie
et de la tuyauterie des États-Unis et du Canada

Établi : 1^{er} juin 2017

Aux membres de l'Association unie, section locale 71

Nous sommes heureux de vous présenter une mise à jour du livret qui décrit la couverture actuellement en vigueur aux termes de votre régime d'avantages sociaux. Par l'entremise de Coughlin & associés ltée, notre conseiller et administrateur attitré, nous avons amélioré la couverture en assurant les meilleures dispositions de souscription pour la section locale 71 de l'Association unie.

Nous vous invitons à lire le livret et à vous familiariser avec la couverture offerte. Veuillez adresser vos questions concernant les prestations, l'administration ou les demandes de règlement à l'administrateur du régime :

Coughlin & associés ltée

466, chemin Tremblay
Ottawa, ON K1G 3R1

Adresse postale :

C.P. 3517, succursale C
Ottawa, ON K1Y 4H5

Renseignements généraux :

(613) 231-2266

Demandes de règlement :

(613) 231-8540

Sans frais :

1-888-613-1234

Télécopieur :

(613) 231-2345

Courriel :

webmaster@coughlin.ca

Site web :

www.coughlin.ca

Vous pouvez télécharger les formulaires de demande de règlement du site Web de Coughlin & associés ltée à **www.coughlin.ca**.

Le présent livret peut être consulté en ligne dans le site Web de la section locale de l'Association unie à l'adresse **www.ualocal71.com** ainsi qu'au portail des membres à **www.coughlin.ca**.

Nous sommes heureux d'agir en votre nom et espérons que vous conviendrez que l'amélioration de votre régime d'avantages sociaux témoigne de notre intérêt continu à l'égard de votre sécurité et de votre bien-être et de ceux de votre famille.

Cordialement,

Les fiduciaires,

Michael Crosbie
Angus Maisonneuve
Michael Reid
Éric Turpin

Note importante

Le présent document renferme des renseignements importants sur votre régime d'avantages sociaux collectif. Il faut le conserver dans un lieu sûr. Il annule et remplace tout document antérieur qui vous a été transmis et constitue l'unique référence quant aux avantages sociaux décrits ci-après.

L'assurance-vie, l'assurance-vie pour les personnes à charge, les prestations de survivant et la garantie en cas d'invalidité prolongée sont souscrites par la Financière Manuvie. L'assurance en cas de décès ou de mutilation accidentels est souscrite par Chubb Life Insurance. L'indemnité hebdomadaire, l'assurance-maladie complémentaire et la garantie d'assurance pour soins dentaires sont autoassurées par le Fonds en fiducie pour la santé et le bien-être de l'Association unie, section locale 71. Le Programme d'aide aux membres (PAM) est offert par l'Ottawa-Hull Building Trades Council. Quant à l'assurance-vie facultative, elle est souscrite par la Great-West, compagnie d'assurance-vie.

En tant que promoteur du régime, le Fonds en fiducie pour la santé et le bien-être de l'Association unie, section locale 71, ou ses fiduciaires ou agents désignés, peut établir les règles ou règlements applicables à l'administration ou à la gestion du régime collectif d'avantages sociaux et des transactions connexes.

Le Fonds en fiducie pour la santé et le bien-être de l'Association unie, section locale 71, ou ses fiduciaires ou agents désignés, ont le droit d'interpréter les garanties autoassurées du régime et de prendre les décisions s'y rapportant, notamment clarifier toute incertitude, omission ou incohérence, ou y remédier, conformément aux lois applicables et sur la base des soins et honoraires raisonnables et usuels pour l'assurance-maladie complémentaire, les soins dentaires ou les soins de la vue autoassurées décrites dans le présent livret.

Par *raisonnable et usuel*, on entend que le corps médical canadien compétent atteste que les soins dispensés reposent sur des données scientifiques et sont efficaces du point de vue médicale et que leur nature, leur intensité, leur fréquence et leur durée sont essentielles au diagnostic et au traitement de la maladie ou de la blessure.

En ce qui concerne ces garanties, aucune dépense n'ayant trait aux services, aux traitements ou aux fournitures payables ou couverts par un régime public ne sera remboursée.

Les interprétations ou décisions du Fonds en fiducie pour la santé et le bien-être de l'Association unie, section locale 71, ou de ses fiduciaires ou agents désignés en ce qui concerne les garanties autoassurées, sont définitives et lient toutes les parties.

Ce livret offre un résumé des prestations et des dispositions de votre régime collectif. Il ne constitue pas une entente légale et ne vous accorde aucun droit contractuel ou autre. Nous avons fait tout notre possible afin d'assurer la précision des renseignements. Néanmoins, si l'interprétation soulève des questions, les droits concernant la personne assurée sont régis par les polices collectives émises ou administrées par les compagnies d'assurance ou fonds en fiducie respectifs.

Changement d'adresse

Il importe d'informer l'administrateur du régime et la section locale 71 de l'Association unie de tout changement d'adresse. Tous les changements doivent se faire par écrit et porter votre signature.

Erreurs ou omissions

Même si nous avons fait tout notre possible pour assurer que le présent livret est précis et complet, en cas d'erreur, d'omission ou de différend, les conditions des polices émises pour le compte du Fonds en fiducie pour la santé et le bien-être de l'Association unie, section locale 71, ont préséance.

Le respect de vos renseignements personnels

Coughlin & associés ltée est l'administrateur de votre régime de prévoyance collective. Chez Coughlin, nous reconnaissons le droit au respect des renseignements personnels de chacun. Lorsqu'on nous transmet ce type de renseignements, nous créons un dossier confidentiel conservé chez Coughlin, ou aux bureaux d'une organisation autorisée par Coughlin. Nous nous servons des renseignements pour administrer le régime de prévoyance collective. Nous limitons l'accès aux renseignements contenus dans votre dossier au personnel de Coughlin ou à des personnes autorisées par Coughlin qui en ont besoin dans l'exécution de leurs tâches, aux personnes à qui vous avez accordé l'accès et aux personnes autorisées par la loi.

Coughlin se sert de votre numéro d'assurance sociale à des fins de rapports au gouvernement, d'identification et d'administration de votre régime de prévoyance collective. Coughlin peut échanger vos renseignements personnels avec les personnes, organismes ou institutions suivantes : institutions financières, agences gouvernementales, compagnies d'assurance; employeurs ou anciens employeurs; votre syndicat local, les fiduciaires du régime, les actuaires et les vérificateurs. Coughlin peut utiliser vos renseignements personnels pour vous fournir des informations additionnelles concernant toutes prestations auxquelles vous avez droit.

Vous avez le droit d'obtenir des renseignements et de corriger tout renseignement erroné en soumettant une demande écrite à ce sujet à :

Agents des renseignements personnels
Coughlin & associée ltée
C.P. 3517, succursale C
OTTAWA, ON K1Y 4H5

Table des matières

Numéros de contrats.....	1
Sommaires des garanties (en vigueur le 1 ^{er} juin 2017)	2
Renseignements généraux	6
Date d'entrée en vigueur du régime	6
Votre régime complète les régimes provinciaux.....	6
Compte de banque d'heures	6
Admissibilité.....	6
Délai d'admissibilité	7
Prolongation de la couverture	7
Programmes de subventions.....	9
Fin de la couverture.....	10
Cessation de la couverture par suite du transfert à un autre régime ou à une autre section locale.....	10
Remise en vigueur des avantages sociaux.....	10
Solde de compte de banque d'heures à la cessation d'emploi ou au décès du membre.....	11
Solde de compte de banque d'heures dépassant deux ans de primes	11
Admissibilité des personnes à charge.....	12
Définition d'une personne à charge.....	12
Fin de la couverture des personnes à charge	12
Règles relatives au bénéficiaire	13
Coordination des prestations.....	13
Ordre de la détermination des prestations	13
Réseau de fournisseurs préférés (RFP).....	14
Changement dans la couverture	14
Changement dans les renseignements.....	14
Imposition	15
Prestation d'assurance-vie du membre	16
Invalidité totale/exonération des primes	16
Droit de transformation	16
Assurance-vie facultative pour vous-même et votre conjoint(e) admissible	16
Droit de transformation	17
Exonération des primes.....	17
Garantie d'assurance en cas de décès ou de mutilation accidentels (GDMA).....	18
Désignation du bénéficiaire	18
Risques assurés	18
Indemnités maximales.....	18
Description de la protection.....	19

Exclusions.....	25
Procédures judiciaires	25
Prestation de survivant.....	27
Invalidité totale/exonération des primes	27
Droit de transformation	27
Prestation d'assurance-vie pour les personnes à charge.....	29
Droit de transformation	29
Indemnité hebdomadaire	30
Montant des prestations	30
Prestations d'assurance-emploi	30
Subrogation	31
Exclusions.....	31
Invalidité récidivante	31
Prolongation des prestations à la suite de la cessation	31
Imposition	31
Prestation d'invalidité prolongée	33
Montant de la prestation	33
Intégration aux autres prestations	33
Subrogation	34
Exonération des primes.....	34
Réadaptation	34
Exclusions.....	35
Fin des prestations	35
Invalidité récidivante	36
Prolongation des prestations après la cessation.....	36
Procédure d'appel	36
Imposition	36
Assurance-maladie complémentaire.....	37
Franchise	37
Réseau de fournisseurs préférés (RFP).....	37
Carte-médicament à paiement direct	37
Frais admissibles (au Canada).....	38
Prestations de soins de la vue	40
À l'étranger	41
En dehors de la province, mais au Canada	41
Frais non remboursés.....	41
Remise en vigueur de la garantie viagère maximale	42
Prolongation de la couverture après la cessation	42
Garantie d'assurance pour soins dentaires	43

Guide des tarifs	43
Traitement substitutif	43
État de santé antérieur	43
Plan de traitement ou estimation	43
Franchise	43
Frais admissibles	44
Frais non remboursés	45
Prestations après la fin de votre couverture	46
Programme d'aide aux membres (PAM)	47
But du programme	47
Comment soumettre une demande de prestations	48
Assurance-vie, assurance-vie pour les personnes à charge, prestations de survivant	48
Garantie en cas de décès ou de mutilation accidentels	48
Garantie en cas d'invalidité prolongée	48
Accès aux documents liés aux garanties souscrites auprès de la Financière Manuvie	48
Délais prescrits dans le cas des actions en justice à l'égard des garanties souscrites auprès de la Financière Manuvie	49
Indemnité hebdomadaire	49
Assurance-maladie complémentaire et prestations de soins de la vue	49
Garantie d'assurance pour soins dentaires	49
Traitement électronique des demandes de prestations pour soins dentaires	50
Service au comptoir	50
Dépôt préautorisé	50
Historique des demandes de prestations	51
Coordination des prestations	51
Administration du régime d'avantages sociaux	51
Assurance	52
Paiement des dépenses du régime	52
Opérations du fonds en fiducie pour la santé et le bien-être de l'Association unie, section locale 71 ...	52
Registre	52
Erreurs d'écriture	52
Procédure d'appel des demandes de remboursement	52
Votre régime est conçu et administré entièrement par :	52

Numéros de contrats

La couverture offerte par ce régime est souscrite comme suit :

Garantie	Assureur / Administrateur	N° de police
Assurance-vie de base, assurance-vie de base pour les personnes à charge, prestation de survivant et invalidité prolongée	Financière Manuvie / Coughlin & associés Itée	0031319
Assurance en cas de décès ou de mutilation accidentels de base	Chubb Life Insurance / Coughlin & associés Itée	AB10406517
Assurance-vie facultative	La Great-West, compagnie d'assurance-vie / Coughlin & associés Itée	135809 - Division 15
Indemnité hebdomadaire, assurance-maladie complémentaire et assurance pour soins dentaires	Autoassurée / Coughlin & associés Itée	L7194
Programme d'aide aux membres (PAM)	Ottawa-Hull Building Trades Council	

Si vous avez des questions à propos de votre régime collectif d'avantages sociaux qui ne sont pas abordées dans le présent livret, veuillez communiquer avec Coughlin & associés Itée, l'administrateur du régime, au 613-231-2266, ou au numéro sans frais 1-888-613-1234, ou par télécopieur au 613-231-2345, ou par courriel à webmaster@coughlin.ca.

En cas de divergence entre le contrat du régime collectif d'avantages sociaux et le présent livret, votre couverture sera déterminée en fonction des dispositions du contrat collectif.

Sommaires des garanties (en vigueur le 1^{er} juin 2017)

Prestation d'assurance-vie

Admissibilité :	Membres actifs et retraités âgés de moins de 65 ans et membres retraités de 65 ans et plus qui continuent de travailler au moins 40 heures par mois chez un employeur participant
Capital assuré :	100 000 \$ pour les membres actifs ou retraités après le 31 mai 2012 50 000 \$ pour les membres qui n'ont pas travaillé chez un employeur participant après le 31 mai 2012 35 000 \$ pour les membres qui n'ont pas travaillé chez un employeur participant après le 31 décembre 2000
Fin de la protection :	Après 36 mois de chômage

Assurance-vie facultative et assurance facultative du conjoint

Capital assuré :	Tranches de 10 000 \$. Maximum de 50 tranches ou 500 000 \$
Fin de la protection :	À l'âge de 70 ans

Garantie en cas de décès ou mutilation accidentels

Admissibilité :	Membres actifs et retraités âgés de moins de 65 ans et retraités de 65 ans et plus qui continuent de travailler au moins 40 heures par mois chez un employeur participant
Capital assuré :	100 000 \$ pour les membres actifs ou retraités après le 31 mai 2012 70 000 \$ pour les membres qui n'ont pas travaillé chez un employeur participant après le 31 mai 2012
Fin de la protection :	Après 36 mois de chômage

Prestation de survivant

Montant :	300 \$ par mois
Maximum et minimum :	60 versements mensuels
Fin de la protection :	À l'âge de 65 ans ou après 36 mois de chômage, selon la première éventualité

Assurance-vie pour les personnes à charge

Admissibilité :	Membres actifs et retraités âgés de moins de 65 ans et retraités de 65 ans et plus qui continuent à travailler au moins 40 heures par mois chez un employeur participant
-----------------	--

Membres actifs ou retraités après le 31 décembre 2000

Capital assuré - conjoint(e) :	10 000 \$
Capital assuré - chaque enfant admissible :	10 000 \$
Fin de la protection :	Après 36 mois de chômage

Indemnité hebdomadaire

Prestation hebdomadaire brute :	543 \$ et assujettie aux modifications des niveaux de prestations de l'Assurance emploi (AE)
Délai de carence :	Aucun délai à la suite d'un accident ou d'une hospitalisation; sept jours par suite d'une maladie
Durée maximale des prestations :	26 semaines à compter de la date du premier jour d'invalidité
Fin de la protection :	Après 24 mois de chômage, à l'âge de 65 ans ou à la retraite, selon la première éventualité
Note :	Aucune prestation n'est versée entre la 2 ^e et la 16 ^e semaine inclusivement si le membre invalide est admissible aux prestations de maladie de l'assurance-emploi

Garantie en cas d'invalidité prolongée

Prestation mensuelle brute :	1 500 \$ (pourrait être réduite par d'autres prestations)
Délai de carence :	26 semaines, incluant les semaines couvertes par le régime d'assurance-emploi (jusqu'à 15 semaines); autrement, 26 semaines
Durée maximale des prestations :	Jusqu'à l'âge de 65 ans
Fin de la protection :	Après 24 mois de chômage, à l'âge de 65 ans ou à la retraite, selon la première éventualité

Assurance-maladie complémentaire (membres et personnes à charge)

Franchise :	Maximum de 25 \$ par année civile par personne ou famille (l'assurance-maladie complémentaire et la garantie d'assurance pour soins dentaires sont combinées)
Coassurance :	90 % des frais admissibles, en sus de la franchise. Les médicaments d'ordonnance en sus de la franchise qui sont achetés par l'entremise du Réseau de fournisseurs préférés de Coughlin & associés ltée sont remboursés en totalité
Plafond viager :	60 000 \$ par personne. Si le plafond viager a été payé pour une personne, il peut être remis en vigueur pour autant que des preuves de bonne santé soient fournies à l'administrateur du régime et approuvées par ce dernier. En cas de non-approbation, le plafond est établi à 1 000 \$ par personne par année d'assurance
Médicaments d'ordonnance et leurs maximums :	Produits et médicaments anti-tabagisme : 700 \$ per année civile Inducteurs de l'ovulation : 1 000 \$ par année civile Médicaments pour le dysfonctionnement érectile : 1 000 \$ par personne par année civile Produits de viscosupplémentation : 1 500 \$ par personne par année civile
Fournitures médicales :	L'achat ou la location d'un membre ou d'un oeil artificiel ou d'un corset dorsal 750 \$ par appareil une fois par vie par personne L'achat ou la location d'un appareil orthopédique pour un membre, de plâtres, d'attelles, d'un stimulateur cardiaque électronique, de bandages herniaires ou de béquilles L'achat ou la location d'une marchette, d'un fauteuil roulant, d'un lit d'hôpital ou d'un poumon d'acier L'achat ou la réparation de supports plantaires fabriqués sur mesure deux paires par année civile jusqu'à un maximum de 225 \$ la paire

	L'achat ou la réparation de chaussures orthopédiques fabriquées sur mesure, des sous-bouts, des talons compensés ou des attelles Dennis Brown jusqu'à un maximum global de 300 \$ la paire
	Les bas de contention six paires par année civile jusqu'à un maximum de 60 \$ la paire
	Les fournitures requises à la suite d'une colostomie ou d'une iléostomie ou requises pour le traitement de la mucoviscidose, de la maladie de Parkinson, de la maladie de Crohn et du diabète
	Glucomètre une fois tous les cinq ans et les bandelettes d'analyse pour épreuve de la glycémie
	L'achat d'une prothèse mammaire et d'un ou des soutiens-gorges requis à la suite d'une mastectomie jusqu'à six par année civile
	L'achat ou la location d'un CryoCuff ou d'un appareil de mouvements passifs continus jusqu'à un maximum global de 200 \$ toutes les trois années civiles
	L'achat ou la location d'un neurostimulateur transcutané jusqu'à un maximum de 200 \$ par année civile
	L'achat de perruques ou de postiches jusqu'à un maximum viager de 300 \$
	La circoncision jusqu'à un maximum viager de 100 \$
	Le plasma sanguin, le sang ou les substituts de sang et leur administration
	Prothèse auditive jusqu'à un maximum de 2 000 \$ par cinq années civiles consécutives
	Les bouchons d'oreille moulés fabriqués sur mesure jusqu'à un maximum d'une paire et de 200 \$ la paire
	L'achat ou la location d'équipement d'oxygène
	Les dispositifs intra-utérins jusqu'à un maximum de 500 \$ tous les 60 mois
Services diagnostiques :	Les rayons X, les analyses de laboratoire diagnostique et les traitements aux rayons X
Infirmière autorisée :	À un maximum viager de 5 000 \$
Services paramédicaux :	Un maximum global par année civile de 1 500 \$ par personne :
	Acupuncteur
	Audiologiste
	Chiropraticien
	Masseur
	Naturopathe
	Ostéopathe
	Physiothérapeute
	Podiatre
	Psychologue
	Orthophoniste
Fin de la protection :	Aucune limite d'âge

Garantie de soins de la vue (membres et personnes à charge)

Franchise :	Aucune
Coassurance :	100 %
Lunettes :	Prescrites par un ophtalmologiste ou un optométriste pour la correction de la vue, y compris les lunettes de soleil et lunettes de sécurité; jusqu'à un maximum de 100 \$ pour les montures plus le coût des lentilles par personne, par période de 24 mois consécutifs; ou

Lentilles cornéennes :	Les lentilles de rechange pour lunettes qui sont nécessaire dans les 24 mois consécutifs suivant la prescription initiale en raison d'une modification de la prescription; ou Prescrites par un ophtalmologiste ou un optométriste; jusqu'à un maximum de 150 \$ par personne par période continue de 24 mois consécutifs; ou
Chirurgie oculaire au laser :	Chirurgie oculaire au laser, incluant le coût de la garantie, jusqu'à un maximum viager de 2 000 \$ par personne
Examen oculaire :	Examen oculaire jusqu'à un maximum de 125 \$ par période de 24 mois consécutifs
Fin de la protection :	Aucune limite d'âge

Garantie d'assurance pour soins dentaires (membre et personnes à charge)

Franchise :	Maximum de 25 \$ par année civile par personne ou famille (l'assurance-maladie complémentaire et la garantie pour soins dentaires sont combinées)
Coassurance :	Soins de base et restaurations majeures : 95 % des frais admissibles pour soins dentaires en sus de la franchise
Soins orthodontiques :	100 % pour un enfant à charge de moins de 19 ans, jusqu'à un plafond viager de 2 500 \$
Maximum par année civile :	1 500 \$ par personne par année civile pour le total combiné des soins de base et restaurations majeures
Année de l'échelle de tarifs :	Échelle des tarifs de 2016 établis par l'association dentaire pour les dentistes généralistes de la province où les soins et services ont été rendus. Il se peut que l'échelle soit mise à jour périodiquement
Fin de la protection :	Aucune limite d'âge

Programme d'aide aux membres (PAM)

Le PAM a été conçu pour répondre aux besoins en matière de bien-être personnel et social. Votre famille et vous pouvez vous prévaloir de ce service afin d'obtenir des conseils, des renseignements sur les services communautaires ou de l'aide pour résoudre des problèmes d'ordre personnel.

Le service est entièrement confidentiel. Veuillez communiquer avec le coordinateur, Gabriel Chauvin, au téléavertisseur (613) 787-8075 ou au numéro de téléphone (613) 742-7962.

Fin de la protection : Aucune limite d'âge

Note

Veuillez consulter la section des *Renseignements généraux* pour de plus amples détails au sujet des dispositions de maintien et de fin de la protection applicables à ce *Sommaire des garanties*.

Renseignements généraux

Date d'entrée en vigueur du régime

Le régime décrit dans ce livret est à jour au 1^{er} juin 2017.

Votre régime complète les régimes provinciaux

Votre régime d'avantages sociaux collectif est conçu pour vous offrir une précieuse protection supplémentaire, mais ne fait pas double emploi avec les prestations offertes en vertu des régimes provinciaux d'assurance-maladie et hospitalisation ni ne les remplace.

Par conséquent, le régime d'avantages sociaux exclut les soins et les services qui peuvent être offerts en vertu d'un régime provincial. Le régime collectif ne saurait offrir des prestations pour des soins ou des traitements qui sont interdits par l'assurance privée.

Compte de banque d'heures

L'administrateur du régime tient un compte de banque d'heures pour chaque membre qui indique les heures travaillées chez un employeur participant, pour lequel des cotisations ont été effectuées au titre de l'assurance collective.

Pour chaque heure travaillée, une cotisation, définie dans votre convention collective ou accord de participation, est versée dans votre compte.

Chaque mois, un certain nombre d'heures sont déduites de votre compte de banque d'heures pour couvrir le coût de vos prestations. Le nombre d'heures requises peut fluctuer, selon le coût des prestations. Les heures en sus de celles qui sont requises pour maintenir votre couverture mensuelle s'accumulent dans votre banque d'heures.

Chaque mois, vous recevrez un relevé indiquant les heures travaillées le mois précédent.

Il importe de connaître le cycle de signalement des heures travaillées. Le nombre d'heures travaillées au cours d'un mois est rapporté à l'administrateur du régime le mois suivant. Ces heures s'appliquent à la détermination de la couverture offerte le second mois suivant le mois travaillé. Ainsi, votre nombre d'heures travaillées en février est transmis à l'administrateur en mars. Ce nombre d'heures est utilisé pour déterminer votre admissibilité à la couverture du mois d'avril.

Le tableau ci-dessous illustre ce cycle :

Mois travaillés	Mois de signalement	Mois couvert
Février	Mars	Avril
Mars	Avril	Mai
Avril	Mai	Juin
Mai	Juin	Juillet
Juin	Juillet	Août

Admissibilité

Ce régime s'adresse aux membres en règle de l'Association unie des compagnons et apprentis de l'industrie de la plomberie et de l'ajustage de la tuyauterie des États-Unis et du Canada, section locale 71, qui travaillent chez un employeur participant ou qui sont représentant local de l'Association unie.

Le personnel de la section locale 71 de l'Association unie et du bureau canadien de l'Association, qui ont signé un accord de participation avec la section locale 71 de l'Association unie peuvent également y participer.

Les contracteurs indépendants et les non-membres ne sont pas éligibles.

Sous réserve de l'autorisation préalable du Conseil de fiducie, le personnel de bureau des entrepreneurs en plomberie qui ont signé un accord de participation avec la section locale 71 de l'A.U. sera autorisé à participer au régime sur présentation d'une preuve d'assurabilité et d'une déclaration de conditions pré-existantes.

Délai d'admissibilité

Vous et les personnes à votre charge admissibles serez assurés à compter du premier jour du deuxième mois correspondant ou suivant l'accumulation de 280 heures de travail dans votre compte de banque d'heures. Il faut avoir accumulé ces heures dans une période de 24 mois.

Si vous n'êtes pas au travail à la date prévue de l'entrée en vigueur de votre assurance ou de l'augmentation de votre capital assuré, vous serez assuré à votre retour au travail. Une absence en raison d'un congé annuel payé ou d'un jour férié ne retarde pas l'entrée en vigueur de votre couverture.

Prolongation de la couverture

Les dispositions ci-dessous touchant la prolongation de la couverture dépendent du fait que vous respectez les exigences d'admissibilité du régime et sont soumises aux clauses de résiliation de l'assurance.

Durant l'absence du travail (membres du syndicat à l'exclusion des représentants de l'Association unie)

Vous pouvez choisir de verser la prime directement au régime en vue de prolonger la couverture en vertu des dispositions de la convention collective. Vous pouvez verser la prime directement pour une période maximale de 24 mois civils consécutifs pour l'ensemble de la couverture. Si vous êtes admissible au programme de subventions pour les membres invalides, vous pouvez participer pendant une période plus longue à vos frais. Cependant, si vous devenez totalement invalide pendant que vous êtes en chômage, l'indemnité hebdomadaire sera versée seulement si vous êtes rappelé au travail et que votre invalidité vous empêche d'y retourner.

Après 24 mois de chômage, vous ne serez plus admissible à l'indemnité hebdomadaire ni à la prestation d'invalidité prolongée et vos versements mensuels diminueront en conséquence. Après 36 mois de chômage, votre couverture d'assurance-vie, la garantie en cas de décès ou mutilation accidentels, l'assurance-vie pour les personnes à charge et les prestations de survivant cesseront et vos primes diminueront davantage. À ce moment, votre couverture comportera l'assurance-maladie complémentaire, les prestations de soins de la vue, la garantie d'assurance pour soins dentaires et le programme d'aide aux membres.

Durant l'absence du travail (personnel éligibles, entrepreneurs, salariés)

Votre couverture se prolongera jusqu'à ce que le solde de votre compte de banque d'heures soit épuisé. Les versements directs sont interdits pendant que vous êtes en chômage.

Si vous touchez des prestations de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT)

Si vous touchez des prestations de la CSPAAT par suite d'une maladie ou d'une blessure relative au travail, les cotisations au régime d'avantages sociaux et au régime de pensions seront versées en votre nom pour une période maximale de 12 mois. Les cotisations seront basées sur le nombre d'heures requises pour couvrir la prime mensuelle et seront versées lorsque l'administrateur du régime aura reçu copie du rapport d'incident (formulaire 7) de votre employeur et les copies des talons de chèque reçus de la CSPAAT. Pour plus de renseignements, veuillez communiquer avec l'administrateur du régime.

Si vous recevez des prestations de la CSPAAT pendant plus de 12 mois, votre couverture sous ce régime peut être continuée sans paiement de primes pour un maximum de sept ans ou à la fin du programme de réintégration travail CSPAAT ou jusqu'à votre 65^e anniversaire, selon la première éventualité.

La période de sept ans comprend les 12 premiers mois au cours de laquelle les cotisations au régime d'avantages sociaux et au régime de pensions sont versées en votre nom. Il ne s'applique pas si vous êtes approuvé pour une pension à vie de la CSPAAT.

Invalidité

Si vous devenez invalide selon les définitions établies dans les sections du présent livret portant sur l'assurance-vie, l'indemnité hebdomadaire ou l'invalidité prolongée, votre couverture en vertu du régime peut continuer sans versement de primes, sous réserve des conditions suivantes :

1. votre compte de banque d'heures est totalement épuisé (pour l'indemnité hebdomadaire exclusivement); et
2. l'assureur a accepté l'exonération de vos primes; ou
3. l'assureur a accepté votre admissibilité à l'indemnité hebdomadaire ou aux prestations d'invalidité prolongée.

À la suite de la retraite

Si vous prenez votre retraite et que vous touchez une pension du régime de retraite de la section locale 71 de l'Association unie, votre couverture se transformera en l'une des options suivantes, à condition que les choix de prestations soient en vigueur au moment de votre départ à la retraite et que vous ayez participé au régime d'avantages sociaux pendant les deux années précédant immédiatement la date effective de votre départ à la retraite.

1. Si vous prenez votre retraite avant l'âge de 64 ans, vous demeurez admissible à l'assurance-vie collective, à l'assurance-vie pour les personnes à charge, à la garantie en cas de décès ou mutilation accidentels, aux prestations de survivant, à l'assurance-maladie complémentaire et à la garantie d'assurance pour soins dentaires jusqu'à l'âge de 65 ans. Après cette date, vous pourrez transformer votre couverture en assurance-maladie complémentaire et garantie d'assurance pour soins dentaires, ou uniquement en assurance-maladie complémentaire.
2. Si vous prenez votre retraite à l'âge de 64 ans, vous pouvez payer vous-même pour toutes les prestations (à l'exception de l'indemnité hebdomadaire et de l'invalidité prolongée) pendant un maximum de 12 mois consécutifs. Après cette période, vous pouvez modifier votre couverture pour l'assurance-maladie complémentaire et les soins dentaires ou pour l'assurance-maladie complémentaire uniquement.
3. Si vous prenez votre retraite à l'âge de 65 ans ou plus tard, vous pouvez choisir un forfait qui comprend l'assurance-maladie complémentaire et la garantie pour soins dentaires, ou uniquement l'assurance-maladie complémentaire.
4. Si vous prenez votre retraite à l'âge de 65 ans et que vous continuez à travailler un minimum de 40 heures par mois, vous pouvez continuer à profiter de la couverture d'assurance-vie collective, de l'assurance-vie collective pour les personnes à votre charge, de la garantie en cas de décès ou

mutilation accidentels, de l'assurance-maladie complémentaire et la de garantie pour soins dentaires. Si vous travaillez moins de 40 heures par mois, vous pourrez choisir parmi les options offertes au point 3 ci-dessus.

Les options susmentionnées sont également offertes aux membres en règle qui sont assurés au moment de leur départ à la retraite et qui fournissent une preuve de retraite d'un autre régime comme la Commission de construction du Québec (CCQ), le National Pipeline Plan ou le U.A. International Plan administré à Washington. Le personnel de la section locale 71 de l'Association unie et du bureau canadien de l'A.U. dont les bénéficiaires sont en vigueur au moment de la retraite est également admissible.

Au moment de votre retraite, il vous faudra remplir un formulaire de choix de membre confirmant que vous prenez votre retraite et le choix quant à votre forfait d'avantages sociaux.

Vous devez effectuer un versement mensuel pour maintenir votre adhésion à la section locale 71 de l'Association unie. Un paiement est également requis pour la couverture de retraité décrite ci-dessus. Vous pouvez choisir de faire déduire automatiquement un ou les deux paiements mensuels de votre pension mensuelle en remplissant un formulaire de retenue au moment du départ à la retraite. Ou encore, les membres à la retraite peuvent s'inscrire au programme de paiement préautorisé (PPP) qui permet le prélèvement direct de leurs primes à même leur compte bancaire le 15^{ième} jour de chaque mois. Vous ne pouvez avoir recours au service de PPP pour acquitter vos cotisations de membre.

Après le décès

Si vous décédez alors que vous êtes assuré par ce régime, votre conjoint(e) survivant(e) et les enfants à votre charge pourront conserver l'assurance-maladie complémentaire et la garantie pour soins dentaires en utilisant le solde de votre banque d'heures. Si ce solde ne suffit pas pour assurer une couverture de 24 mois suivant votre décès, votre conjoint(e) survivant(e) peut choisir de payer directement la prime jusqu'à la fin de la période de 24 mois. Si les heures en banque ne suffisent pas à couvrir la prime du premier mois suivant le décès du membre, le régime versera une subvention équivalant à la première prime à votre conjoint(e) survivant(e). Si, à votre décès, votre conjoint(e) survivant(e) est déjà assuré(e) en tant que membre du régime, le solde de votre compte sera automatiquement transféré au compte de banque d'heures de votre conjoint(e).

Programmes de subventions

Programme de subventions pour les membres en chômage

Comme membre en règle du syndicat, vous pouvez être admissible à une subvention mensuelle d'une durée maximale de 24 mois consécutifs si vous répondez aux critères suivants :

1. vous êtes âgé(e) de moins de 65 ans;
2. vous ne recevez pas de prestations de retraite de quelque source que ce soit;
3. vous êtes membre en règle de la section locale 71 de l'Association unie;
4. vous êtes en chômage et vous n'avez pas travaillé plus de 44 heures au cours du mois précédent;
5. vous avez signé le livre au siège du syndicat confirmant que vous êtes disponible pour travailler;
6. vous n'avez pas refusé un emploi du service de répartition de la section locale 71 de l'Association unie;
7. votre couverture est en vigueur mais votre compte de banque d'heures est épuisé et contient moins d'un mois de primes;
8. vous devez obtenir la signature du gérant d'affaires, soumettre une nouvelle demande à l'administrateur du régime, Coughlin & associés ltée, et verser la prime mensuelle requise de 35 \$ pour chaque mois de subvention demandé.

Les programmes de subventions peuvent être résiliés n'importe quand sans préavis, si la situation financière du régime n'est plus en mesure de les soutenir. Le paiement de 35 \$ est également sujet à changement à la discrétion des fiduciaires.

Programme de subventions pour les membres prestataires d'une pension d'invalidité

Si vous êtes admissible à une pension d'invalidité du Régime de retraite de la section locale 71 de l'Association unie, votre couverture sera subventionnée jusqu'à l'âge de 65 ans, ou jusqu'à ce que vous récupériez de votre invalidité, selon la première éventualité. Pour maintenir votre couverture, il faut que vous versiez 35 \$ par mois pour le coût de votre forfait d'avantages sociaux.

Fin de la couverture

Votre couverture prend fin à la première des dates suivantes :

- le jour où vous cessez d'être un membre en règle du syndicat;
- le premier jour du deuxième mois suivant le mois au cours duquel le nombre d'heures accumulées est inférieur au minimum requis pour maintenir la couverture;
- le premier jour du deuxième mois correspondant ou suivant la date où vous atteignez l'âge limite applicable, le cas échéant;
- dans le cas des indemnités hebdomadaires ou des prestations d'invalidité prolongée, le premier jour du deuxième mois suivant la date où vous avez été mis en disponibilité pour plus de 24 mois;
- dans le cas de l'assurance-vie, de l'assurance-vie pour les personnes à charge, de la garantie d'assurance en cas de décès ou de mutilation accidentels et de la prestation de survivant, le premier jour du deuxième mois suivant la date où vous avez été mis en disponibilité pour plus de 36 mois;
- le premier jour du deuxième mois suivant la date où vous avez fait 24 auto-paiements mensuels consécutifs;
- la date où vous devenez membre des forces armées à temps plein;
- le jour où vous cessez de verser la prime; ou
- la date où la police prend fin.

Afin de connaître les prestations disponibles à la cessation, veuillez vous reporter aux sections *Droit de transformation* et *Prestations après la fin de votre couverture*.

Cessation de la couverture par suite du transfert à un autre régime ou à une autre section locale

Si vous signez une entente réciproque temporaire et demandez que les heures travaillées en Ontario soient transférées à votre régime de la Commission de construction du Québec ou à une autre section locale de l'Association unie au Canada, le solde des fonds dans votre compte de banque d'heures sera versé dans votre nouveau régime, et la couverture en vertu du présent régime cessera. L'administrateur du régime vous demandera une lettre d'entente dès que vous signerez l'accord réciproque temporaire.

Remise en vigueur des avantages sociaux

Si une partie ou l'ensemble de votre couverture a pris fin, vous pouvez de nouveau être admissible à cette couverture à la date où prend fin le délai de carence, défini sous *Admissibilité*, pourvu que vous demeuriez dans les catégories couvertes admissibles.

Si la couverture de l'assurance-maladie complémentaire, pour soins de la vue et pour soins dentaires cesse et qu'elle est rétablie au cours d'une même année civile, les plafonds applicables établis au 1^{er} janvier sont reportés à la fin de l'année civile.

Solde de compte de banque d'heures à la cessation d'emploi ou au décès du membre

Si votre couverture prend fin parce que vous avez été expulsé du syndicat ou accusé, vous perdrez le solde restant dans votre compte. Si votre couverture prend fin parce que vous transférez votre compte à une autre section locale alors que vous êtes un membre en règle, vous aurez droit à un transfert réciproque de votre solde de compte.

Si vous décédez alors que vous êtes assuré par ce régime, votre conjoint(e) survivant(e) et les enfants à votre charge pourront conserver l'assurance-maladie complémentaire et la garantie pour soins dentaires en utilisant le solde de votre banque d'heures. Si ce solde ne suffit pas pour assurer une couverture de 24 mois suivant votre décès, votre conjoint(e) survivant(e) peut choisir de payer directement la prime jusqu'à la fin de la période de 24 mois. Si les heures en banque ne suffisent pas à couvrir la prime du premier mois suivant le décès du membre, le régime versera une subvention équivalant à la première prime à votre conjoint(e) survivant(e). Si, à votre décès, votre conjoint(e) survivant(e) est déjà assuré(e) en tant que membre du régime, le solde de votre compte sera automatiquement transféré au compte de banque d'heures de votre conjoint(e).

À la retraite, vous devez puiser dans votre solde de compte pour prolonger la couverture au-delà de la date de votre départ à la retraite.

Solde de compte de banque d'heures dépassant deux ans de primes

Compte gestion-santé (CGS)

Vous pouvez choisir de transférer le solde excédentaire admissible de votre compte de banque d'heures à un compte de gestion-santé (CGS), à concurrence d'un maximum de 500 \$. Un formulaire de déclaration et de sélection vous sera envoyé avant la fin de l'année avec confirmation du solde admissible au transfert dans votre CGS.

Lorsqu'une demande de prestations n'est pas remboursée en totalité par le régime principal, le solde restant est remboursé par le CGS. Un solde excédentaire admissible est tout montant en excédent de ce qui est requis pour assurer une couverture de 24 mois en vertu du régime de santé et de bien-être de l'Association unie, section locale 71, à concurrence d'un maximum de 500 \$ par année civile.

La sélection d'un CGS est autorisée en vertu des lois en vigueur si vous optez pour le transfert dans les délais prévus. Vous pourrez demander le remboursement de vos frais médicaux admissibles non couverts par le régime d'assurance-maladie provincial, pour une période n'excédant pas 24 mois, tel qu'autorisé par l'Agence du revenu du Canada (ARC), après quoi le solde restant du CGS, s'il y en a un, est perdu. Vous trouverez la liste des frais médicaux admissibles au CGS sur le site web de l'ARC à l'adresse suivante : www.cra-arc.gc.ca/medical/.

Remboursement des primes excédentaires

Vous pouvez demander le remboursement des cotisations versées pendant l'année civile en cours en excédent du montant de primes requises, à la condition de conserver un minimum de 24 mois de couverture dans votre compte de banque d'heures. Un formulaire de déclaration et de sélection vous sera envoyé avant la fin de l'année avec confirmation du solde admissible au retrait. Tous les retraits sont assujettis aux retenues d'impôt à la source applicables. Les retraits sont permis en vertu des lois applicables à la condition d'en faire la demande dans les délais prévus.

Admissibilité des personnes à charge

Si vous avez déjà des personnes à charge, vous êtes admissible à la couverture des personnes à charge à la date où vous devenez admissible à la couverture en vertu de ce régime. Si vous n'avez pas de personne à charge, vous serez admissible lorsque vous en aurez.

Si une personne à charge (autre qu'un nouveau-né) est hospitalisée à la date d'entrée en vigueur de la couverture, cette dernière entrera en vigueur le premier jour suivant sa sortie de l'hôpital.

Une fois que la couverture des personnes à charge est en vigueur, les nouvelles personnes à charge sont assurées automatiquement.

Définition d'une personne à charge

Les *personnes à charge admissibles* comprennent votre conjoint(e) ainsi que les enfants à charge, selon la définition ci-après.

Conjoint(e) désigne :

1. une personne avec qui vous êtes légalement marié(e); ou
2. le (la) conjoint(e) de fait avec qui vous cohabitez depuis au moins 12 mois et qui est présenté(e) publiquement comme étant votre conjoint(e).

Aux fins de la présente police, vous devez indiquer le nom de la personne considérée comme conjoint(e). Un(e) seul(e) conjoint(e) est admissible à la protection de la police. Les conjoint(e)s divorcé(e)s ou légalement séparé(e)s ne sont pas couvert(e)s.

Enfant à charge désigne :

1. un enfant célibataire naturel ou adopté; ou
2. l'enfant de votre conjoint(e) de fait, qui demeure avec vous, qui est à votre charge et qui est :
 - A. âgé de moins de 21 ans; ou
 - B. âgé entre 21 ans et 24 ans inclusivement, qui fréquente à temps plein un établissement d'enseignement agréé et qui est à votre charge; ou
 - C. âgé de 21 ans et plus et qui est incapable de subvenir à ses besoins à cause d'un handicap physique ou mental. La couverture de cette personne à charge sera maintenue en vertu de cette police à condition que le handicap existe de façon continue depuis le moment où cet enfant était assuré en tant que personne à charge en vertu de cette police. Une preuve écrite du handicap doit être fournie par le médecin traitant.

Fin de la couverture des personnes à charge

La couverture des personnes à charge prend fin à la première des dates suivantes :

- à la date de fin de la couverture;
- à la date où vous n'avez plus de personnes à charge admissibles;
- à la date où vous cessez de verser la prime; ou
- à la date où la couverture des personnes à charge prend fin.

La couverture d'une personne à charge prend fin à la date à laquelle cette personne ne se définit plus comme une personne à charge.

Règles relatives au bénéficiaire

Le *bénéficiaire* représente la personne désignée par écrit pour toucher des prestations. Au moment de son adhésion au régime, le membre doit désigner un bénéficiaire qui touchera les prestations versées au décès.

Les prestations payables au décès en vertu de la police sont versées à votre bénéficiaire. À défaut d'un bénéficiaire désigné, les prestations sont versées à la succession.

Sous réserve des droits des bénéficiaires prévus par la loi, vous pouvez changer en tout temps le bénéficiaire en remplissant un formulaire de désignation de bénéficiaire que vous remettez à l'administrateur du régime. Le changement entrera en vigueur à la date de la signature du formulaire, mais ne s'appliquera à aucun paiement effectué par l'assureur avant la date de réception du formulaire par l'administrateur du régime.

Là où le Code civil du Québec est en vigueur, la désignation d'un(e) conjoint(e) à titre de bénéficiaire est **irrévocable** (ne peut être modifiée sans le consentement écrit du bénéficiaire irrévocable) sauf si vous stipulez que la désignation est **révocable** (peut être modifiée en tout temps sans le consentement du bénéficiaire révocable). Un(e) conjoint(e) s'entend de toute personne reconnue par la loi comme votre conjoint(e) aux fins de la présente.

Si vous désignez plus d'un bénéficiaire sans préciser la répartition des montants, ceux-ci seront répartis également entre les bénéficiaires.

Si un bénéficiaire décède avant vous, les droits de ce bénéficiaire prennent fin. Les prestations seront réparties également entre les autres bénéficiaires, ou à défaut d'un bénéficiaire désigné ou de bénéficiaires désignés, à votre succession, à moins d'indication contraire sur le formulaire de désignation.

Coordination des prestations

Si vous ou vos personnes à charge sont également couverts par un autre programme ou contrat d'assurance-maladie prépayé, le paiement de vos prestations sera coordonné de sorte que l'avantage total que vous recevrez ne dépassera pas 100 % des dépenses admissibles déterminées en fonction de la valeur raisonnable et le montant habituel.

Sous réserve du consentement de la personne couverte, l'administrateur du régime peut remettre à toute personne ou société les données nécessaires à la mise en œuvre de cette disposition.

Ordre de la détermination des prestations

Si une personne est admissible à toucher une prestation en vertu du présent régime et la même prestation ou une prestation semblable en vertu d'un autre régime, le versement des prestations se détermine de la façon suivante :

1. si un autre régime ne comprend pas la coordination des prestations, les prestations d'un tel régime sont réputées payables avant l'application des prestations en vertu du régime;
2. si un autre régime comprend la coordination des prestations, les prestations d'un tel régime sont coordonnées avec les prestations en vertu du régime comme suit :
 - A. les prestations payables en vertu d'un régime qui assure la personne autre qu'une personne à charge sont déterminées avant que les prestations d'un régime qui assure la personne comme personne à charge;
 - B. les prestations payables en vertu d'un régime qui assure la personne à titre de personne à charge d'une personne couverte selon les premiers jours et mois de naissance dans l'année civile; ou

- C. les prestations payables en vertu d'un régime qui assure la personne à titre de personne à charge du parent dont la première lettre du prénom vient en premier dans l'alphabet, si les deux parents ont leur anniversaire le même jour;
3. en cas de séparation ou de divorce :
- A. le régime du parent ayant la garde de l'enfant;
 - B. le régime du conjoint/de la conjointe-partenaire du parent ayant la garde de l'enfant;
 - C. le régime du parent n'ayant pas la garde de l'enfant; ou
 - D. le régime du conjoint/de la conjointe-partenaire n'ayant pas la garde de l'enfant;
4. si la personne est couverte par un autre régime, la priorité s'établira comme suit :
- A. le régime dont le participant est un membre actif à temps plein;
 - B. le régime dont le participant est un membre actif à temps partiel; ou
 - C. le régime dont le participant est un retraité.

Si l'on ne peut établir la priorité de la façon ci-dessus, les prestations sont établies au prorata parmi les régimes en proportion des sommes qui auraient été versées en vertu de chaque régime, si la couverture avait été établie par ce régime.

Réseau de fournisseurs préférés (RFP)

Coughlin & associés ltée a conclu une entente avec des pharmacies de tout l'Ontario. Les pharmacies membres du réseau réduisent les frais d'exécution d'ordonnance et leur marge bénéficiaire brute sur certains médicaments afin de réduire le coût des médicaments d'ordonnance pour vous et votre régime. Pour de plus amples renseignements à ce sujet, veuillez communiquer avec Coughlin & associés ltée ou consulter son site Web à l'adresse www.coughlin.ca. Le site web vous permet de faire une recherche pour trouver la pharmacie du RFP la plus proche en utilisant votre code postal. Il vous est conseillé d'utiliser le RFP dans la mesure du possible.

Changement dans la couverture

Si votre couverture change à cause d'un changement d'âge, de catégorie, de gains, de situation des personnes à charge, etc., ou par suite d'un changement de régime, elle n'est pas rajustée avant le premier jour, ou après la date du changement, où vous êtes effectivement au travail et où la cotisation appropriée est versée.

Si une personne à charge est hospitalisée le jour où sont censées prendre effet les prestations accrues, elles n'entreront pas en vigueur avant que la personne à charge reçoive son congé de l'hôpital. Dans tous les cas, le paiement pour des services et des fournitures reçus avant la date d'une augmentation des prestations sera toujours basé sur les prestations du régime en vigueur avant le changement.

Changement dans les renseignements

Pour assurer que vous recevez toute la correspondance et que les renseignements appropriés sont versés à votre dossier, communiquez avec l'administrateur du régime dès qu'un changement survient (par exemple, changement dans la situation de famille, nouvelle personne à charge, bénéficiaire ou adresse). L'administrateur vous indiquera quel formulaire vous devez remplir pour confirmer le changement.

Imposition

Toutes les primes d'assurance-vie temporaire collective et les primes de la garantie en cas de décès ou mutilation accidentels payées par l'employeur sont imposables au membre. À la fin de février de chaque année, vous recevrez le formulaire d'impôt approprié à inclure dans le calcul de vos impôts pour l'année d'imposition précédente.

Prestation d'assurance-vie du membre

L'assureur verse un montant forfaitaire au bénéficiaire désigné, advenant votre décès. Le montant du capital assuré est précisé dans le *Sommaire des garanties*.

Vous pouvez changer la désignation du bénéficiaire n'importe quand (sous réserve des restrictions établies par la loi) en remplissant le formulaire disponible auprès de l'administrateur du régime et en le lui renvoyant. Si votre bénéficiaire désigné décède avant vous et que vous n'avez pas désigné un nouveau bénéficiaire, les prestations seront versées à votre succession. Vous devriez revoir votre désignation du bénéficiaire pour vous assurer qu'elle reflète votre intention actuelle.

Invalidité totale/exonération des primes

Si vous devenez totalement invalide au moins six mois consécutifs avant l'âge de 65 ans, votre assurance-vie demeurera en vigueur pour la période complète de votre invalidité ou jusqu'à votre 65^e anniversaire. Aucune autre prime ne sera requise.

Pour être considéré comme totalement invalide, vous devez, à la suite d'une maladie ou d'une blessure, être incapable d'exercer un emploi rémunérateur pour lequel vous avez la compétence ou pour lequel vous pourriez acquérir la compétence en raison de votre formation, de vos études ou de votre expérience. Des preuves d'invalidité totale doivent être présentées périodiquement.

Avant d'obtenir l'exonération des primes, vous devez soumettre une demande à l'assureur dans les 12 mois suivant la date de votre invalidité totale. Veuillez communiquer avec l'administrateur du régime pour obtenir le formulaire de demande.

Droit de transformation

Si votre assurance-vie collective prend fin ou est réduite, vous pouvez la transformer en police individuelle et ce, sans preuve d'assurabilité. Vous devez présenter une demande de transformation écrite à la Financière Manuvie et régler le premier versement de la prime dans les 31 jours suivant la fin ou la réduction de votre couverture d'assurance-vie collective. Si vous décédez durant cette période de 31 jours, le montant d'assurance-vie que vous pouviez transformer sera versé à votre bénéficiaire ou succession, même si vous n'avez pas déposé de demande de transformation.

Pour de plus amples détails au sujet du droit de transformation, veuillez communiquer avec l'administrateur du régime. Les dispositions relatives à ce droit peuvent varier d'une province à l'autre.

Assurance-vie facultative pour vous-même et votre conjoint(e) admissible

La couverture est disponible tel qu'indiqué dans le *Sommaire des garanties*.

Votre couverture d'assurance-vie temporaire facultative collective entre en vigueur dès que votre demande d'assurance est approuvée.

En cas de décès pendant que vous êtes assuré, le montant de votre assurance-vie facultative est payable à votre bénéficiaire.

Aucune prestation n'est versée dans le cas d'un décès résultant d'une auto-destruction commise dans les deux années suivant l'entrée en vigueur de votre assurance.

Droit de transformation

Si votre assurance prend fin, vous pouvez transformer votre couverture d'assurance-vie temporaire facultative en un régime d'assurance individuelle de La Great-West, compagnie d'assurance-vie, dans les 31 jours suivant la résiliation sans preuve d'assurabilité ou examen médical.

Exonération des primes

Si vous devenez invalide, de façon totale et permanente, pendant une période d'au moins six mois, vous n'avez pas à verser les primes d'assurance jusqu'à votre retour au travail à temps plein.

Garantie d'assurance en cas de décès ou de mutilation accidentels (GDMA)

Désignation du bénéficiaire

Il est entendu que la prestation de décès sera payable au bénéficiaire ou bénéficiaires conformément à la désignation de bénéficiaire du titulaire de la police d'assurance-vie collective sauf si une désignation faite ultérieurement identifie spécifiquement cette police. À défaut d'une telle désignation, la prestation sera versée à la succession de l'assuré.

Toutes les autres prestations et indemnités de cette police seront payables à l'assuré.

Risques assurés

Couverture tous risques

Chubb Life Insurance versera la prestation décrite au présent livret pour tout accident survenant alors que la personne assurée est couverte en vertu de la police.

En ce qui concerne les déplacements en avion, la protection fournie s'applique aux pertes subies ou résultant du déplacement ou du vol à bord de tout avion ou autre appareil à des fins de navigation aérienne, incluant l'embarquement ou l'atterrissage, sauf :

- a) lorsqu'utilisé à des fins de test ou d'expérimentation; ou
- b) lorsque que l'assuré se trouvait à bord à titre de pilote ou d'apprenti pilote ou d'assistant pilote ou de membre de l'équipage; ou
- c) lorsqu'à bord d'un avion appartenant ou loué par une autorité militaire quelle qu'elle soit, autre qu'un appareil de transport aérien opéré par le Commandement aérien des Forces canadiennes ou tout service de transport similaire d'un autre pays; ou
- d) lorsqu'à bord de tout avion ou appareil appartenant ou loué par ou au nom du titulaire de la police, de toute filiale ou société affiliée du titulaire de la police, ou par un membre assuré ou une personne résidant avec le membre assuré; ou
- e) à bord d'un avion utilisé à des fins de lutte contre les incendies, d'inspection de lignes électriques, d'inspection de pipeline, de photographie aérienne ou d'exploration.

Exposition et disparition

La perte résultant d'une exposition inévitable aux éléments et résultant des risques décrits ci-dessus sera couverte dans les limites des prestations qui vous sont accordées.

Si votre corps n'a pas été retrouvé dans l'année suivant la disparition, l'échouement, le naufrage ou le déraillement du moyen de transport dans lequel vous aviez pris place au moment de l'accident, on présumera, sous réserve de toutes les autres conditions de la présente police, que vous avez perdu la vie à la suite de blessures corporelles subies dans un accident couvert par la présente police.

Indemnités maximales

Prestation	Montant de la prestation
Décès et mutilation accidentels	voir <i>Sommaire des garanties</i>
Prestation de rapatriement	15 000 \$
Prestation de réadaptation	15 000 \$
Prestation de transport des membres de la famille	15 000 \$

Prestation	Montant de la prestation
Prestation de formation professionnelle du conjoint	15 000 \$
Prestation de modifications du véhicule et du domicile	50 000 \$
Prestation de centre de jour	5 000 \$ par année/quatre ans
Prestation du port de la ceinture de sécurité	25 000 \$
Prestation spéciale pour études	5 000 \$ par année/quatre ans
Prestation de conversion	200 000 \$
Rente mensuelle en cas d'hospitalisation	2 500 \$ par mois/ maximum total de 365 jours
Prestation d'identification	15 000 \$
Prestation en cas de deuil	5 000 \$
Prestation pour atteintes esthétiques	25 000 \$
Prestation des frais funéraires	5 000 \$

Description de la protection

Si de telles blessures donnent lieu à l'une des pertes suivantes dans l'année suivant la date de l'accident, la compagnie versera le pourcentage du montant de la prestation indiqué ci-dessous, qui est égal au montant indiqué dans la section *Tableau des pertes*, pour autant que seule la prestation la plus élevée soit payée pour toutes les blessures résultant d'un seul et même accident.

Tableau des pertes

Pour la perte de	Montant de la prestation
La vie	Capital assuré
La vision complète des deux yeux	Capital assuré
Une main et un pied	Capital assuré
L'usage d'une main et d'un pied	Capital assuré
Une main et la vue complète d'un œil	Capital assuré
Un pied et la vue complète d'un œil	Capital assuré
La parole et l'ouïe des deux oreilles	Capital assuré
La mort cérébrale	Capital assuré
Des deux bras, deux mains, deux jambes ou deux pieds	Deux fois le capital assuré
Usage des deux bras, deux mains, deux jambes ou deux pieds	Deux fois le capital assuré
Quadriplégie	Deux fois le capital assuré
Paraplégie	Deux fois le capital assuré
Hémiplégie	Deux fois le capital assuré
Un bras et une jambe	Trois-quarts du capital assuré
L'usage d'un bras et d'une jambe	Trois-quarts du capital assuré
Une main ou un pied	Trois-quarts du capital assuré
Usage d'une main ou d'un pied	Trois-quarts du capital assuré
La vue complète d'un œil	Trois-quarts du capital assuré
La parole ou l'ouïe des deux oreilles	Trois-quarts du capital assuré
Le pouce et l'index de la même main	Un tiers du capital assuré
L'usage du pouce et de l'index de la même main	Un tiers du capital assuré
Quatre doigts de la même main	Un tiers du capital assuré
L'ouïe d'une oreille	Un tiers du capital assuré
Tous les orteils du même pied	Un quart du capital assuré

La « perte » désigne, dans le cas de la main ou du pied, l'amputation au poignet ou à la cheville ou au-dessus du poignet ou de la cheville; dans le cas du bras ou de la jambe, l'amputation au coude ou au genou ou au-dessus du coude ou du genou; dans le cas d'un œil, la perte de la vue doit être totale et irrémédiable. La perte de la parole doit être totale et irrémédiable et ne peut permettre en aucune façon

une communication audible. La perte de l'ouïe est la perte totale et irrémédiable de l'ouïe, qui ne peut être corrigée au moyen d'un appareil ou dispositif de correction auditive. La perte du pouce et de l'index désigne l'amputation à la première phalange ou au-dessus de la première phalange. La perte des doigts désigne l'amputation à la première phalange ou au-dessus de la première phalange des quatre doigts de la même main; en ce qui concerne les orteils, la perte désigne l'amputation des deux phalanges de tous les orteils du même pied. Si l'assuré subit l'amputation complète d'une main, d'un pied, d'un bras ou d'une jambe tel que décrit ci-dessus, alors la compagnie versera le montant spécifié ci-dessus même si le membre amputé est chirurgicalement rattaché, que le rattachement soit réussi ou non.

En ce qui concerne la quadriplégie (paralysie des deux membres supérieurs et inférieurs), la paraplégie (paralysie des deux membres inférieurs) et l'hémiplégie (paralysie des membres supérieurs et inférieurs d'un côté du corps), la « perte » désigne la paralysie complète et irrémédiable de ces membres, à la condition que celle-ci soit persiste pendant 180 jours consécutifs et que Chubb Life Insurance établisse, à la lumière de preuves qui lui semblent satisfaisantes, que cette perte d'usage est permanente.

La « perte de l'usage » désigne la perte totale et irrémédiable du fonctionnement d'un bras, d'une main, d'un pied ou d'une jambe, pour autant que cette perte d'usage persiste pendant 12 mois consécutifs et que Chubb Life Insurance établisse, à la lumière de preuves qui lui semblent satisfaisantes, que cette perte d'usage est permanente.

La « mort cérébrale » désigne l'inconscience irrémédiable avec perte totale des fonctions du cerveau et absence complète d'activité électrique du cerveau, même si le cœur bat encore.

La quadriplégie, la paraplégie, l'hémiplégie et les pertes de l'usage sont assujetties à une prestation maximale combinée de toutes les polices de 1 000 000 \$.

Prestation de rapatriement

Lorsqu'une personne assurée décède des suites de blessures couvertes par la présente police à plus de 50 km de son lieu de résidence permanent ou à l'étranger et ce, dans les 365 jours suivant la date de l'accident, Chubb Life Insurance remboursera les dépenses engagées pour la préparation du corps et le transport de la dépouille mortelle jusqu'à la ville de résidence de la personne décédée, jusqu'à concurrence du montant maximal indiqué à la section *Indemnités maximales*.

Prestation de réadaptation

Lorsqu'à la suite des blessures, Chubb Life Insurance procède au versement des prestations prévues au *Sommaire des pertes*, à l'exclusion de la prestation de décès prévue par la police, elle prend également en charge les dépenses raisonnables et nécessaires effectivement engagées à concurrence du maximum indiqué à la section *Indemnités maximales*, pour une formation spéciale pour autant que :

- a) la formation soit requise en raison de ces blessures et vous donne accès à un poste pour lequel vous n'auriez pas été embauché, n'eût été de ces blessures;
- b) les dépenses soient engagées dans les deux ans suivant la date de l'accident;
- c) aucun paiement ne soit versé pour les frais ordinaires de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Prestation de transport des membres de la famille

Lorsqu'à la suite des blessures, un assuré est confiné dans un hôpital à plus de 50 km de son lieu de résidence permanent ou à l'étranger et que cet état nécessite la présence d'un membre de la famille immédiate à ses côtés, sur recommandation écrite du médecin traitant, Chubb Life Insurance remboursera les dépenses effectivement engagées par le membre de la famille immédiate pour se rendre par le trajet le plus direct à bord d'un véhicule de transport reconnu au chevet de l'assuré, à concurrence du montant maximum indiqué à la section *Indemnités maximales*.

Par « membre de la famille immédiate », on entend votre conjoint(e), légal ou de fait, votre père, votre mère, votre grand-père, votre grand-mère, votre enfant de plus de 18 ans, votre frère ou votre sœur.

Prestation de formation professionnelle du conjoint

Lorsqu'à la suite des blessures, Chubb Life Insurance procède au versement d'une indemnité en vertu de la *prestation de décès* de la police, elle procèdera de plus au remboursement dans les 365 jours de la date de l'accident des dépenses effectivement engagées par votre conjoint(e) s'il(elle) s'inscrit à un programme de formation professionnelle officiel afin d'obtenir les qualifications nécessaires pour occuper un emploi pour lequel il(elle) n'aurait autrement pas possédé les qualifications suffisantes.

Le paiement ne saurait dépasser le montant maximum indiqué à la section *Indemnités maximales*.

Prestation de modifications du véhicule et du domicile

Lorsqu'à la suite des blessures, Chubb Life Insurance procède au versement des indemnités prévues au *Tableau des pertes*, à l'exclusion de la *prestation de décès* prévue par la police, et que la dite blessure nécessite par la suite l'usage d'un fauteuil roulant pour se déplacer, elle prendra également en charge les dépenses raisonnables et nécessaires effectivement engagées dans les 365 jours de la date de l'accident pour :

- a) le coût d'une modification unique apportée au domicile de l'assuré afin qu'il soit accessible et habitable en fauteuil roulant; et
- b) le coût d'une modification unique apportée à un véhicule automobile utilisé par l'assuré afin de le rendre accessible et manœuvrable en fauteuil roulant.

L'indemnité maximale combinée versée par l'assureur en vertu des articles a) et b) ci-dessus n'excèdera pas 10 % du capital assuré en vertu de cette garantie, à concurrence d'un maximum indiqué à la section *Indemnités maximales*.

Cette indemnité ne sera versée que si :

- a) les modifications apportées au domicile de l'assuré sont effectuées par une ou des personnes dûment qualifiées pour effectuer de telles modifications et recommandées par un organisme reconnu de soutien aux utilisateurs de fauteuils roulants; et
- b) les modifications apportées au véhicule de l'assuré sont effectuées par une ou des personnes dûment qualifiées pour effectuer de telles modifications et que celles-ci soient approuvées par l'autorité provinciale de réglementation applicable.

Prestation de centre de jour

Si un assuré perd la vie dans un accident donnant droit à une indemnité en vertu de cette garantie, Chubb Life Insurance versera, en plus de toutes les autres indemnités payables en vertu de la police, une prestation de centre de jour équivalant aux frais effectivement engagés, à concurrence :

- a) du moindre de 5 % de votre capital assuré; ou
- b) un maximum de 5 000 \$ par année;

en frais de garderie pour chaque enfant à charge admissible de 12 ans et moins inscrit auprès d'une garderie légalement autorisée à la date de l'accident ou qui s'inscrit dans une garderie légalement autorisée dans les 365 jours de la date de l'accident.

La prestation de centre de jour sera versée annuellement, jusqu'à concurrence de quatre années consécutives, mais uniquement sur présentation d'une preuve satisfaisante à l'effet que l'enfant est inscrit dans une garderie ou un centre de la petite enfance dûment autorisé.

« Enfant à charge admissible » s'entend de l'enfant admissible non marié, naturel, légitime, illégitime ou adopté par le membre, ou l'enfant d'un(e) conjoint(e) ou d'un(e) conjoint(e) de fait du membre, et qui dépend principalement sur le membre ou son(sa) conjoint(e) pour sa subsistance.

Maintien en vigueur des garanties

Si l'assuré est :

- a) mis à pied de façon temporaire;
- b) temporairement absent du travail en raison d'une invalidité de courte durée;
- c) en congé autorisé; ou
- d) en congé de maternité;

l'assurance sera maintenue en vigueur pendant une période de 12 mois, sous réserve du paiement des primes. Si l'assuré assume d'autres fonctions professionnelles pendant le congé ou la mise à pied, aucune prestation ne sera payable en cas de perte subie durant l'exercice d'une autre profession ou d'un autre emploi.

Prestation du port de la ceinture de sécurité

Lorsqu'un assuré subit une blessure qui entraîne une perte payable en vertu du *Tableau des pertes*, le montant payable est augmenté de 10 % à concurrence du maximum indiqué à la section *Indemnités maximales* si, au moment de l'accident, l'assuré était conducteur ou passager d'un véhicule automobile et qu'il portait une ceinture de sécurité de manière appropriée. Une attestation satisfaisante du port de la ceinture de sécurité doit faire partie de la preuve de perte écrite.

« Véhicule » désigne une voiture privée à passagers, une voiture familiale, une minifourgonnette ou un véhicule du genre jeep. « Ceinture de sécurité » désigne les ceintures qui composent un système de retenue.

Prestation spéciale pour études

Si un assuré perd la vie dans un accident donnant droit à une indemnité en vertu de cette garantie, Chubb Life Insurance versera, en plus de toutes les autres indemnités payables en vertu de la police, une indemnité d'étude d'un maximum de 5 % du capital assuré, à concurrence d'un maximum de 5 000 \$ par année, pour chaque enfant à charge admissible qui, à la date de l'accident, est inscrit à un programme d'études postsecondaires à temps plein ou est au secondaire et qu'il prévoit s'inscrire à un programme d'études postsecondaires à temps plein dans les 365 jours suivant la date de l'accident.

Cette prestation spéciale pour études est payable annuellement pour une période maximale de quatre années consécutives, mais seulement si l'enfant à charge poursuit des études à temps plein dans une institution postsecondaire.

Privilège de conversion

À la date de la cessation d'emploi ou pendant la période de 31 jours suivant la cessation d'emploi, un assuré peut convertir son assurance en police individuelle d'assurance en cas de décès et de mutilation accidentels de Chubb Life Insurance. La police individuelle prendra effet à la dernière éventualité de la date à laquelle Chubb Life Insurance reçoit la demande ou à la date à laquelle cesse la couverture prévue par le régime collectif. La prime sera identique à celle que l'assuré aurait normalement payée lorsqu'il a demandé une police individuelle. La demande de police individuelle peut être présentée à tout bureau de Chubb Life Insurance. Le montant de l'assurance ne doit pas dépasser le capital assuré du membre au moment de la cessation d'emploi, soit un maximum cumulatif de 200 000 \$ pour toutes les polices.

Exonération de primes

Si vous avez moins de 65 ans et que vous devenez totalement invalide pendant une période de six mois consécutifs alors que vous êtes assuré en vertu du présent régime et que vous fournissez à Chubb Life Insurance une preuve satisfaisante de votre invalidité totale, vous serez exonéré du paiement de chaque prime due pour votre couverture et celle de vos personnes à charge. Sous réserve des dispositions de cette police, l'exonération de prime ainsi accordée se prolongera jusqu'à la première éventualité de la date à laquelle le membre assuré atteint l'âge de 65 ans, ou de la date de résiliation de la police (uniquement dans le cas de l'assurance décès et mutilation accidentels et de l'assurance contre les maladies graves). Si l'invalidité cesse et que le membre assuré retourne au travail auprès du titulaire de la police et qu'il est membre d'une catégorie admissible, la couverture d'assurance reprendra uniquement au commencement du paiement des primes par le membre assuré ou le titulaire de la police.

Si après une période de 120 jours, la demande de prestations d'invalidité prolongée en vertu de la police d'assurance collective d'un membre assuré est approuvée, Chubb Life Insurance autorisera l'exonération du paiement des primes de chaque garantie en cas de décès et mutilation accidentels, sous réserve des dispositions énumérées ci-dessus.

Périodes successives d'invalidité

Si vous devenez à nouveau totalement invalide dans les six mois suivant l'exonération des primes et que cette invalidité est attribuable à la même cause ou à une cause connexe, cette période d'invalidité totale subséquente sera considérée comme une continuation de la période d'invalidité totale antérieure et Chubb Life Insurance autorisera l'exonération du délai de carence de six mois.

Si vous devenez à nouveau invalide plus de six mois après l'expiration de l'exonération des primes et que cette invalidité est attribuable à la même cause, cette période d'invalidité totale subséquente sera considérée comme une période d'invalidité totale distincte. Deux invalidités résultant de causes non connexes seront considérées comme des invalidités distinctes si elles sont séparées par un retour au travail d'au moins une journée.

Cessation de l'exonération des primes

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

- a) à la date à laquelle l'invalidité d'un membre assuré cesse de satisfaire à la définition d'une invalidité totale;
- b) à la date à laquelle un membre assuré omet de remettre à Chubb Life Insurance les documents médicaux appropriés jugés nécessaires par Chubb Life Insurance;
- c) à la date à laquelle un membre assuré ne reçoit plus de soins et de traitements réguliers et continus sous la supervision d'un praticien approprié pour cette invalidité, tel que déterminé par Chubb Life Insurance;
- d) à la date à laquelle un membre assuré omet de se soumettre à un examen d'évaluation médical, psychiatrique, psychologique, fonctionnel, éducationnel et/ou vocationnel effectué par un praticien choisi par Chubb Life Insurance;
- e) à la date à laquelle un membre assuré atteint l'âge de 65 ans;
- f) à la date à laquelle la police prend fin (uniquement dans le cas de l'assurance décès et mutilation accidentels et de l'assurance contre les maladies graves); ou
- g) à la date du décès du membre assuré.

Garanties pendant l'exonération des primes

Pendant la période d'exonération des primes, la protection du membre et de ses personnes à charge en vertu de la police sera maintenue. Le montant de cette assurance sera le montant d'assurance en vigueur à la date du début de l'invalidité, sous réserve de la clause de réduction d'âge ou de cessation de la couverture de la présente police.

Totalement invalide ou invalidité totale

« Totalement invalide » ou « invalidité totale » dans le contexte de l'exonération des primes signifie un état d'incapacité résultant d'une blessure ou d'une maladie qui empêche un membre assuré d'exercer les fonctions de son poste habituel pendant une période de six mois consécutifs.

Rente mensuelle en cas d'hospitalisation

Lorsqu'à la suite des blessures, Chubb Life Insurance procède au versement des indemnités prévues au *Tableau des pertes*, à l'exclusion de la *prestation de décès* prévue par la police, et que l'assuré est confiné dans un hôpital à titre de patient sous les soins d'un médecin ou chirurgien dûment qualifié autre que lui-même ou elle-même, Chubb Life Insurance lui versera une indemnité mensuelle de 1 % du capital assuré pour chaque mois complet d'hospitalisation à concurrence du maximum indiqué à la section *Indemnités maximales*, ou 1/30 de l'indemnité mensuelle pour chaque jour d'hospitalisation de toute période de moins d'un mois, rétroactivement au premier jour complet d'hospitalisation, sans toutefois excéder une période totale de 365 jours par période hospitalisation.

Aux fins de la présente garantie, un « hôpital » signifie un établissement légalement constitué comme tel et qui satisfait aux exigences suivantes :

- a) l'établissement s'occupe principalement à la réception, des soins et des traitements des personnes malades ou blessées;
- b) des infirmières autorisées ou diplômées y fournissent des soins 24 heures par jour;
- c) le personnel de l'établissement est composé d'un ou plusieurs médecins autorisés disponible en tout temps;
- d) l'établissement fournit des services de diagnostic et d'intervention chirurgicale; et
- e) il ne s'agit pas principalement d'une clinique, d'une maison de soins infirmiers ou de convalescence ou d'un établissement semblable, ou d'un établissement pour alcooliques ou toxicomanie.

Un « patient » signifie toute personne admise dans un hôpital à titre de résident ou d'occupant d'un lit et qui occupe une chambre dans l'hôpital pour une période minimale d'une journée.

Prestation d'identification

Lorsqu'une personne assurée décède des suites de blessures couvertes par la présente police, à plus de 150 km de son lieu de résidence permanent, et que la police ou une autorité gouvernementale similaire exige l'identification de la dépouille par un membre de la famille immédiate, Chubb Life Insurance remboursera les dépenses raisonnables effectivement engagées par le membre de la famille immédiate pour :

- a) le transport par la route la plus directe à la ville où se trouve le corps de l'assuré; et
- b) les frais d'hébergement à l'hôtel dans cette ville, à concurrence d'un maximum de trois jours.

Le remboursement des dépenses effectivement engagées sont assujetties à la garantie en cas de décès accidentel subséquent payable conformément aux dispositions du contrat après l'identification de la dépouille de l'assuré. L'indemnité maximale payable ne peut excéder, pour toutes ces dépenses, le maximum indiqué à la section *Indemnités maximales*.

Aucune somme ne sera versée pour des frais de subsistance ou autres frais similaires de la vie courante, pour des frais de déplacement et d'habillement, et le transport doit se faire par voiture ou par un moyen de transport en location détenant une licence en vue de transporter des passagers.

Prestation en cas de deuil

Si un assuré décède à la suite de blessures subies lors d'un accident donnant droit à une indemnité en vertu de cette garantie, et que le décès survient dans les 365 jours suivant la date de l'accident, Chubb

Life Insurance remboursera les dépenses raisonnables et nécessaires effectivement engagées par le(la) conjoint(e) et les enfants à charge de l'assuré jusqu'à six consultations d'aide aux personnes en deuil auprès d'un conseiller professionnel, à concurrence du maximum indiqué à la section *Indemnités maximales*.

Un « conseiller professionnel » signifie un thérapeute ou conseiller dûment autorisé à offrir de tels services.

Prestation pour atteintes esthétiques

Lorsqu'un assuré subit des brûlures au troisième degré à la suite d'un accident, Chubb Life Insurance lui versera un pourcentage de son capital assuré en fonction de la surface du corps brûlée et conformément au tableau suivant, à concurrence d'une indemnité maximale de 25 000 \$:

Partie du corps affectée	Indemnité en pourcent du capital assuré
Visage, cou, tête	100 %
Main et avant-bras	25 %
Avant-bras (droit ou gauche)	15 %
Torse (face antérieure ou postérieure)	35 %
Cuisse (droite ou gauche)	10 %
Jambe - sous le genou (droite ou gauche)	25 %

Si 50 % de la surface de la partie du corps affectée est brûlée, le pourcentage de capital assuré sera réduit de moitié. Ce tableau représente seulement le pourcentage maximal payable par accident. Si l'assuré subit des brûlures à plus d'une partie du corps lors d'un seul et même accident, l'indemnité payable ne pourra excéder un maximum de 25 000 \$.

Prestation des frais funéraires

Lorsqu'une personne assurée décède des suites de blessures couvertes par la présente police dans les 365 jours suivant la date de l'accident, Chubb Life Insurance remboursera les dépenses engagées pour la préparation de la dépouille mortelle en vue de son enterrement ou de sa crémation, à concurrence du maximum indiqué à la section *Indemnités maximales*.

Exclusions

Aucune prestation ne sera versée pour des pertes subies dans les cas suivants :

- a) blessures que l'assuré s'inflige volontairement, suicide ou tentative de suicide, que l'assuré soit sain d'esprit ou non;
- b) guerre déclarée ou non, ou acte de guerre;
- c) service actif de l'assuré à temps complet dans les forces armées de tout pays ou autorité internationale (toutes les primes réglées feront l'objet d'un remboursement proportionnel par l'assureur pour toute période de service actif à temps complet);
- d) vol ou déplacement dans tout véhicule ou aéronef sauf si ledit vol ou déplacement est prévu à la section *Risques assurés* des dispositions relatives à l'assurance décès et mutilation accidentels de la police.

Procédures judiciaires

Toute action ou procédure judiciaire de recouvrement intentée en vertu de cette police doit l'être avant l'expiration d'un délai de 60 jours suivant le dépôt d'une preuve écrite de perte conformément aux dispositions du présent contrat. Pour les résidents de l'Alberta et de la Colombie-Britannique : Aucune action ou procédure contre l'assureur pour recouvrement de sommes payables en vertu de cette police

est absolument interdite sauf si intentée dans les délais prescrits par la Loi sur l'assurance. Pour les résidents du Manitoba : Aucune action ou procédure contre l'assureur pour recouvrement de sommes payables en vertu de cette police est absolument interdite sauf si intentée dans les délais prescrits par la Loi sur l'assurance. Pour les résidents de l'Ontario : Aucune action ou procédure contre l'assureur pour recouvrement de sommes payables en vertu de cette police est absolument interdite sauf si intentée dans les délais prescrits par la Loi de 2002 sur la prescription des actions. Ailleurs, toute action doit être intentée dans l'année suivant la date de la perte ou dans un délai plus long tel que défini par les lois applicables dans la province de résidence de l'assuré.

Prestation de survivant

La couverture des prestations de survivant garantit une sécurité continue en versant un revenu mensuel régulier à vos survivants à la suite de votre décès. Le capital assuré figure dans le *Sommaire des garanties*.

Si votre conjoint(e) décède durant la période garantie des prestations (cinq ans à partir de la date du premier versement), une somme forfaitaire représentant la valeur des prestations impayées qui auraient été versées durant la période garantie des prestations est remise à la succession de votre conjoint(e), à moins d'indication contraire.

Les prestations de survivant sont offertes à tous les membres peu importe leur situation de famille. Si vous avez un(e) conjoint(e) survivant(e) au moment de votre décès, la prestation est payable à ce conjoint. Dans le cas contraire, la prestation est payable à votre bénéficiaire désigné ou, en l'absence de bénéficiaire désigné, à votre succession. En ce qui a trait au bénéficiaire, le terme *conjoint survivant* est par conséquent réputé être aussi une personne qui n'est pas votre conjoint(e) et qui vous survit, pour ce qui est de la prestation de survivant uniquement.

Invalidité totale/exonération des primes

Si vous devenez totalement invalide durant au moins six mois consécutifs avant l'âge de 65 ans, la couverture des prestations de survivant demeure en vigueur pour la période complète de votre invalidité, selon la limite d'âge indiquée dans le *Sommaire des garanties*. Les primes seront alors exonérées.

Pour être considéré totalement invalide, vous devez, par suite d'une maladie ou d'une blessure, être incapable d'exercer un emploi rémunérateur pour lequel vous avez la compétence ou pour lequel vous pourriez acquérir la compétence en raison de votre formation, de vos études ou de votre expérience. Des preuves d'invalidité totale doivent être présentées périodiquement.

Avant d'accorder une exonération de primes, il faut présenter une demande à l'assureur au plus tard 12 mois suivant la date du début de l'invalidité totale. Veuillez communiquer avec l'administrateur du régime pour obtenir les formulaires de demande nécessaires.

Droit de transformation

Si votre couverture prend fin pour l'une des raisons suivantes :

- votre emploi vous rendant admissible à la couverture d'assurance prend fin; ou
- la catégorie de votre emploi change en une catégorie qui n'inclut pas les prestations de survivant; ou
- vous êtes invalide, admissible à l'exonération des primes et vous ne retournez pas activement au travail; et
- vous êtes âgé de moins de 65 ans ou vous venez d'avoir 65 ans;

vous pouvez transformer la valeur escomptée de votre montant de cessation en une police d'assurance-vie individuelle.

Le montant transformé sera réduit par toute autre police d'assurance-vie déjà transformée encore en vigueur avec la Financière Manuvie. Des preuves médicales ne sont pas requises. En revanche, vous ne pourrez transformer les prestations de survivant si vous n'avez pas de personnes à charge admissibles ou que vous atteignez l'âge où la couverture de prestations de survivant prend fin.

Pour transformer les prestations, vous devez soumettre une demande par écrit à la Financière Manuvie et effectuer le premier versement de la prime dans les 31 jours suivant la date à laquelle votre couverture

d'assurance-vie prend fin. Si vous décédez pendant cette période de 31 jours, le montant d'assurance que vous pouviez transformer demeurera payable.

La couverture peut être transformée en un des choix de police individuelle suivants :

1. assurance temporaire pour une période d'un an à condition que vous n'ayez pas atteint l'âge de 65 ans;
2. assurance temporaire jusqu'à l'âge de 65 ans; ou
3. tout autre régime de base disponible auprès de la Financière Manuvie.

La prime est calculée selon les taux en vigueur de la Financière Manuvie pour la catégorie de risque à laquelle vous appartenez et pour l'âge que vous avez atteint.

Afin de vous prévaloir de la transformation, veuillez communiquer avec l'administrateur du régime.

Prestation d'assurance-vie pour les personnes à charge

La couverture d'assurance-vie pour les personnes à charge vous donne droit à un montant forfaitaire à la suite du décès d'une personne à charge que vous avez assurée. Le capital assuré est précisé dans le *Sommaire des garanties*.

Droit de transformation

Si la couverture d'assurance-vie de votre conjoint(e) prend fin, vous pouvez la transformer en police individuelle et ce, sans preuve d'assurabilité. Vous devez présenter une demande de transformation écrite à la Financière Manuvie et régler le premier versement de la prime dans les 31 jours suivant la fin de la couverture d'assurance-vie de votre conjoint(e). Si votre conjoint(e) décède durant cette période de 31 jours, le montant d'assurance-vie de votre conjoint(e) que vous pouviez transformer vous sera versé, même si vous n'avez pas déposé de demande de transformation. Si vous résidez au Québec, et si la couverture d'assurance-vie de votre enfant à charge prend fin, vous pouvez la convertir en police individuelle, tel que défini ci-dessus au droit de transformation de la couverture de votre conjoint(e).

Pour de plus amples détails au sujet du droit de transformation, veuillez communiquer avec l'administrateur du régime. Les dispositions relatives à ce droit peuvent varier d'une province à l'autre.

Indemnité hebdomadaire

Cette couverture vise à vous aider financièrement si vous êtes incapable de travailler à la suite d'un accident ou d'une maladie qui ne sont pas reliés au travail.

Invalidité totale signifie que vous êtes incapable, en raison d'une maladie ou d'une blessure, d'effectuer vos tâches habituelles dans le cadre de votre emploi régulier et que vous n'exercez aucun autre emploi rémunérateur.

Accident ou maladie non reliés au travail signifie un accident qui n'est pas relié au travail ou une maladie qui n'est pas couverte par une loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail ou toute autre loi semblable.

Délai de carence signifie la période précisée dans le *Sommaire des garanties* concernant l'indemnité hebdomadaire qui doit s'écouler après le début de l'invalidité totale avant que les prestations ne soient payables.

Une indemnité hebdomadaire vous sera versée de façon régulière durant les périodes d'absence au travail de courte durée, en raison d'une maladie ou de l'invalidité. Des prestations sont versées si vous devenez totalement invalide alors que vous êtes sous la surveillance continue et personnelle d'un médecin. Si vous êtes en mise à pied temporaire au moment de votre invalidité, le versement des prestations ne débute qu'à votre rappel au travail, à la condition que le délai de carence soit écoulé.

Le versement des prestations débute à la fin du délai de carence, au premier jour de l'invalidité causée par un accident ou d'une hospitalisation, et au huitième jour de l'invalidité due à une maladie. Les versements se poursuivent aussi longtemps que vous demeurez totalement invalide, jusqu'à concurrence de la période maximale précisée dans le *Sommaire des garanties*. Aucune prestation n'est versée entre la 2^e et la 16^e semaine inclusivement si vous êtes admissible aux prestations de maladie de l'assurance-emploi.

Montant des prestations

Le montant de l'indemnité hebdomadaire est celui précisé dans le *Sommaire des garanties* en vigueur lorsque vous devenez invalide. L'indemnité hebdomadaire est réduite de toute somme qui vous est versée en raison de l'invalidité en vertu de n'importe quelle loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail (ou toute loi semblable) et de toute indemnité de manque à gagner qui vous est versée en vertu de la *Loi sur la Société de l'assurance automobile du Québec*. Les prestations pour moins d'une semaine sont calculées au taux quotidien d'un septième de la prestation hebdomadaire en vigueur.

Il n'existe aucune déduction pour l'invalidité partielle ou les prestations de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail pour toute invalidité antérieure ou non reliée.

Prestations d'assurance-emploi

Aucune indemnité hebdomadaire n'est versée entre la 2^e et la 16^e semaine inclusivement si vous êtes admissible aux prestations de maladie de l'assurance-emploi et que vous en recevez. Vous devez fournir la preuve de votre demande et de la réponse de l'assurance-emploi. Si votre invalidité est le résultat d'une maladie non reliée au travail, vous devez immédiatement effectuer une demande de prestations d'assurance-emploi.

Subrogation

Si vous avez le droit de recouvrer des sommes d'une tierce personne à la suite d'une perte de revenus en raison de blessures corporelles pour lesquelles vous avez droit à l'indemnité hebdomadaire, le Fonds en fiducie pour la santé et le bien-être est subrogé à tous vos droits de recouvrement pour la perte de revenu, jusqu'à concurrence de la somme des prestations versées ou payables.

L'administrateur du régime peut, relativement au droit de subrogation du Fonds en fiducie pour la santé et le bien-être, exiger que vous remplissiez un questionnaire et que vous signiez une entente de remboursement. Si le questionnaire rempli et l'entente ne sont pas remis à l'administrateur du régime dans un délai de 30 jours, aucun paiement qui vous est dû en vertu de l'indemnité hebdomadaire ne vous sera versé.

Exclusions

Aucune prestation d'invalidité n'est versée dans les cas suivants :

- en raison de blessures corporelles que l'assuré s'inflige intentionnellement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- en raison d'une guerre (déclarée ou non), du service dans les forces armées de n'importe quel pays ou de la participation à une émeute, à une insurrection ou à des mouvements populaires;
- en raison de la perpétration ou d'une tentative de perpétration d'un acte criminel;
- en raison d'un traitement ou d'une chirurgie esthétiques, à moins que le traitement ou la chirurgie soit requis à la suite d'un accident;
- durant un congé de maternité où vous êtes admissibles à des prestations de maladie de l'assurance-emploi;
- durant la période où vous êtes admissible à des prestations d'invalidité en raison de toute autre police collective d'assurance-invalidité prolongée;
- pour toute période au cours de laquelle vous ne participez pas et ne coopérez pas à un programme de traitement raisonnable et habituel en fonction de la nature de l'invalidité, prescrit et administré à la fréquence requise par un médecin dûment autorisé;
- pour toute période au cours de laquelle la blessure ou l'invalidité résulte d'un abus de substances incluant l'alcoolisme et la pharmacodépendance, sauf si vous participez à un programme de désaccoutumance reconnu; ou
- en raison d'une invalidité résultant d'un accident alors que vous conduisiez un véhicule moteur et que votre taux d'alcoolémie excédait 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang (0,08 %).

Invalidité récidivante

Si vous devenez à nouveau invalide durant les 14 jours suivant votre retour au travail et que l'invalidité est attribuable à la même cause ou à une cause connexe, le versement des prestations pour le reste de la période de prestation reprend immédiatement.

Prolongation des prestations à la suite de la cessation

Si vous êtes totalement invalide à la date de fin de l'indemnité hebdomadaire, la couverture se poursuit comme si elle était toujours en vigueur, à condition que l'invalidité soit continue et que vous soyez admissible aux prestations d'invalidité prolongée. Veuillez consulter la section *Prestation d'invalidité prolongée*.

Imposition

En vertu des règlements sur l'impôt, les prestations pour la perte de revenu sont soumises à l'impôt fédéral et à l'impôt provincial sur le revenu. L'impôt est retenu de votre chèque et remis au gouvernement

compétent. À la fin de l'année, un *formulaire T4A supplémentaire* et le *Relevé 1*, le cas échéant, sont émis et doivent être annexés à votre déclaration de revenus.

Prestation d'invalidité prolongée

La garantie en cas d'invalidité prolongée vous offre une sécurité de revenu advenant une invalidité totale qui persiste pendant une longue période.

Cette couverture vous donne droit à des prestations mensuelles si vous devenez totalement invalide pendant que vous êtes assuré en vertu de cette couverture si l'invalidité totale persiste durant le délai de carence, pourvu que vous soyez sous la surveillance continue et personnelle d'un médecin. Si vous satisfaites au délai de carence et que vous avez 64 ans, la période maximale de la garantie est de 12 mois consécutifs.

L'alcoolisme et la toxicomanie sont considérés comme des maladies en vertu de cette couverture, aussi longtemps que vous recevez des soins et des traitements continus approuvés par la Financière Manuvie.

Le versement des prestations débute au terme du délai de carence et se poursuit aussi longtemps que vous êtes totalement invalide et que vous fournissez des preuves d'invalidité totale continue, comme le demande l'assureur, jusqu'à concurrence de la période maximale précisée dans le *Sommaire des garanties*.

Les définitions suivantes s'appliquent :

Médecin désigne une personne dûment autorisée à prescrire et administrer des médicaments ou à effectuer des interventions chirurgicales.

Gains bruts de pré-invalidité désignent vos gains mensuels à la date de début de l'invalidité totale.

Invalidité totale ou totalement invalide signifie que vous êtes incapable d'effectuer vos tâches habituelles dans le cadre de votre emploi durant le délai de carence et les 24 mois suivants.

Par la suite, vous êtes considéré totalement invalide si cette invalidité vous rend incapable d'effectuer les tâches essentielles d'un emploi pour lequel vous êtes qualifié en raison de vos études, de votre formation ou de votre expérience. Cette incapacité doit découler d'une maladie physique ou mentale déterminable sur le plan médical.

Vous ne serez plus considéré comme une personne totalement invalide si vous ne recevez pas, durant cette période, des soins et des traitements d'un médecin légalement qualifié.

Montant de la prestation

Le montant de la prestation d'invalidité prolongée versée est précisé dans le *Sommaire des garanties*. Le versement de prestations pour une période de moins d'un mois est calculé au taux quotidien de 1/30^e du revenu mensuel pertinent.

Intégration aux autres prestations

La prestation d'invalidité prolongée précisée dans le *Sommaire des garanties* qui vous sera versée est réduite de toute prestation d'invalidité à laquelle vous êtes admissible en vertu de toute loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail ou d'une loi semblable. De plus, la prestation est réduite du total de la prestation d'invalidité prolongée et des montants précisés ci-après qui excèdent 85 % de vos gains bruts de pré-invalidité :

- toute prestation d'invalidité qui vous est versée au titre du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec ou d'un régime d'un autre pays qui comporte une entente réciproque avec le Régime de pensions du Canada ou le Régime de rentes du Québec, à l'exception des

prestations pour personnes à charge qui vous sont payables en vertu de ces régimes et à l'exception des rajustements du coût de la vie effectués par ces régimes après le début du versement des prestations en vertu de cette disposition;

- toute prestation d'invalidité ou de retraite qui vous est versée en vertu d'une assurance collective ou d'un régime de retraite disponible par l'entremise d'un emploi ou d'une association professionnelle;
- toute prestation d'invalidité ou de manque à gagner, si elle est autorisée par la loi, qui vous est versée en vertu d'une assurance automobile, sans égard à la responsabilité;
- toute indemnité de remplacement de revenu versée en vertu d'une loi ou d'un régime gouvernemental ou par un organisme connexe, mais à l'exclusion des prestations payables par la Commission de l'assurance-emploi;
- tout montant versé par un employeur, tel que la continuation de salaire ou les prestations de fin d'emploi ou de vacances, qui débute à la date ou suivant la date du début de l'invalidité totale pour laquelle des prestations sont versées en vertu de cette disposition, à moins de fournir une preuve à la Financière Manuvie que votre demande de prestations a été refusée;
- tout revenu touché pendant la participation à un programme de réadaptation;
- revenu d'un travail indépendant.

Si vous participez à un programme de réadaptation, votre revenu mensuel total durant l'invalidité ne saurait excéder 100 % de vos revenus mensuels bruts au moment où a débuté l'invalidité. Si votre revenu dépasse 100 %, la garantie en cas d'invalidité prolongée est réduite de l'excédent.

Subrogation

Si vous avez le droit de recouvrer des sommes d'un tiers à la suite d'une perte de revenus en raison de blessures corporelles pour lesquelles vous avez droit à la prestation d'invalidité prolongée, la Financière Manuvie sera subrogée à tous vos droits de recouvrement pour la perte de revenu, jusqu'à concurrence de la somme des prestations qui sont versées ou payables en vertu de cette disposition.

La compagnie peut exiger que vous remplissiez un questionnaire et que vous signiez une entente de remboursement. Si le questionnaire dûment rempli et l'entente ne sont pas remis à la Financière Manuvie dans les 30 jours suivant la demande, aucun paiement qui vous est dû en vertu de la prestation d'invalidité prolongée ne vous sera versé.

Exonération des primes

À partir du premier mois complet du début des versements de prestations, la Financière Manuvie exonérera toutes les primes qui sont dues en vertu de cette couverture. Les prestations se poursuivront chaque mois de couverture pour lequel un versement est dû.

Réadaptation

La Financière Manuvie pourrait recommander un programme de réadaptation pour les membres touchant des prestations d'invalidité prolongée. Elle vous fera part par écrit de son approbation du programme, ainsi que l'envergure de son appui à cet égard.

Chacun des programmes suivants pourrait être considéré comme admissible à titre de programme de réadaptation :

- l'emploi à temps partiel du membre;
- un programme de formation professionnelle structurée;
- tout autre programme de formation jugé convenable par la Financière Manuvie.

Les prestations d'invalidité prolongée continueront d'être versées au membre qui participe à un programme de réadaptation approuvé par la Financière Manuvie pour une durée maximale de 24 mois consécutifs.

Tous les frais raisonnables et habituels encourus par le membre en rapport avec le programme et pour lequel il a reçu préalablement l'approbation de la Financière Manuvie seront remboursés par celle-ci. Les frais qui sont remboursés par les programmes gouvernementaux ou par un autre assureur ne seront pas remboursés par l'assureur.

Les prestations brutes, moins les déductions, sont en outre réduites de 50 % de tous les gains reçus pour emploi en vertu du programme de réadaptation, sous réserve des maximums de toute source indiquée dans la section *Intégration aux autres prestations*.

La participation du membre à un programme de réadaptation prend fin à la première des dates suivantes :

- à la date où il cesse d'être totalement invalide;
- à la date à laquelle il aura terminé le programme de réadaptation; ou
- à la date où la Financière Manuvie déterminera qu'il ne participe pas au programme de réadaptation comme il a été convenu entre le membre et l'assureur.

Si le membre est admissible à toutes les prestations et qu'il opte pour une profession différente moins bien rémunérée et non liée au programme de réadaptation décrit ci-dessus, les prestations brutes, moins les réductions, seront réduites d'une autre tranche de 50 % des gains provenant de l'occupation choisie moins bien rémunérée, sous réserve de la section *Intégration aux autres prestations*.

Exclusions

Aucune prestation d'invalidité prolongée n'est versée :

- en raison d'une invalidité résultant de blessures corporelles que l'assuré s'est infligé lui-même ou d'une maladie ou tentative de suicide de l'assuré, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- en raison de blessures corporelles ou d'une maladie qui se produit quand l'assuré sert activement dans les forces armées d'un pays, État ou organisation internationale, ou résultant de la guerre ou d'un acte de guerre, que celle-ci soit déclarée ou non;
- en raison d'une invalidité résultant de la participation à la perpétration d'un acte criminel;
- en raison de blessures corporelles ou d'une invalidité résultant de la consommation abusive d'alcool ou d'autres drogues, à moins que vous participiez à un programme de désintoxication reconnu;
- pendant une période d'incarcération dans un établissement pénitentiaire ou d'une hospitalisation dans un hôpital ou un établissement similaire par suite de procédures judiciaires;
- pendant une période d'invalidité durant laquelle vous étiez sous les soins d'un thérapeute, à moins que le traitement soit recommandé par un médecin jugé compétent par la Financière Manuvie;
- en raison d'une invalidité résultant d'un accident survenu alors que vous conduisiez un véhicule automobile et que votre sang contenait plus de 80 milligrammes d'alcool pour 100 millilitres de sang (0,08 %);
- pendant une période de congé, y compris le congé de maternité;
- en raison de votre refus de participer à un programme de réadaptation jugé approprié par la Financière Manuvie, le médecin traitant ou un médecin indépendant; ou
- pendant une partie de la période d'invalidité durant laquelle vous ne participez pas à un programme de traitement recommandé par votre médecin.

Fin des prestations

Le versement des prestations en vertu de cette couverture cesse à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle vous cessez d'être totalement invalide;
- la date à laquelle vous exercez un emploi rémunérateur autre que celui approuvé dans le but de la réadaptation;
- la date à laquelle les prestations ont été versées, jusqu'à concurrence de la période maximale de prestations précisée dans le *Sommaire des garanties* pour toute période d'invalidité totale;
- la date du paiement de la prime qui correspond ou qui suit votre 65^e anniversaire de naissance;
- la date de votre décès; ou
- la date à laquelle, comme le détermine la Financière Manuvie, vous ne fournissez pas de preuve satisfaisante de votre invalidité totale continue ou vous ne subissez pas l'examen médical requis par cet assureur.

Invalidité récidivante

Si vous devenez à nouveau invalide dans les six mois suivant votre retour au travail et que cette invalidité est attribuable à la même cause ou à une cause connexe, cette période d'invalidité totale subséquente sera considérée comme une continuation de la période d'invalidité totale antérieure. Si vous retournez au travail pendant une journée complète et que vous devenez invalide, et que cette invalidité est attribuable à une cause différente et non connexe, vous commencez une nouvelle période d'invalidité.

Prolongation des prestations après la cessation

Si vous êtes totalement invalide à la date où votre assurance-invalidité prolongée prend fin, la couverture se poursuivra comme si elle était toujours en vigueur, à condition que l'invalidité soit continue.

Procédure d'appel

Si vous en appelez du refus ou de la cessation de l'invalidité prolongée, vous devez soumettre à l'assureur un avis d'appel écrit. L'avis doit être présenté à la Financière Manuvie dans les 60 jours suivant la date de l'avis de refus/cessation de l'assureur. Il faut lui présenter des documents médicaux ou autres à l'appui de votre appel dans les six mois de la date de l'avis de refus/cessation. Les dépenses encourues en rapport avec l'obtention de la documentation d'appui sont à votre charge.

Si la disposition ci-dessus est en conflit avec les lois applicables de votre province de résidence, elle sera réputée modifiée pour être conforme aux exigences minimales de la loi.

Imposition

En vertu des règlements de l'impôt, les prestations pour la perte de revenu sont soumises à l'impôt fédéral et à l'impôt provincial sur le revenu. L'impôt est retenu de votre chèque et remis aux gouvernements compétents. À la fin de l'année, un *formulaire T4A supplémentaire* et le *Relevé 1*, le cas échéant, sont émis et doivent être annexés à votre déclaration de revenus.

Assurance-maladie complémentaire

L'assurance-maladie complémentaire aide à assumer les coûts des frais médicaux admissibles encourus par vous et les membres assurés de votre famille. Les frais admissibles qui ne sont pas couverts par votre régime provincial d'assurance-maladie vous sont remboursés, sous réserve de la franchise, de la coassurance et des maximums, le cas échéant, précisés dans le *Sommaire des garanties*.

Les frais admissibles jugés raisonnables et nécessaires et encourus à la suite de la recommandation préalable d'un médecin autorisé à exercer sa profession sont remboursés.

Franchise

La franchise précisée dans le *Sommaire des garanties* correspond au montant total des frais admissibles que vous devez absorber chaque année civile avant de recevoir un remboursement en vertu de ce régime.

Réseau de fournisseurs préférés (RFP)

Coughlin & associés Ltée a conclu une entente avec des pharmacies de tout l'Ontario. Les pharmacies membres du réseau réduisent les frais d'exécution d'ordonnance et leur marge bénéficiaire brute sur certains médicaments afin de réduire le coût des médicaments d'ordonnance pour vous et votre régime. Pour de plus amples renseignements à ce sujet, veuillez communiquer avec Coughlin & associés Ltée ou consulter son site Web à l'adresse www.coughlin.ca. La page d'accueil vous permet de faire une recherche pour trouver la pharmacie du RFP la plus proche en utilisant votre code postal. Il vous est conseillé d'utiliser le RFP dans la mesure du possible. Vous devez vous identifier comme membre du RFP lorsque vous soumettez une ordonnance.

Carte-médicament à paiement direct

Les membres et leurs personnes à charge peuvent se prévaloir du traitement immédiat de leurs demandes de règlement pour médicaments d'ordonnance dans toute pharmacie canadienne en utilisant la carte-médicament à paiement direct fournie par Express Scripts Canada.

Grâce à la carte-médicament à paiement direct, vos demandes de règlement pour médicaments d'ordonnance seront traitées en quelques secondes à la pharmacie de votre choix pendant que vous attendez. Présentez simplement la carte à votre pharmacien au moment de régler l'achat d'un médicament d'ordonnance. Il n'y a aucun formulaire à compléter.

L'équivalent générique d'un médicament de marque sera automatiquement distribué et le plan remboursera en fonction du prix générique, sauf si le médecin a indiqué que le patient a une réaction indésirable au médicament générique.

Si vous bénéficiez de la couverture individuelle, vous recevrez une carte médicament à paiement direct. Si vous bénéficiez de la couverture familiale, vous en recevrez deux; une pour vous et une pour votre conjoint(e). Note : Seul le nom de la personne assurée apparaît sur chaque carte.

Une carte additionnelle sera émise au nom de chaque personne à charge admissible âgée entre 21 ans et 24 ans inclusivement qui fréquente un collège ou une université à temps plein.

Pour obtenir une carte supplémentaire, ou si votre carte est perdue ou volée, communiquez avec Coughlin & associés Ltée au (613) 231-2266.

Frais admissibles (au Canada)

Médicaments d'ordonnance

- Les médicaments, sérums, vaccins et préparations injectables qui nécessitent une ordonnance d'un médecin ou dentiste et qui sont délivrés par un pharmacien, un médecin ou un dentiste, pour autant que la quantité fournie ne dépasse pas les besoins correspondants à trois mois de traitement à la fois. Les contraceptifs sont soumis à une provision maximale d'une année. Certains médicaments admissibles peuvent nécessiter l'autorisation préalable de l'administrateur. L'équivalent générique d'un médicament de marque sera automatiquement distribué et le plan remboursera en fonction du prix générique, sauf si le médecin a indiqué que le patient a une réaction indésirable au médicament générique. Un formulaire spécial devra être complété par le médecin pour l'administrateur du régime.
- Les préparations de médicaments composés : lorsqu'au moins un des ingrédients ne peut être dispensé que sous ordonnance et qu'il est admissible en vertu du présent contrat.
- Les frais pour les produits remplaçant la nicotine sont remboursés tel qu'indiqué dans le *Sommaire des garanties*. L'ordonnance d'un médecin est requise pour le timbre et la gomme à la nicotine.
- Les inducteurs de l'ovulation sont remboursés tel qu'indiqué dans le *Sommaire des garanties*. Cette limite ne s'applique pas aux médicaments en rapport avec l'insémination artificielle et la fécondation in-vitro s'ils sont inscrits au registre de la Régie d'assurance-maladie du Québec (RAMQ).
- Les médicaments pour le dysfonctionnement érectile sont remboursés tel qu'indiqué dans le *Sommaire des garanties*.
- Le Xenical® est couvert, s'il est prescrit pour des motifs autres qu'esthétiques.
- Les sérums antiallergiques.
- Les médicaments et fournitures disponibles sans ordonnance sont remboursés s'ils sont requis à la suite d'une colostomie ou d'une iléostomie, ou pour le traitement de la mucoviscidose, du diabète, de la maladie de Parkinson ou d'une cardiopathie.
- Les produits de viscosupplémentation (tels Synvisc®, Neovisc®, ou Replasyn®) sont remboursés tel qu'indiqué dans le *Sommaire des garanties*.
- Les médicaments administrés à l'hôpital ne sont pas couverts.
- Seuls les médicaments d'ordonnance autres que pour utilisation esthétique sont remboursés.
- Tous les médicaments qui figurent sur la liste du formulaire de la RAMQ.

Aucun remboursement n'est versé pour les médicaments d'ordonnance si le membre ou le (la) conjoint(e) est admissible à un remboursement en vertu d'un régime provincial d'assurance-maladie. Les membres de 65 ans et plus doivent souscrire à un régime provincial lorsque celui-ci est disponible. La franchise provinciale et les frais de participation aux coûts sont inclus comme dépenses admissibles.

Même si le régime rembourse 90 % de tous les frais des médicaments, les membres qui résident au Québec peuvent demander le remboursement des 10 % impayés auprès de la RAMQ. Les membres résidant dans la province de Québec doivent fournir une preuve du paiement de la dépense maximale de la RAMQ avant que le remboursement ne puisse se faire dans le cadre de ce plan.

Fournitures médicales

Le régime rembourse les frais liés aux fournitures et dépenses médicales suivantes, sur la recommandation d'un médecin qualifié et autorisé :

- l'achat ou la location (mais non la réparation ou le remplacement) d'un membre ou d'un œil artificiel ou d'un corset dorsal lorsque la perte du membre ou de l'œil a lieu alors que la personne est couverte en vertu de ce régime. La couverture est limitée tel qu'indiqué dans le *Sommaire des garanties*;
- l'achat ou la location (mais non la réparation ou le remplacement) d'un appareil orthopédique pour un membre, de plâtres, d'attelles, d'un stimulateur cardiaque électronique, de bandages herniaires ou de béquilles (l'appareil orthopédique doit être fabriqué de matériau rigide ou semi-rigide et nécessaire aux activités normales de la vie quotidienne et non seulement pour pratiquer un sport ou d'autres activités connexes);

- l'achat ou la location d'une marchette, d'un fauteuil roulant, d'un lit d'hôpital ou d'un poumon d'acier. La recommandation du médecin doit indiquer le diagnostic médical;
- l'achat ou la réparation de supports plantaires fabriqués sur mesure. La couverture est limitée tel qu'indiqué dans le *Sommaire des garanties*. La recommandation du médecin doit indiquer le diagnostic médical;
- l'achat ou la réparation de chaussures orthopédiques fabriquées sur mesure, des sous-bouts, des talons compensés ou des attelles Dennis Brown. La couverture est limitée tel qu'indiqué dans le *Sommaire des garanties*. La recommandation du médecin doit indiquer le diagnostic médical;
- les bas de contention achetés à un magasin de fournitures médicales. La couverture est limitée tel qu'indiqué dans le *Sommaire des garanties*. Une prescription indiquant le nom de marque et le taux de compression est nécessaire ainsi que le diagnostic médical;
- les fournitures requises à la suite d'une colostomie ou d'une iléostomie ou requises pour le traitement de la mucoviscidose, de la maladie de Parkinson, de la maladie de Crohn et du diabète;
- le glucomètre et les bandelettes d'analyse pour épreuve de la glycémie. La couverture est limitée tel qu'indiqué dans le *Sommaire des garanties*;
- l'achat d'une prothèse mammaire et d'un ou des soutiens-gorges requis à la suite d'une mastectomie, tel qu'indiqué dans le *Sommaire des garanties*;
- l'achat ou la location d'un CryoCuff ou d'un appareil de mouvements passifs continus. La couverture est limitée tel qu'indiqué dans le *Sommaire des garanties*;
- l'achat ou la location d'un neurostimulateur transcutané. La couverture est limitée tel qu'indiqué dans le *Sommaire des garanties*. La recommandation du médecin doit indiquer le diagnostic médical et la durée prévue du traitement;
- l'achat de perruques ou de postiches par suite de la perte de cheveux en raison d'un état pathologique. La couverture est limitée tel qu'indiqué dans le *Sommaire des garanties*;
- la circoncision. La couverture est limitée tel qu'indiqué dans le *Sommaire des garanties*;
- le plasma sanguin, le sang ou les substituts de sang et leur administration;
- une prothèse auditive sur ordonnance de l'otorhinolaryngologiste traitant certifié. La couverture est limitée tel qu'indiqué dans le *Sommaire des garanties*. Cela ne comprend pas les frais de réparation ou d'entretien, les piles ou les chargeurs ou tout autre accessoire semblable. Si la perte auditive est liée au travail, nous vous encourageons à demander un remboursement de la CSPAAT (Ontario) ou de la CSST (Québec);
- les bouchons d'oreille moulés fabriqués sur mesure. La couverture est limitée tel qu'indiqué dans le *Sommaire des garanties*;
- l'achat ou la location d'équipement d'oxygène; et
- les dispositifs intra-utérins tel qu'indiqué dans le *Sommaire des garanties*.

Il est fortement conseillé de soumettre un estimé des coûts, ainsi que toute documentation étayant la demande, avant d'engager des frais. Tout équipement dûment autorisé sera remboursé en fonction de la date à laquelle le prix de l'article fut entièrement réglé.

Services diagnostiques

Les rayons X, les analyses de laboratoire diagnostique et les traitements aux rayons X ou au radium (non applicable durant l'hospitalisation).

Infirmière autorisée

Le régime rembourse les soins externes d'une infirmière autorisée qui n'est par parent avec vous par le sang ou le mariage et qui ne réside pas normalement avec vous ou l'une des personnes à votre charge. Cependant, si vous êtes un membre à la retraite, les frais admissibles sont tel qu'indiqué dans le *Sommaire des garanties*. L'approbation préalable de l'administrateur du régime est requise.

Services paramédicaux

Les soins professionnels des praticiens autorisés, diplômés et certifiés suivants (qui œuvrent dans leur domaine reconnu dans la province où ils sont autorisés et ne soignent pas un membre de leur famille

immédiate). La couverture est limitée tel qu'indiqué dans le *Sommaire des garanties*. Le remboursement sera calculé d'après les dates où les services sont rendus. Si vous optez pour un paiement en bloc des services, le remboursement sera effectué à la fin de la durée du contrat pour autant que vous soumettiez tous les reçus et une copie du contrat. Tous les reçus doivent clairement indiquer les noms de ceux qui ont pris part aux séances/services.

Veillez noter que les formulaires et rapports demandés par une tierce partie ne seront pas remboursés.

Praticien

Acupuncteur	Ostéopathe
Audiologiste	Physiothérapeute
Chiropraticien	Podiatre
Masseur	Psychologue
Naturopathe	Orthophoniste

* Les services d'un psychologue ne sont pas soumis au facteur de la coassurance.

** Payable au premier dollar (il ne faut pas d'abord satisfaire au plafond provincial)

Centre de désintoxication

Les frais d'hospitalisation pour couvrir le traitement de l'alcoolisme et de la pharmacodépendance dans un centre de traitement résidentiel approuvé par la province, jusqu'à un maximum de 28 jours par hospitalisation pour le traitement de l'alcoolisme, et jusqu'à un maximum de 92 jours par hospitalisation pour le traitement de la pharmacodépendance, pour les frais habituels. La recommandation d'un médecin est requise.

Soins dentaires (résultant d'une blessure accidentelle)

La réparation ou le remplacement de dents naturelles par suite d'une blessure accidentelle, quand la personne est couverte par le régime. Le traitement doit débuter dans les 90 jours suivant la date de la blessure. Le remboursement est calculé selon le guide des tarifs en vigueur de l'association dentaire (de la province où le traitement a lieu) et selon le traitement le moins onéreux susceptible de produire un résultat professionnel approprié. Aucun remboursement n'est versé pour un traitement qui a lieu plus de deux ans après la date de la blessure.

Transport

Les frais d'ambulance terrestre ou aérien autorisée servant au transport d'une personne en cas d'urgence ou pour suivre un traitement en milieu hospitalier :

- de l'endroit où la personne a subi l'accident ou la maladie, vers l'hôpital le plus proche où le traitement médical approprié est disponible;
- d'un hôpital à un autre;
- d'un hôpital au domicile de la personne.

Prestations de soins de la vue

Le remboursement des lunettes est calculé d'après la date à laquelle les articles ont été payés intégralement.

La couverture ne comprend aucune franchise ni facteur de coassurance. Le régime rembourse les frais tel qu'indiqué dans le *Sommaire des garanties*.

Vous pouvez demander le remboursement des frais encourus pour des lunettes et des lentilles cornéennes, mais non les deux, en plus des frais de lunettes de sécurité, durant une période de 24 mois consécutifs.

À l'étranger

Les frais encourus à l'étranger ne sont pas remboursés en vertu de ce régime. Toutefois, si vous êtes un membre en règle et que vous travaillez chez un entrepreneur de l'Association unie aux États-Unis, vos médicaments d'ordonnance peuvent être couverts pendant que vous êtes à l'étranger jusqu'à un maximum viager de 10 000 \$ et sous réserve de l'approbation du Conseil des fiduciaires.

En dehors de la province, mais au Canada

Les frais engagés en dehors de la province, mais au Canada, sont admissibles comme s'ils avaient été engagés et avaient été admissibles dans la province de résidence pour autant que :

- le traitement soit requis par suite d'une urgence ou d'une maladie soudaine, si la personne assurée est temporairement en dehors de la province pour affaires, pour des vacances ou des études ou formation complémentaires;
- la personne assurée ne puisse obtenir les soins médicaux requis dans sa province de résidence et doit avoir recours à ce traitement ailleurs.

La prestation se limite à un maximum viager de 10 000 \$ pour les membres retraités.

Frais non remboursés

- Les frais encourus à la suite de blessures corporelles que l'assuré (sain d'esprit ou non) s'inflige intentionnellement ou à la suite de la perpétration ou d'une tentative de perpétration d'un acte criminel.
- Les soins dentaires, à l'exception des prestations précisées dans la section *Garantie d'assurance pour soins dentaires* ou de la section *Soins dentaires (résultant d'une blessure accidentelle)*.
- Le traitement esthétique, à moins d'être requis par suite d'une blessure corporelle accidentelle subie quand la personne était assurée en vertu de cette couverture.
- Toute blessure ou maladie pour laquelle la personne assurée peut toucher une indemnité ou une compensation en vertu d'une loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail.
- Les frais encourus pour le traitement requis par suite de la guerre (déclarée ou non), du service dans les forces armées de n'importe quel pays ou de la participation à une émeute, à une insurrection ou à des mouvements populaires.
- Les services, traitements ou fournitures admissibles en vertu du régime et remboursables en vertu d'un programme gouvernemental, que l'assuré soit ou non couvert par un tel programme. L'administrateur du régime ne rembourse que la différence entre le montant admissible en vertu du programme gouvernemental et le montant admissible en vertu de ce régime.
- Les examens et services pour satisfaire aux exigences d'un tiers.
- Les voyages pour des raisons de santé.
- Les frais de services, de soins et de fournitures pour lesquels il n'y aurait pas de frais s'il n'y avait pas de couverture en vertu de ce régime.
- Le remplacement d'une prothèse perdue, égarée ou volée.
- Les médicaments, les sérums, les solutions injectées et les fournitures qui ne sont pas approuvés par le ministère de la Santé du Canada (Direction des aliments et drogues), ou qui sont expérimentaux ou limités dans leur usage, que ce dernier soit autorisé ou non.
- Les médicaments brevetés ou les spécialités pharmaceutiques, les aliments naturels et diététiques et les produits nutritionnels.
- Les frais d'hospitalisation.

- Les frais d'administration de médicaments.
- Les frais requis pour les loisirs ou les sports.
- Les traitements de médecine expérimentale ou les méthodes de traitement qui n'ont pas été approuvés par l'Association médicale canadienne ou une association connexe de médecine spécialisée.
- Les diaphragmes et les pompes tire-lait.

Note :

Les demandes de règlement soumises par télécopie seront refusées.

Remise en vigueur de la garantie viagère maximale

Si une personne a déjà atteint la garantie viagère maximale, elle peut fournir une preuve d'assurabilité à l'administrateur du régime. Si la demande est approuvée, la protection sera de nouveau en vigueur. Si la demande est refusée, un maximum de 1 000 \$ par personne par année civile s'appliquera.

Prolongation de la couverture après la cessation

Cette garantie se termine normalement lorsque votre couverture prend fin. Cependant, si, à cette date, vous êtes totalement invalide ou si une de vos personnes à charge est hospitalisée, cette couverture est maintenue pour la durée de votre invalidité ou de l'hospitalisation jusqu'à la fin de l'année civile qui suit l'année de cessation de votre emploi. Les prestations cesseront à la résiliation de la police collective.

Pour être considéré comme étant totalement invalide, vous devez être incapable, en raison d'une blessure ou d'une maladie, d'exercer un emploi rémunérateur pour lequel vous avez la compétence ou pour lequel vous pourriez acquérir la compétence en raison de votre formation, de vos études ou de votre expérience.

Garantie d'assurance pour soins dentaires

La garantie d'assurance pour soins dentaires sert à assumer le coût de certains frais dentaires admissibles engagés par vous et les membres assurés de votre famille. Pour être admissible, le traitement dentaire doit être recommandé et prodigué par un dentiste ou un hygiéniste dentaire indépendant. Le remboursement ne doit pas dépasser les tarifs du guide des tarifs dentaires applicables pour le traitement le moins onéreux susceptible de produire un résultat professionnel approprié.

Guide des tarifs

Le *guide des tarifs* désigne le guide des tarifs de l'association des dentistes omnipraticiens en vigueur dans la province où le traitement ou service a été prodigué, et en vigueur pour l'année civile précisée dans le *Sommaire des garanties*. S'il n'existe pas de guide de tarifs applicable dans cette province ou ce territoire, le guide des tarifs de l'Ontario servira à calculer le remboursement.

Traitement substitutif

Dans certains cas, un autre traitement peut être disponible. Il vous incombe à vous et à votre dentiste de choisir le traitement approprié. Afin de déterminer sa responsabilité, l'administrateur du régime se réserve le droit de rembourser le traitement le moins onéreux susceptible de produire un résultat professionnel approprié. La disposition d'indemnisation de remplacement ne s'applique pas aux dispositions, services ou dispositifs exclus.

Seuls les traitements énumérés sont admissibles.

État de santé antérieur

Les frais admissibles engagés par une personne durant les quatre premiers mois de sa couverture ne sont pas remboursés si ces frais résultent d'un traitement dentaire entamé ou planifié au cours des quatre mois qui précèdent le début de la couverture de cette personne.

Plan de traitement ou estimation

Pour que vous et votre dentiste sachiez à l'avance la portion qui sera remboursée par le régime et la portion qui sera assumée par le membre, il est recommandé de soumettre un plan de traitement à l'administrateur du régime dans le cas d'un traitement de plus de 500 \$. Le plan confirmera, avant le début du traitement, la couverture, les restrictions pour certains services, les plafonds et le guide des tarifs en vigueur. Il ne vise pas à limiter le choix du dentiste, à vous imposer un traitement, à établir les coûts ou à garantir le remboursement après la cessation de la couverture.

Un plan de traitement est un rapport écrit (comprenant les radiographies, au besoin) du dentiste énonçant les soins dentaires requis par le patient, une description écrite du traitement nécessaire selon le jugement professionnel du dentiste et le coût du traitement proposé.

Franchise

La franchise précisée dans le *Sommaire des garanties* correspond au montant total des frais admissibles que vous devez absorber chaque année civile avant de toucher un remboursement en vertu de ce régime. Si la franchise à l'égard de l'assurance-maladie complémentaire a déjà été payée, celle des frais dentaires ne sera pas requise et vice versa.

Frais admissibles

Soins de base et préventifs

- Les services suivants sont admissibles au remboursement, une fois toutes les années civiles :
 - l'examen de rappel (une fois par année civile);
 - les radiographies interproximales (une fois par année civile);
 - la prophylaxie/polissage (maximum d'une unité de 15 minutes par année civile);
 - l'application topique d'une substance anticancérigène.
- Un examen buccodentaire complet (une fois tous les 24 mois consécutifs).
- Des radiographies dentaires, à l'exception des radiographies panoramiques et d'une série buccale complète de radiographies qui sont chacune limitées à une fois tous les 24 mois consécutifs.
- Les consultations dentaires.
- Les protège-dents et un appareil initial de maintien d'espace et sa mise en place pour les dents primaires manquantes.
- L'équilibration occlusale.
- Les scellants de puits et fissures uniquement pour les molaires permanentes des enfants à charge de moins de 18 ans, par dent, à vie.
- Les obturations en amalgame, silicate, résine acrylique ou composite, sauf les facettes.
- Les tenons, les couronnes préfabriquées en acier inoxydable et les couronnes en polycarbonate.
- Les antibiotiques injectés sur l'ordonnance d'un dentiste.

Note :

Les frais admissibles pour les services prodigués par un hygiéniste dentaire sous la surveillance d'un dentiste ou d'un hygiéniste dentaire indépendant sont couverts.

Soins endodontiques, parodontaux et chirurgie buccale

- Les soins endodontiques comprenant le traitement des maladies de la chambre pulpaire et le traitement radiculaire (traitement de canal), notamment le blanchiment des dents dévitalisées.
- Les soins parodontaux comprenant le traitement des maladies des tissus mous (gencives) et des os qui entourent le collet de la dent.
- L'extraction sans complication de dents à éruption complétée et l'extraction chirurgicale de dents incluses et de racines résiduelles.
- L'anesthésie générale requise en rapport avec la chirurgie dentaire ou les extractions.
- La chirurgie buccale non comprise dans la section *Soins de base et préventifs*.
- Le détartrage thérapeutique jusqu'à un plafond de huit unités (15 minutes par unités) par année civile.

Restaurations majeures

- Une prothèse amovible partielle ou complète, une prothèse fixe ou autre :
 - si nécessaire à la suite de l'ablation d'au moins une dent naturelle si la personne est assurée en vertu de cette couverture;
 - lorsque la prothèse existante a été mise en place temporairement et est remplacée par une prothèse permanente ou un pont dans les 12 mois suivant la mise en place de la prothèse temporaire; ou
 - lorsque la prothèse existante date d'au moins cinq ans et ne peut plus servir (ne s'applique pas aux prothèses amovibles).

- Les incrustations en métal, les incrustations avec recouvrement et les couronnes, une fois tous les cinq ans.
- Les réparations d'un pont, couronne, incrustation et incrustation avec recouvrement, une fois tous les cinq ans.
- Les facettes pour des raisons non esthétiques.
- La réparation, le rebasage et le regarnissage de la prothèse.
- L'ajustement de la prothèse, à l'exception des ajustements mineurs qui sont limités à un tous les six mois consécutifs.
- Le remplacement des prothèses une fois tous les cinq ans.
- Les implants dentaires (payable en vertu de la disposition d'indemnisation de remplacement).

Note :

Les frais admissibles pour les services prodigués par un denturologiste autorisé dans les limites de son permis d'exercer sont couverts.

Soins orthodontiques

Les soins orthodontiques sont remboursés tel qu'indiqué dans le *Sommaire des garanties* pour les enfants à charge de 18 ans ou moins. La couverture est limitée tel qu'indiqué dans le *Sommaire des garanties*.

- Examen orthodontique.
- Clichés diagnostiques et modèles.
- Observations, ajustements et appareils orthodontiques.
- Paiement pour le traitement continu en cours.
- Frais de laboratoire connexes.

Un plan de traitement orthodontique doit être présenté avant la première demande de règlement. Le remboursement des frais orthodontiques initiaux ne dépassera pas 35 % du coût total de traitement. Le solde des frais pourra être remboursé mensuellement pendant la durée du traitement actif décrit dans le plan. Le remboursement des honoraires mensuels reposera sur le montant ou la date du paiement, en cas de différence par rapport au plan de traitement.

Frais non remboursés

- Les soins et les frais encourus à la suite d'une blessure que l'assuré, sain d'esprit ou non, s'inflige intentionnellement ou à la suite de la perpétration ou d'une tentative de perpétration d'un acte criminel.
- Les traitements dentaires reçus à l'étranger.
- Toute blessure ou maladie pour laquelle la personne assurée peut toucher une indemnité ou une compensation en vertu d'une loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail.
- Les frais encourus pour le traitement requis à la suite d'une guerre (déclarée ou non), du service dans les forces armées de n'importe quel pays ou de la participation à une émeute, à une insurrection ou à des mouvements populaires.
- Les frais d'un dentiste pour le déplacement, les rendez-vous non respectés, le transport, l'hébergement et les conseils par téléphone ou par un autre moyen de communication.
- La chirurgie ou le traitement esthétique (reconnu comme tel par l'administrateur du régime), sauf si la chirurgie ou le traitement est nécessaire à la suite de blessures accidentelles. La chirurgie ou le traitement doit débuter dans les 90 jours suivant l'accident.
- Les frais encourus pour les attelles dentaires permanentes.
- Les services, traitements ou fournitures admissibles au remboursement en vertu de ce régime et remboursables en vertu d'un programme gouvernemental, que l'assuré soit couvert ou non par un tel

programme. L'administrateur du régime rembourse la différence entre le montant admissible en vertu du programme gouvernemental et le montant admissible en vertu de ce régime.

- Des traitements dentaires reçus du service dentaire ou médical d'un employeur, d'une association ou d'un syndicat.
- Le remplacement d'une prothèse perdue, égarée ou volée.
- Un examen pour satisfaire aux exigences d'un tiers.
- Les prothèses en porcelaine pour molaires.

Prestations après la fin de votre couverture

Aucune prestation n'est versée pour des soins dentaires encourus après la date de fin de votre couverture. Cette disposition sera en vigueur même si vous aviez présenté un plan de traitement détaillé et que l'administrateur du régime vous avait confirmé le montant des frais admissibles.

Programme d'aide aux membres (PAM)

But du programme

Le PAM offre un service confidentiel aux membres et aux personnes à leur charge qui font face à des problèmes personnels.

L'Association unie, section locale 71, de concert avec l'Ottawa-Hull Building Trades Council, est heureuse de vous offrir un service susceptible de vous aider à résoudre des problèmes tels que :

- le stress causé par des problèmes personnels, familiaux ou professionnels;
- l'épuisement professionnel;
- les problèmes financiers et d'ordre juridique;
- les problèmes d'alcool et de drogues, y compris le traitement, la post-cure et l'aide à la famille;
- la communication;
- la violence familiale;
- l'agression (verbale, sexuelle, physique); ou
- le divorce ou la séparation.

Veillez communiquer avec le coordinateur, Gabriel Chauvin, au téléavertisseur (613) 787-8075 ou au numéro de téléphone (613) 742-7962. Il vous rappellera dès que possible.

Le **caractère confidentiel** du service signifie qu'aucun renseignement transmis à M. Chauvin ne sera divulgué à quiconque, sans votre permission écrite de communiquer un fait précis à une personne précise, à moins que la loi ne l'exige.

Comment soumettre une demande de prestations

Pour faire une demande, procurez-vous le formulaire approprié auprès de l'administrateur du régime. Remplissez le formulaire sans tarder et faites-le parvenir à ce dernier dans les délais prescrits. Les prestations sont versées rapidement si les renseignements requis sont complets et précis.

Parfois, les médecins et dentistes soumettent la demande de prestations directement. Ce procédé occasionne souvent des retards puisque les sections membre et employeur doivent aussi être remplies.

Assurance-vie, assurance-vie pour les personnes à charge, prestations de survivant

Une preuve écrite de l'événement, de la cause et des circonstances de la perte est requise à la date la plus récente des suivantes :

- le 15^e mois suivant la date de la perte;
- 90 jours suivant la date à laquelle la couverture d'assurance de la personne prend fin; ou
- 90 jours suivant la date à laquelle la couverture de la police prend fin.

Garantie en cas de décès ou de mutilation accidentels

En cas de demande de règlement, communiquer immédiatement avec Coughlin & associés Itée qui fournira les renseignements nécessaires.

Un avis de demande de règlement doit parvenir à Chubb Life Insurance dans les 30 jours suivant la date de l'accident, le début de l'invalidité ou après la période de survie, et toute preuve subséquente de réclamation doit être soumise à Chubb Life Insurance dans les 90 jours suivant la date de l'accident ou après la période de survie.

À défaut de soumettre l'avis de demande de règlement ou de fournir la preuve de demande de règlement dans les délais stipulés à la section des conditions de la police d'assurance, la demande de règlement ne sera pas invalidée si l'avis ou la preuve est soumise aussitôt que raisonnablement possible et s'il est prouvé qu'il n'était pas raisonnablement possible de soumettre l'avis ou la preuve dans les délais prévus. En aucun cas Chubb Life Insurance acceptera un avis de demande de règlement au-delà d'un an.

Garantie en cas d'invalidité prolongée

Un avis écrit initial de la demande de prestations doit être remis à l'administrateur du régime dans les 30 jours suivant la fin du délai de carence et une preuve écrite initiale dans les six mois suivant la fin du premier mois après le délai de carence de l'invalidité. Des preuves de l'invalidité totale sont requises périodiquement.

Accès aux documents liés aux garanties souscrites auprès de la Financière Manuvie

Vous et chacune des personnes à votre charge couvertes avez le droit de demander une copie des documents suivants :

- les sections du contrat d'assurance collective ou de l'exposé de régime qui vous concernent, vous et les personnes à votre charge;

- votre demande d'adhésion au régime; et
- toute preuve d'assurabilité que vous avez produite à l'appui de votre demande d'adhésion.

La Financière Manuvie se réserve le droit de vous facturer ces copies après votre première demande.

Délais prescrits dans le cas des actions en justice à l'égard des garanties souscrites auprès de la Financière Manuvie

Vous ne pouvez tenter aucune action en justice contre la Financière Manuvie (à l'égard des garanties souscrites auprès de la Financière Manuvie) dans les 30 jours qui suivent la production des preuves comme il est indiqué à la section *Soumission des demandes de règlement*. Les actions ou instances en recouvrement des sommes exigibles au titre du régime intentées contre la Financière Manuvie sont irrecevables, sauf si elles sont intentées dans les délais prescrits par la Loi sur les assurances ou toute autre loi applicable.

Indemnité hebdomadaire

Un avis écrit de la demande de prestations doit être remis à l'administrateur du régime dans les 90 jours suivant le début de l'invalidité et une preuve écrite dans les 120 jours suivant cette date. Des preuves de l'invalidité totale continue sont requises périodiquement.

Assurance-maladie complémentaire et prestations de soins de la vue

Conservez une liste de tous les frais encourus par vous et les personnes à votre charge. Il importe que les reçus originaux des dépenses admissibles indiquent clairement le nom de la personne pour laquelle les frais ont été encourus.

Si vous encourez des frais, procurez-vous un formulaire de demande de règlement auprès de Coughlin & associés ltée ou dans son site Web à l'adresse www.coughlin.ca. Remplissez soigneusement le formulaire, joignez-y les reçus originaux et faites parvenir le tout à Coughlin & associés ltée.

Afin d'être admissibles au remboursement, les demandes en vertu de l'assurance-maladie complémentaire doivent être envoyées au plus tard à la fin de l'année civile qui suit l'année où vous avez encouru les frais.

Note :

Coughlin & associés ltée conserve tous les reçus originaux.

Garantie d'assurance pour soins dentaires

Des formulaires standard de demande de prestations pour soins dentaires sont disponibles chez tous les dentistes et sont acceptés, pourvu que les renseignements au sujet du membre, de l'employeur et le numéro de police soient clairement indiqués.

Si vous engagez des frais pour soins dentaires, veuillez obtenir un formulaire de Coughlin & associés ltée ou de votre dentiste. Demandez à celui-ci de remplir sa partie, puis remplissez la vôtre et faites parvenir le formulaire à Coughlin & associés ltée aux fins de validation. La preuve écrite de votre demande doit être fournie avant la fin de l'année civile qui suit l'année où vous avez engagé les frais.

Traitement électronique des demandes de prestations pour soins dentaires

Coughlin & associés Ltée traitera votre demande de remboursement pour soins dentaires à l'aide du service de traitement des demandes par échange de données informatisées (EDI). Avec EDI, votre demande peut être envoyée directement du cabinet du dentiste à notre service de règlement des demandes de remboursement.

Notre service EDI fait appel au réseau de données sécurisées de Telus, le réseau spécialisé de traitement des demandes de remboursement parrainé par l'Association dentaire canadienne. Avec Telus, vous pouvez être assuré que les renseignements contenus dans votre demande de remboursement de soins dentaires seront transmis à Coughlin & associés Ltée de façon rapide, sécuritaire et confidentielle, directement du cabinet de votre dentiste.

Pour bénéficier du service EDI de Coughlin, il vous suffit d'indiquer à votre dentiste que Coughlin & associés Ltée est l'administrateur de votre régime et de lui communiquer les codes de sécurité suivants :

- le code d'identification d'entreprise Telus de Coughlin & associés Ltée (également appelé numéro BIN), soit le **610105** sur le réseau Telus;
- votre numéro d'identification de membre; et
- le numéro de police de votre régime collectif d'assurance.

L'administrateur du régime peut vous fournir votre numéro d'identification de membre.

Lorsque votre demande de remboursement de soins dentaires est soumise électroniquement, elle est traitée dans les deux à quatre jours ouvrables suivants. Le service de traitement des demandes de remboursement au comptoir de Coughlin & associés Ltée n'est pas lié à Telus.

Service au comptoir

Pour un traitement et un remboursement immédiats, vous n'avez qu'à soumettre votre formulaire de demande en personne au siège social de Coughlin & associés Ltée, du lundi au vendredi pendant les heures d'ouverture, au 466, chemin Tremblay, à Ottawa, en Ontario K1G 3R1.

Note :

Si votre couverture cesse pour quelque motif que ce soit, vos demandes de prestations d'assurance-maladie complémentaire, de soins de la vue et de soins dentaires doivent être remises à Coughlin & associés Ltée au plus tard 90 jours après la date de cessation de votre couverture.

Dépôt préautorisé

Vous pouvez faire déposer directement dans votre compte bancaire le montant de vos remboursements de soins médicaux et dentaires.

Grâce au programme de dépôt préautorisé de Coughlin, vous pouvez recevoir votre remboursement dans les deux à cinq jours suivant l'approbation de votre demande de règlement pour soins médicaux ou dentaires. Vous n'aurez plus à attendre l'arrivée d'un chèque ni à vous rendre à la banque pour déposer votre chèque de remboursement.

Pour vous inscrire au programme de dépôt préautorisé de Coughlin, il vous suffit de cliquer sur *Formulaire d'autorisation de dépôt direct* à la page d'accueil du site web de Coughlin à l'adresse www.coughlin.ca.

Historique des demandes de prestations

Vous pouvez vérifier électroniquement le statut de vos demandes de prestations, accéder à l'historique de vos demandes, et obtenir le total de vos demandes de prestations de soins de santé, d'assurance-médicaments, de soins dentaires et paramédicaux. Mais vous devez d'abord vous inscrire au système d'administration des demandes de prestations de Coughlin & associés ltée. Pour ce faire, vous n'avez qu'à suivre les étapes suivantes :

- Allez à **www.coughlin.ca**.
- Au haut de la page se trouve la « Zone d'ouverture de session du portail ».
- Sélectionnez le « Portail des membres » au menu déroulant puis cliquez sur le bouton « Allez-y ».
- Ceux qui utilisent le site pour la première fois doivent cliquer sur le lien « Cliquez ici » à la section « Nouvel utilisateur? Inscrivez-vous maintenant... » et compléter le formulaire d'inscription. Note : Votre mot de passe temporaire, dont vous aurez besoin pour vous inscrire, devrait figurer sur vos précédents relevés de remboursement.
- À la page d'inscription du membre du régime, fournissez les renseignements demandés (Numéro d'identification personnel, numéro du régime et mot de passe temporaire) puis cliquez sur le bouton « Soumettre ».
- Vous devriez maintenant être inscrit et avoir accès au *Portail des membres*.
- Cliquez ensuite sur *Historique des demandes de règlement* pour consulter le statut de votre demande.

Coordination des prestations

Si vous ou l'une des personnes à votre charge êtes assurés en vertu d'un autre régime offrant une couverture semblable, les prestations remboursées en vertu de ce régime seront ajustées afin que le montant total remboursé par tous les régimes n'excède pas les frais encourus.

Cette disposition vous permet de présenter une demande de prestations pour une partie non remboursée d'une demande au régime de votre conjoint. Afin de déterminer quel conjoint doit soumettre une demande de prestations pour un enfant à charge, vérifiez la date de naissance des deux adultes. Le conjoint dont le jour et le mois de naissance arrivent en premier durant l'année devra soumettre la demande de prestations de l'enfant à son régime. Le solde pourra être soumis au régime de l'autre conjoint.

Administration du régime d'avantages sociaux

Sous réserve des limites du régime d'avantages sociaux, les fiduciaires peuvent établir les règles ou règlements de son administration et de l'exercice de ses activités. Les fiduciaires ont le droit d'interpréter le régime et de décider de toute question soulevée, y compris le droit de corriger des ambiguïtés, des inéquités, des incohérences ou des omissions possibles. Les interprétations et les décisions des fiduciaires concernant toute question qui relève de leur compétence sont finales et lient les parties. Pour faire appliquer les dispositions du régime, les fiduciaires peuvent :

- créer des comités dont ils déterminent les pouvoirs;
- autoriser un ou plusieurs membres de comités ou un agent à exécuter ou à livrer un document, ou à effectuer un paiement en leur nom;
- retenir les services d'actuaire, de conseillers juridiques et autres conseillers professionnels;
- employer des agents et offrir des services actuariels, de bureau et de comptabilité, au fur et à mesure des besoins.

Assurance

Les fiduciaires ont le droit de signer un contrat avec tout organisme dûment autorisé à souscrire une partie ou l'ensemble des garanties.

Paiement des dépenses du régime

Toutes les dépenses raisonnables et habituelles engagées dans le fonctionnement du régime sont assumées par le fonds en fiducie.

Opérations du fonds en fiducie pour la santé et le bien-être de l'Association unie, section locale 71

L'administrateur du régime tient des comptes faisant état des opérations budgétaires du régime et conserve ces données, si besoin est, pour examen périodique.

Registre

L'administrateur du régime tient un registre des noms de tous les membres assurés en vertu du régime, la somme des garanties en vigueur concernant chacun de ces membres, de même que la date à laquelle la garantie est entrée en vigueur, ainsi que la date d'effet de toute augmentation ou baisse des garanties.

Erreurs d'écriture

Les erreurs d'écriture commises par les fiduciaires et l'administrateur du régime n'invalident pas les garanties en vigueur ni ne maintiennent des garanties résiliées. À la découverte d'une erreur ou d'un retard, un rajustement approprié des primes est effectué.

Procédure d'appel des demandes de remboursement

Si l'on rejette une demande de remboursement et que le membre n'est pas d'accord, un appel peut-être présenté par écrit auprès de Coughlin & associés ltée en précisant les motifs de l'appel et inclure les renseignements médicaux justifiant les frais engagés comme étant médicalement nécessaire.

Les demandes d'appel seront étudiées avec les médecins ou dentistes consultants et la décision sera communiquée par écrit au membre.

Votre régime est conçu et administré entièrement par :

Coughlin & associés ltée
466, chemin Tremblay
Ottawa, ON K1G 3R1

Adresse postale :
C.P. 3517, succursale C
Ottawa, ON K1Y 4H5

Renseignements généraux :
(613) 231-2266

Demandes de règlement :
(613) 231-8540

Sans frais :
1-888-613-1234

Télécopieur :
(613) 231-2345

Courriel :
webmaster@coughlin.ca

Site web :
www.coughlin.ca