

Choix protection-santé

Option soins de santé et dentaires A

Nous fournissons le texte suivant exclusivement pour que vous puissiez vous y reporter facilement. Il ne doit pas être considéré ni interprété comme étant un contrat ou une promesse de contrat. Nous apportons régulièrement des changements au texte de nos contrats et il est donc possible que ce spécimen ne reflète pas le texte du contrat qui pourrait être établi pour votre client. Les termes du contrat effectivement établi pour un client donné régissent nos relations avec le client.

SPÉCIMEN

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie convient de fournir les garanties du présent contrat conformément aux dispositions du contrat.

Dans le présent document, *vous* désigne le propriétaire du présent contrat. *Nous* et *la compagnie* désignent la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie est l'assureur et est membre du groupe Sun Life.

Fait à Waterloo (Ontario)

AVIS IMPORTANTS – À LIRE ATTENTIVEMENT

La couverture des frais engagés à l'extérieur de votre province ou du Canada qui vous est offerte vise à couvrir les pertes découlant de circonstances soudaines, imprévues et inattendues. Il est important que vous lisiez et compreniez bien votre contrat avant de partir en voyage, car votre couverture prévoit certaines exclusions ou restrictions.

Une clause relative aux affections préexistantes pourrait s'appliquer à un problème de santé ou à des symptômes existant avant votre voyage. Vérifiez si votre contrat contient une telle clause et si cela a des conséquences sur la date de votre départ, la date de souscription ou la date d'effet de la couverture.

En cas d'accident, de maladie ou de blessure, vos antécédents médicaux pourraient être examinés si vous présentez une demande de règlement.

Si pendant un voyage votre état nécessite un traitement médical, il se peut que vous deviez communiquer avec la compagnie responsable de ces services avant de recevoir un traitement. Certaines limites pourraient s'appliquer aux prestations payables si vous omettez de communiquer avec cette compagnie dans les délais prescrits.

Veillez lire attentivement votre contrat avant de partir en voyage.

Il est important de lire votre contrat attentivement. Il décrit les garanties remboursables au titre des garanties et comporte des exclusions et des restrictions. Les termes courants du domaine de l'assurance sont expliqués à la section *Termes utilisés en assurance*.

CES DOCUMENTS CONTIENNENT DES RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS SUR VOTRE ASSURANCE. VEUILLEZ LES CONSERVER EN LIEU SÛR.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec nous aux coordonnées suivantes :

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie

C. P. 2001, succ. Waterloo
Waterloo (Ontario) N2J0A3
1-800-669-7921

TABLE DES MATIÈRES

Particularités du contrat	1
Sommaire de la couverture	2
Si vous changez d'avis dans un délai de 10 jours	3
Si vous souhaitez mettre fin au contrat n'importe quand	3
Médicaments	3
Assurance-maladie complémentaire	4
Soins de la vue	6
Hospitalisation dans une chambre à deux lits.....	6
Assurance dentaire.....	7
Présenter une demande de remboursement.....	9
Conditions d'admissibilité.....	10
Pour demander une modification à votre contrat	11
Fin du contrat	11
Autres renseignements sur le contrat	12
Termes utilisés en assurance.....	15
Dispositions légales.....	17

Sommaire de la couverture

Garantie	Remboursement	Maximum par personne
Médicaments	80 %	400 \$ par année civile
Assurance-maladie complémentaire	80 %	Voir la section <i>Assurance-maladie complémentaire</i>
Soins de la vue	100 %	150 \$ par période de deux années civiles
Chambre à deux lits	50 % des frais raisonnables habituellement exigés	5 000 \$ par année civile Voir la section <i>Hospitalisation dans une chambre à deux lits</i>
Soins dentaires préventifs	80 %	700 \$ par année civile

Remarque :

Nous rembourserons **uniquement** les frais médicaux non couverts par le régime d'assurance maladie provincial ou territorial de la personne assurée.

Médicaments (résidents du Québec seulement)

Si vous êtes couvert par le régime d'assurance médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), vous devez présenter vos demandes de règlement de frais de médicaments sur ordonnance d'abord à la RAMQ. Tout solde restant non couvert qui est remboursable au titre du contrat peut ensuite nous être présenté. Le pourcentage de remboursement et la franchise qu'une personne assurée auprès de la RAMQ doit payer sont admissibles au titre du présent contrat.

Si vous bénéficiez de l'assurance médicaments d'un régime collectif et que vous n'êtes pas couvert par le régime d'assurance médicaments de la RAMQ, vos demandes de règlement de frais de médicaments sur ordonnance doivent d'abord être présentées au titre de votre régime collectif. Tout solde restant non couvert qui est remboursable au titre du contrat peut ensuite nous être présenté. Si vous bénéficiez de l'assurance médicaments au titre d'un régime auprès de nous, veuillez communiquer avec nous pour coordonner les prestations de frais de médicaments entre votre contrat collectif et le présent contrat. Si votre couverture collective pour les frais de médicaments prend fin, vous devez adhérer au régime d'assurance médicaments de la RAMQ pour demeurer admissible à la couverture du présent contrat.

Maximum à vie

La somme remboursable à chaque personne assurée pendant la durée du contrat est limitée à 250 000 \$ pour chacune des catégories de frais admissibles suivantes :

- Médicaments;
- Assurance-maladie complémentaire
- soins de la vue;
- hospitalisation en chambre à deux lits.

Si vous changez d'avis dans un délai de 10 jours

Vous pouvez nous demander par écrit d'annuler votre contrat dans les 10 jours suivant sa réception.

Nous considérons que vous avez reçu le contrat 5 jours après son envoi de notre bureau par la poste.

Lorsque nous recevons votre demande par écrit, nous vous rembourserons sans intérêt tout montant que vous aurez payé. C'est ce que nous appelons une « annulation de contrat ».

Si vous souhaitez mettre fin au contrat n'importe quand

La décision d'annuler votre contrat est un droit personnel. Lorsque nous recevons votre demande d'annulation, toutes les obligations et les responsabilités que nous avons assumées au titre du contrat prennent fin immédiatement. L'annulation vous lie ainsi que toute personne qui a le droit de présenter une demande de règlement au titre du présent contrat, que ce droit soit révocable ou irrévocable.

Pour annuler votre contrat, envoyez votre demande par écrit à l'adresse suivante :

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie

C. P. 2001, succ. Waterloo
Waterloo (Ontario) N2J0A3

Médicaments

Médicaments sur ordonnance

Les médicaments couverts doivent avoir un numéro d'identification du médicament (numéro DIN) pour être admissibles.

Nous remboursons le coût des médicaments et des articles ci-dessous qui sont délivrés par un pharmacien sur l'ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste :

- médicaments nécessitant une ordonnance aux termes de la loi;
- médicaments essentiels à la survie pour lesquels la loi n'exige pas nécessairement une ordonnance;
- médicaments injectables;
- préparations composées, pour autant que le principal ingrédient actif soit admissible et qu'il possède un numéro DIN;
- articles pour diabétiques;
- produits antitabagiques pour lesquels la loi exige une ordonnance. La prestation maximale à vie est de 250 \$ par personne.

Les remboursements pour chaque achat se limitent au coût de la quantité de médicaments ou d'articles qu'il est raisonnable d'utiliser pendant une période de trois mois.

Critère d'admissibilité pour les médicaments et articles

Nous couvrons les frais admissibles jusqu'aux maximums indiqués à la section *Sommaire de la couverture*.

Pour que les frais soient considérés comme admissibles, les médicaments et articles doivent répondre à tous les critères ci-dessous :

- nécessaires d'un point de vue médical pour traiter la blessure ou la maladie;
- frais raisonnables habituellement exigés pour traiter la blessure ou la maladie;

- prescrits par un médecin, un dentiste ou un autre professionnel de la santé autorisé à pratiquer dans la province où il détient un permis, où il est inscrit et où il a le droit de fournir des ordonnances;
- délivrés par un pharmacien ou un médecin.

Remplacement par le médicament générique

Le maximum payable pour des frais de médicaments d'origine admissibles est limité au prix le moins élevé dans la catégorie appropriée de médicament générique. Si le médecin ou le dentiste a indiqué sur l'ordonnance qu'il ne doit pas y avoir de substitution, les frais admissibles sont couverts jusqu'au maximum indiqué à la section *Sommaire de la couverture*.

Frais exclus

Aucune prestation n'est payable pour ce qui suit, même s'il s'agit de soins, de médicaments et d'articles prescrits :

- médicaments pour le traitement de la stérilité;
- médicaments pour le traitement de la dysfonction sexuelle;
- médicaments contre l'obésité;
- suppléments alimentaires ou diététiques, vitamines, mélanges pour biberons (lait et substituts du lait), minéraux, protéines et traitements au collagène;
- contraceptifs;
- administration de sérums, de vaccins et d'injections;
- produits antitabagiques en vente libre;
- frais engagés pour toute affection indiquée à la rubrique *Cas où nous ne versons pas de prestations (exclusions)* de la section *Autres renseignements sur le contrat*.

Assurance- maladie complémentaire

Frais admissibles

- frais raisonnables habituellement exigés pour les services ou articles indiqués ci-dessous;
- frais de services ou d'articles que nous estimons nécessaires, du point de vue médical, pour le traitement d'une affection ou d'une blessure;
- frais de services ou d'articles prescrits par un médecin, à moins d'indication contraire.

Tous les maximums indiqués s'appliquent individuellement à chaque personne assurée.

Nous remboursons les frais engagés pour les services des spécialistes paramédicaux ci-dessous. Les services doivent s'inscrire dans le domaine d'expertise du spécialiste et exiger les aptitudes et les titres de compétence propres au spécialiste.

Une ordonnance est requise pour les services des spécialistes suivants :

- acupuncteur;
- physiothérapeute;
- psychologue;
- massothérapeute autorisé;
- orthophoniste.

Aucune ordonnance n'est requise pour les services des spécialistes suivants :

- chiropraticien (y compris un examen radiologique par année civile);
- naturopathe;

- ostéopathe (y compris un examen radiologique par année civile);
- podiatre ou chiropodiste (y compris un examen radiologique par année civile).

La prestation maximale est de 25 \$ par séance – le maximum par année civile est de 250 \$ pour chaque spécialiste.

Pour les services d'un podiatre ou d'un chiropodiste, nous remboursons les frais avant qu'ils ne dépassent le maximum annuel prévu par le régime d'assurance-maladie provincial ou territorial.

La prestation maximale pour les services d'un psychologue est de 50 \$ par séance et de 250 \$ par année civile.

Pour que les frais soient admissibles, les services doivent s'inscrire dans le domaine d'expertise d'un psychologue et exiger les aptitudes et les titres de compétence propres à un psychologue.

Nous remboursons les frais engagés pour les services d'un chirurgien-dentiste requis pour le traitement d'une mâchoire fracturée ou d'une blessure aux dents naturelles, pourvu que la fracture ou la blessure soit attribuable à des causes externes, violentes et accidentelles. Ces services incluent une prothèse dentaire. Nous ne remboursons aucuns frais engagés pour tout service requis pour le traitement d'une fracture ou d'une blessure attribuable à une affection qui existait avant la fracture ou la blessure. Le montant que nous remboursons est limité à 2 000 \$ par fracture ou blessure. Les services doivent être reçus dans les 12 mois suivant la date de la fracture ou de la blessure. Nous n'exigeons pas d'ordonnance d'un médecin pour que les frais soient admissibles.

Nous remboursons les frais engagés pour le transport de la personne assurée par ambulance terrestre autorisée à l'hôpital le plus proche en mesure de fournir le traitement requis, si son état de santé ne permet pas l'utilisation d'un autre moyen de transport. Nous ne remboursons les frais qu'après avoir reçu la preuve que la personne assurée a demandé le financement approprié auprès du régime public pour ce service.

Nous remboursons les frais engagés pour l'achat ou la réparation de prothèses auditives, à l'exception des piles, à concurrence de 300 \$ par période de cinq années civiles. La période de cinq années civiles commence le 1^{er} janvier de l'année où sont engagés les premiers frais. Nous ne remboursons les frais qu'après avoir reçu la preuve que la personne assurée a demandé le financement approprié auprès du régime public pour ce service.

Nous remboursons les frais pour les services et articles médicaux ci-après couverts par le régime provincial à concurrence d'un maximum combiné de 2 500 \$ par année civile et d'un maximum combiné de 20 000 \$ à vie.

Nous ne remboursons les frais pour les services et articles médicaux ci-dessous qu'après avoir reçu la preuve que la personne assurée a demandé le financement approprié auprès du régime public :

- membres artificiels ou autres prothèses
- orthèses, pourvu qu'elles ne soient pas utilisées uniquement dans la pratique d'un sport;
- administration d'oxygène;
- déambulateur, si nous avons approuvé les frais d'achat ou de location;
- fauteuil roulant, maximum à vie de 1 000 \$, si nous avons approuvé les frais d'achat ou de location;
- réparation d'équipement médical durable couvert au titre du contrat, jusqu'à concurrence du pourcentage indiqué à la section *Sommaire de la couverture*.

Nous remboursons les frais pour les services et articles médicaux ci-dessous sans avoir reçu la preuve que la personne assurée a demandé le financement approprié auprès du régime public :

- glycomètre, maximum de 150 \$ par période de cinq ans;

- tests de laboratoire et examens radiologiques;
- chaussures orthopédiques sur mesure, modifications orthopédiques aux chaussures et orthèses, lorsque requises pour une difformité des os et des muscles, pourvu qu'elles ne soient pas pour un usage athlétique seulement – prescrites par un médecin, un podiatre, un chiropodiste ou un chiropraticien, maximum de 150 \$ par année civile,
- équipement durable (sauf les déambulateurs et les fauteuils roulants), si nous avons approuvé les frais d'achat ou de location – exemple : lit d'hôpital ou ensemble de traction; pour les lits d'hôpital, le maximum à vie de 1 500 \$;
- plâtres (plâtre de Paris et fibre de verre);
- attelles et béquilles,
- perruques et postiches nécessaires en raison d'alopécie, de chimiothérapie ou de radiothérapie, sous réserve d'un maximum à vie de 100 \$;
- réparations d'équipement médical durable couvert au titre du contrat, jusqu'à concurrence du pourcentage indiqué à la section *Sommaire de la couverture*.

S'il y a plus d'un appareil qui répond aux besoins médicaux de base de la personne assurée, les frais remboursables sont limités au coût de l'appareil le moins cher.

Frais exclus

Nous ne versons pas de prestations pour ce qui suit :

- services d'une auxiliaire familiale ou d'une aide domestique;
- articles achetés uniquement pour usage athlétique;
- frais dentaires, sauf les frais engagés pour le traitement de dommages accidentels à des dents naturelles si ces frais sont indiqués dans la liste des frais remboursables;
- frais supplémentaires imposés par le régime d'assurance maladie provincial ou territorial pour l'utilisation d'un service;
- frais engagés pour toute affection indiquée à la rubrique *Cas où nous ne versons pas de prestations (exclusions)* de la section *Autres renseignements sur le contrat*.

Soins de la vue

Frais admissibles

Nous remboursons les frais admissibles jusqu'à concurrence du maximum indiqué à la section *Sommaire de la couverture*.

Les frais admissibles sont les frais raisonnables habituellement exigés pour les articles et services suivants :

- examen de la vue par un ophtalmologue ou un optométriste, sous réserve d'un examen par période de 2 années civiles (1 année civile s'il s'agit d'une personne assurée de moins de 18 ans) et de 50 \$ par examen – le remboursement des frais d'examen de la vue est inclus dans le maximum des soins de la vue figurant au *Sommaire de la couverture*.
- chirurgie oculaire au laser, lunettes, lunettes de soleil sur ordonnance et lentilles cornéennes (y compris les réparations), si elles sont nécessaires à la correction de la vue et qu'elles sont prescrites par un ophtalmologiste ou un optométriste.

Frais exclus

Nous ne remboursons aucuns frais engagés pour toute affection indiquée à la rubrique *Cas où nous ne versons pas de prestations (exclusions)* de la section *Autres renseignements sur le contrat*.

Hospitalisation dans une chambre à deux lits

Frais remboursables

Nous couvrons les frais admissibles jusqu'au maximum indiqué dans le *Sommaire de la couverture*.

Les frais remboursables sont les frais raisonnables habituellement exigés pour une chambre à deux lits dans un hôpital, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par année civile.

Si la personne assurée était enceinte lorsqu'elle a demandé l'assurance, nous couvrons seulement jusqu'à deux jours d'hospitalisation si le séjour à l'hôpital résulte de la grossesse.

Frais exclus

Nous ne versons pas de prestations pour ce qui suit :

- frais engagés pour des services qui ne sont pas médicalement requis pour le traitement de la personne assurée, par exemple les frais de location d'un téléphone ou d'un téléviseur;
- frais engagés pour toute affection indiquée à la rubrique *Cas où nous ne versons pas de prestations (exclusions)* de la section *Autres renseignements sur le contrat*.

Assurance dentaire

Frais admissibles

Nous couvrons les frais admissibles jusqu'au maximum indiqué dans le *Sommaire de la couverture*.

Si votre contrat ne prévoit pas expressément le remboursement de soins prévus, il est de votre responsabilité de communiquer avec nous au 1-800-669-7921 **avant** d'engager ces frais pour nous permettre de vérifier s'ils sont couverts. Nous pouvons refuser une demande de remboursement si vous n'avez pas vérifié auprès de nous si les frais étaient couverts.

Description de la couverture

L'assurance dentaire prévoit le paiement des frais remboursables qu'une personne assurée engage pour les soins donnés par un dentiste, un denturologiste, un hygiéniste dentaire ou un anesthésiste autorisés.

Pour chaque traitement, nous couvrons uniquement les frais raisonnables habituellement exigés pour les soins dentaires reçus :

- Jusqu'à concurrence des frais habituels correspondant aux soins, aux services ou au traitement équivalent le moins coûteux;
- s'ils correspondent aux soins dentaires reconnus;
- s'ils sont appropriés compte tenu de l'état de santé de la personne assurée.

Nous pouvons obtenir, à vos frais, un deuxième avis avant que les soins dentaires ne soient donnés pour déterminer s'ils sont appropriés. Le montant pouvant être remboursé ne sera jamais supérieur au montant indiqué pour ces soins dans le tarif des actes bucco-dentaires de la province où la personne assurée reçoit les soins.

Remboursement des frais

Nous remboursons les frais admissibles après avoir tenu compte des restrictions et des exclusions prévues par l'assurance.

Les frais sont réputés être engagés le jour où les soins sont donnés, dans le cas d'un traitement nécessitant un seul rendez-vous. Pour les traitements nécessitant plusieurs rendez-vous, les frais sont réputés être engagés le jour où le traitement est terminé.

Les soins dentaires temporaires sont considérés comme faisant partie intégrante du traitement définitif donné pour corriger le problème, et non comme des soins distincts. Les honoraires exigés pour le traitement définitif serviront à déterminer les frais raisonnables habituellement exigés pour les soins dentaires temporaires.

Pour déterminer si les frais sont remboursables, nous pouvons demander que le dentiste qui donne le traitement ou vous-même nous présentiez une déclaration relative au traitement reçu, des radiographies prises avant le traitement ou tout autre renseignement que nous estimons nécessaire.

Ce qui est couvert

Les frais dentaires suivants sont considérés comme des frais remboursables.

Soins dentaires préventifs

- Examens buccaux
 - Un examen complet tous les cinq ans
 - Un examen périodique tous les neuf mois
 - Examens d'urgence ou examens particuliers
- Radiographies
 - Une série complète de radiographies ou une panographie tous les cinq ans
 - Une série de radiographies interproximales tous les 18 mois
 - Radiographies nécessaires au diagnostic ou à la surveillance de l'évolution d'un traitement
- Consultation d'un autre dentiste, si exigée par le dentiste de la personne assurée
- Polissage (nettoyage des dents) et application topique de fluorure (à intervalles de neuf mois)
- Élargissement de l'espace interproximal, un seul par personne assurée de moins de 12 ans
- Modification de la morphologie des dents pour raison fonctionnelle
- Contrôle des caries
- Contrôle des traumatismes
- Services reçus en cas d'urgence
- Traitements palliatifs
- Examens de diagnostic et de laboratoire
- Appareils de maintien d'espace pour dents primitives manquantes, pour les personnes assurées de moins de 12 ans
- Scellement de puits et fissures, pour les personnes assurées de moins de 19 ans
- Obturations – amalgame, résine composite, résine acrylique ou l'équivalent; s'il y a pose d'une obturation en amalgame liée, nous déterminons les frais remboursables selon les frais équivalents pour une obturation en amalgame non liée
- Extractions de dents sans complications (le traitement ne nécessite pas un lambeau ni une séparation de la dent)
- Restaurations préfabriquées en métal ou en plastique et réparation de restaurations préfabriquées en métal ou en plastique, sauf lors de la mise en place de couronnes définitives
- Détartrage et aplanissement des racines (maximum de huit unités de temps par année)

Restrictions

Les frais remboursables sont limités au coût du traitement le moins cher qui permet d'obtenir un résultat satisfaisant selon les normes de la profession. Si la personne assurée et le dentiste choisissent un traitement plus cher, les frais remboursables se limitent au coût du traitement équivalent le moins cher que nous déterminons.

Chaque année, l'Association dentaire canadienne (ADC) publie une liste de services et de codes de soins dentaires. Si des modifications sont apportées aux codes de l'ADC ou si nous ne pouvons déterminer que les frais engagés sont remboursables, le remboursement pourra être fait en fonction du coût de soins semblables dont les frais sont remboursables.

Frais exclus

Nous ne versons aucun remboursement pour ce qui suit :

- Remplacement des appareils parodontiques et des mainteneurs d'espace perdus, volés ou égarés
- Frais engagés pour le traitement de malocclusion ou un traitement d'orthodontie
- Services fournis conjointement avec des services chirurgicaux remboursables au titre d'un régime public
- Reconstruction buccale complète pour rectification de la dimension verticale ou correction des dysfonctions de l'articulation temporo-mandibulaire
- Soins liés à des malformations congénitales
- Frais de rendez-vous non respectés
- Frais exigés pour remplir les demandes de règlement
- Frais engagés pour toute affection indiquée à la rubrique *Cas où nous ne versons pas de prestations (exclusions)* de la section *Autres renseignements sur le contrat*

Présenter une demande de remboursement

Délai pour présenter une demande de remboursement

Les demandes de règlement doivent nous parvenir dans les 12 mois qui suivent la date à laquelle les frais ont été engagés. Des frais admissibles sont réputés engagés à la date à laquelle les services sont reçus ou à laquelle les articles sont achetés ou loués. Si votre contrat ne prévoit pas expressément le remboursement de soins prévus, il est de votre responsabilité de communiquer avec nous au 1-800-669-7921 **avant** d'engager ces frais pour nous permettre de vérifier s'ils sont couverts. Nous pouvons refuser une demande de règlement si vous n'avez pas vérifié auprès de nous que les frais sont admissibles.

Nous pouvons exiger que vous présentiez d'autres renseignements que nous jugeons nécessaires pour traiter votre demande, comme des factures détaillées, des déclarations du médecin traitant, des reçus de laboratoire commercial, des rapports, des dossiers, des radiographies ou des modèles d'étude. Les frais supplémentaires exigés pour fournir ces renseignements sont à votre charge.

Lorsque votre contrat prend fin

Nous devons recevoir votre demande de règlement dans les trois mois qui suivent la date de fin de votre contrat. Nous ne traiterons aucune demande reçue plus de trois mois après la fin de votre contrat, quelle que soit la date à laquelle les frais admissibles ont été engagés.

Remboursement des frais

Nous rembourserons les frais après avoir reçu la preuve que vous avez engagé des frais admissibles. Nous déterminons le montant du remboursement comme suit :

- en appliquant le pourcentage de remboursement;
- en appliquant les maximums.

Calcul du montant que nous remboursons

Nous vérifions que les frais engagés sont admissibles. Nous déterminons si des restrictions ou des exclusions contractuelles s'appliquent aux frais engagés. Si des frais ne sont pas admissibles, nous les déduisons du total des frais engagés soumis dans la demande de règlement.

Nous comparons, pour tous les frais remboursables :

- le montant des frais engagés;
- les frais habituellement exigés pour les services en question;
- le maximum remboursable qui est indiqué dans le *Sommaire de la couverture*.

Le montant que nous remboursons est basé sur le moins élevé de ces trois montants.

Conditions d'admissibilité

Pour être admissible à la couverture ou continuer de l'être, il faut :

- Être un résident du Canada
- Être couvert par un régime d'assurance maladie provincial ou territorial
 - Les résidents du Québec doivent demeurer couverts, pour les soins médicaux et les médicaments sur ordonnance, par un régime de garanties collectives ou par le régime de la Régime de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Une personne non couverte par un régime de garanties collectives ou par le régime de la RAMQ n'est pas admissible à une couverture au titre du contrat.
- Être lié à vous d'une des manières suivantes :
 - Conjoint :
 - Votre conjoint en vertu d'un mariage ou de tout autre type d'union formelle reconnue par la loi
 - Personne du sexe opposé ou du même sexe qui habite avec vous et qui vit une relation conjugale avec vous depuis au moins un an – dans le cas des résidents du Québec, aucune période minimale de cohabitation n'est exigée si un enfant est né de l'union des conjoints de fait.

Le contrat ne peut couvrir qu'une personne à titre de conjoint.

- Enfant :
 - votre enfant ou celui de votre conjoint, autre qu'un enfant en famille d'accueil, qui n'a pas de conjoint et qui :
 - i) est âgé de moins de 21 ans,
 - ii) est âgé de 21 ans ou plus, mais de moins de 25 ans, et qui étudie à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada) et dont vous assurez le soutien financier;

Vous devez nous fournir une preuve attestant de l'existence de la situation dans les 6 mois suivant la date à laquelle l'enfant atteint l'âge limite.

- Un enfant qui devient invalide avant d'atteindre l'âge limite et qui demeure continuellement invalide est admissible s'il :
 - i) est incapable de subvenir à ses besoins financiers en raison d'une invalidité;
 - ii) dépend de vous pour son soutien financier;
 - iii) n'a pas de conjoint.

Si une personne assurée ne remplit plus les conditions d'admissibilité, vous devez nous en informer.

Si vous nous le demandez dans les 30 jours qui suivent sa naissance, nous ajouterons l'enfant sans demander de preuve d'assurabilité.

Nous pouvons cependant exiger une preuve du lien qui existe entre l'enfant et vous. Si vous nous demandez d'ajouter un enfant qui est âgé de 31 jours ou plus, nous vous ferons savoir si vous devez nous fournir une preuve d'assurabilité pour cet enfant.

Pour demander une modification à votre contrat

Ajout d'une personne assurée

Ajout d'un enfant

Vous pouvez nous demander par écrit d'ajouter un enfant à la liste des personnes assurées par le contrat. La modification prendra effet :

- à la date où nous approuvons votre demande; ou
- au début de la prochaine période de couverture mensuelle pour votre contrat, selon la dernière de ces dates.

Vous pouvez demander de faire ajouter :

- votre enfant ou celui de votre conjoint, autre qu'un enfant en famille d'accueil, qui n'a pas de conjoint et qui :
 - i) est âgé de moins de 21 ans;
 - ii) est âgé de 21 ans ou plus, mais de moins de 25 ans, et qui étudie à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada) et dont vous assurez le soutien financier;
- un enfant qui devient invalide avant d'atteindre l'âge limite et qui demeure continuellement invalide – cet enfant est admissible s'il :
 - i) est incapable de subvenir à ses besoins financiers en raison d'une invalidité;
 - ii) dépend de vous pour son soutien financier;
 - iii) n'a pas de conjoint.

Ajout d'une autre personne admissible

Vous pouvez nous demander d'ajouter une personne à la liste des personnes assurées. La demande doit être présentée par écrit. Cette personne doit remplir les *conditions d'admissibilité* et nous fournir une preuve d'assurabilité satisfaisante à notre avis. La modification prendra effet :

- à la date où nous approuvons votre demande; ou
- au début de la prochaine période de couverture mensuelle pour votre contrat, selon la dernière de ces dates.

Radiation d'une personne assurée

Vous pouvez nous demander par écrit de radier une personne assurée du contrat. Cette modification prend effet au début de la prochaine période de couverture mensuelle pour votre contrat.

Fin du contrat

Votre couverture prend fin à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle vous cessez de remplir les *conditions d'admissibilité*;
- la date à laquelle vous omettez de payer la prime due selon le contrat, sous réserve du *délai de grâce*;
- le dernier jour du mois où nous recevons votre demande écrite de mettre fin à la couverture;
- la date de votre décès.

La couverture de votre conjoint ou de votre enfant prend fin à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle votre conjoint ou votre enfant cesse de remplir les *conditions d'admissibilité*;
- la date à laquelle vous omettez de payer la prime due selon le contrat, sous réserve du *délai de grâce*;
- le dernier jour du mois où nous recevons votre demande écrite de mettre fin à la couverture;

- la date de votre décès ou du décès de votre conjoint.

L'assurance pour soins médicaux d'urgence en voyage prend fin à 80 ans.

Autres renseignements sur le contrat

Notre contrat avec vous

À partir de la date d'entrée en vigueur de votre contrat, les documents ci-dessous forment l'ensemble de notre contrat avec vous :

- votre demande d'assurance, y compris les preuves d'assurabilité,
- la page *Particularités du contrat*;
- le présent contrat (aussi appelé « police »), y compris les modifications.

CES DOCUMENTS CONTIENNENT DES RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS SUR VOTRE ASSURANCE. VEUILLEZ LES CONSERVER EN LIEU SÛR.

Toutes nos obligations envers vous sont contenues dans les documents ci-dessus. Aucun autre document ni aucune déclaration verbale ne fait partie du présent contrat. Aucune modification de ce contrat ou d'une partie quelconque de ce contrat ni aucune renonciation à l'une de ses dispositions n'est valable sans une modification écrite signée par deux dirigeants dûment autorisés de la compagnie.

Recouvrement des paiements d'un tiers (subrogation)

Si nous avons versé une prestation au titre du contrat à la suite d'une maladie, d'une blessure ou d'un accident qui est ou pourrait être attribuable à un tiers, nous ferons valoir notre droit d'obtenir un remboursement, dans la mesure où la loi le permet.

Votre obligation de nous rembourser ne dépassera pas le montant de la prestation que nous avons versée. Notre droit d'obtenir un remboursement s'appliquera à tout paiement complet ou partiel auquel vous avez droit ou que vous pourriez recevoir d'un tiers.

Nous ne serons liés ou touchés par aucun règlement convenu entre vous et le tiers, à moins que vous n'ayez obtenu au préalable notre consentement écrit. Lorsqu'un règlement est convenu et qu'une somme forfaitaire est versée, il vous incombe de prouver qu'aucune partie de cette somme n'avait pour objet le paiement de frais admissibles que nous avons remboursés au titre du contrat.

Si vous ne revendiquez pas vos droits contre le tiers, vous convenez, lorsque la loi le permet, de nous céder tous vos droits reconnus par la loi contre le tiers.

Monnaie du contrat

Tous les montants indiqués dans le contrat sont en dollars canadiens.

Primes

Les primes sont dues à la date indiquée à la section *Particularités du contrat*.

Les primes varient selon l'âge et le montant couvert par le régime d'assurance maladie provincial ou territorial. La prime reflète ainsi l'âge et la province ou le territoire de résidence de chaque personne assurée.

Nous pouvons changer votre prime de temps à autre pour une foule de raisons. Les résultats que des contrats similaires ont dégagés, la durée de ces contrats et les frais à notre charge en sont des exemples.

Si nous modifions votre prime, nous vous donnerons un préavis écrit de 30 jours.

Délai de grâce

Un délai de grâce de 31 jours est accordé pour le paiement des primes, à l'exception de la première. La couverture demeure en vigueur pendant le délai de grâce, et vous demeurez responsable du paiement de la prime.

Si la prime n'est pas payée avant l'expiration du délai de grâce, nous mettrons fin à la couverture. Nous vous en aviserons par écrit. Les frais engagés après la cessation de votre couverture ne seront pas admissibles à un remboursement.

Droit d'obtenir des exemplaires des documents

Vous ou un demandeur pouvez obtenir une copie des documents suivants :

- votre demande d'assurance;
- toute déclaration écrite ou tout autre document que vous nous avez fourni à titre de preuve d'assurabilité et qui ne fait pas partie intégrante de la demande d'assurance.

Le premier exemplaire est fourni sans frais, mais des frais peuvent être demandés pour des exemplaires additionnels.

Autres assurances

La protection prévue par le contrat est une assurance de second payeur. Si des prestations vous sont payables au titre d'autres régimes ou contrats d'assurance similaires, d'un régime d'assurance maladie public ou d'un régime d'assurance automobile privé ou public (d'une province ou d'un territoire) qui prévoit la couverture des soins hospitaliers, médicaux ou thérapeutiques, ou encore de toute assurance responsabilité qui serait en vigueur en même temps que le contrat, nous coordonnerons ces prestations et celles du contrat pour que le montant total que vous recevrez ne dépasse pas les frais que vous avez engagés.

Intégration du régime avec les programmes de l'État

Le contrat intègre les prestations qu'il prévoit avec celles qui sont payables ou disponibles au titre d'un régime ou d'un programme parrainé par l'État (le « programme de l'État »).

Les frais remboursables au titre du contrat correspondent à la portion des frais qui n'est ni payable ni couverte au titre du programme de l'État, sans égard à ce qui suit :

- le fait que vous ayez ou non présenté une demande au titre du programme de l'État,
- le fait que votre couverture au titre du contrat ait une incidence sur votre admissibilité ou votre droit à toute prestation prévue par le programme de l'État;
- toute liste d'attente.

Cas où nous ne versons pas de prestations (exclusions)

Nous ne versons pas de prestations pour ce qui suit :

- Frais que les lois ne nous permettent pas de rembourser
- Services ou articles qui, selon nous, sont de nature esthétique
- Services ou articles qui, selon nous, sont de nature expérimentale

Frais de livraison, de transport ou d'administration

- Services et produits que la personne utilise de sa propre initiative ou qui sont fournis ou prescrits par une personne résidant habituellement au domicile de la personne assurée ou qui a un lien de parenté avec la personne assurée par le sang ou par le mariage
- Services ou articles couverts disponibles (sans égard aux listes d'attente) au titre de tout programme de l'État, sous réserve des dispositions énoncées à la rubrique *Intégration avec les programmes de l'État*, sauf si la présente assurance en prévoit explicitement le remboursement
- Services ou articles qui ne sont pas habituellement fournis pour le traitement d'une maladie, y compris les traitements expérimentaux ou les traitements de recherche. Par traitements expérimentaux ou traitements de recherche, on entend les traitements qui ne sont pas approuvés par Santé Canada ou par un autre organisme de réglementation gouvernemental pour le grand public
- Services ou articles qui ne correspondent pas à des frais médicaux remboursables en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada)
- Frais engagés hors de la province du domicile pour un traitement médical non urgent ou une intervention chirurgicale non urgente

Nous ne versons aucune prestation lorsque la demande de règlement se rapporte à une maladie attribuable à l'une des causes suivantes :

- Acte d'hostilité de forces armées, insurrection, ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire
- Participation à la perpétration d'un acte criminel.

Termes utilisés en assurance

Les explications suivantes vous aideront à comprendre certains termes utilisés dans le domaine de l'assurance qui peuvent ou non s'appliquer au contrat.

Année civile	Du 1 ^{er} janvier au 31 décembre
Anniversaire du contrat	Jour et mois qui, chaque année, correspondent à la <i>date d'entrée en vigueur</i> du contrat indiquée à la section <i>Particularités du contrat</i> .
Dentiste	Personne autorisée par l'organisme provincial ou territorial attitré à pratiquer la dentisterie.
Date d'entrée en vigueur	Date à laquelle votre couverture prend effet indiquée à la section <i>Particularités du contrat</i> .
Frais raisonnables habituellement exigés	<p>Pour les frais exigés par un dentiste – frais habituellement exigés en l'absence d'une assurance et qui ne dépassent pas les honoraires du Guide des tarifs dentaires.</p> <p>Pour les frais médicaux et les frais de laboratoire pour soins dentaires – frais habituellement exigés en l'absence d'une assurance et qui ne dépassent pas les frais qui ont normalement cours dans la région où les soins sont fournis.</p>
Guide des tarifs dentaires	Tarif des dentistes généralistes en vigueur approuvé par l'association des chirurgiens-dentistes de la province où les soins sont reçus. Lorsqu'un tarif n'est pas publié pour une année donnée, le terme <i>tarif</i> peut également signifier un tarif rajusté que nous avons établi.
Hôpital	Établissement autorisé à donner des soins et des traitements aux blessés et aux malades, principalement durant la phase aiguë de la maladie. L'établissement doit être doté d'installations servant au diagnostic et aux interventions chirurgicales majeures. Il doit assurer des soins infirmiers 24 heures sur 24. Un établissement de soins prolongés, une maison de repos, un établissement de soins pour vieillards ou malades chroniques, un sanatorium, un hôpital de convalescence (sauf ce qui est prévu à la section <i>Hospitalisation dans une chambre à deux lits</i>), un établissement destiné au traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, ainsi que les lits réservés à ces fins dans un hôpital, ne répondent pas à la définition d'un hôpital. Si les soins dans un hôpital de convalescence sont couverts, nous considérons qu'il s'agit d'un établissement autorisé à donner des soins et des traitements à des personnes hospitalisées en convalescence à la suite d'une blessure ou d'une maladie. Les soins en milieu surveillé ne sont pas inclus.
Maximum à vie	Montant maximal payable à chaque personne assurée pendant la durée du contrat.
Médecin	Docteur en médecine (M. D.) légalement autorisé à pratiquer la médecine.

Personne assurée	Personne dont nous avons accepté la demande d'assurance au titre du contrat et qui répond à toutes les conditions d'admissibilité.
Preuves d'assurabilité	Preuve écrite qu'une personne répond à nos exigences de sélection médicale des risques. La preuve d'assurabilité doit nous être présentée aux frais de la personne à assurer.
Spécialiste paramédical	<p>Les spécialistes paramédicaux doivent être autorisés. Le terme autorisé se rapporte à toute personne qui est membre de l'organisme approprié régissant l'exercice de sa profession établi par les autorités gouvernementales provinciales. En l'absence d'un tel organisme, la personne doit être un membre actif d'une association approuvée par nous.</p> <p>Les spécialistes paramédicaux autorisés doivent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • faire partie d'un organisme de réglementation ou, en l'absence d'un tel organisme, être membre d'une association approuvée par nous; • détenir un permis ou être autorisés à pratiquer leur profession, de la manière prescrite par l'organisme de réglementation provincial pertinent; • avoir suivi une formation adéquate et obtenu les titres requis pour être en mesure de fournir les services ou les articles offerts; • conserver des dossiers cliniques conformes aux pratiques et aux normes raisonnables qui sont en usage dans leur domaine ou aux exigences de l'organisme ou de l'association; • nous fournir les dossiers cliniques lorsque nous en faisons la demande et répondre favorablement à nos demandes de renseignements; • ne pas avoir recours à des pratiques administratives qui sont inacceptables pour nous. <p>Cette liste de critères n'est pas exhaustive. Nous avons le droit de déterminer à notre entière discrétion qu'un spécialiste paramédical est autorisé à offrir un service ou un article. Dans la mesure où les critères énoncés ci-dessus s'appliquent aux cliniques, nous avons le droit de déterminer à notre entière discrétion qu'une clinique est autorisée de sorte que les demandes de règlement pour des services ou des articles reçus à cette clinique donnent droit à un remboursement au titre du présent régime.</p>
Urgence	Maladie aiguë ou blessure accidentelle soudaine et imprévue qui survient pendant la période de couverture et qui exige un traitement médical immédiat, prescrit par un médecin, qui ne peut pas attendre que la personne assurée puisse retourner dans sa province de résidence.

Dispositions légales

1. Contrat

- 1) La demande d'assurance (aussi appelée « proposition d'assurance »), le présent contrat (aussi appelé « police »), les documents annexés au présent contrat lors de son établissement, ainsi que les modifications au contrat convenues par écrit après son établissement constituent le contrat indivisible. Aucun agent n'est autorisé à le modifier ni à renoncer à l'une de ses dispositions.

Renonciation

- 2) Sauf pour les résidents de l'Alberta, de la Colombie-Britannique, du Manitoba, de l'Ontario et de la Saskatchewan, l'assureur est réputé n'avoir renoncé à aucune condition du présent contrat, en totalité ou en partie, à moins que la renonciation ne soit clairement exprimée dans un avis écrit signé par l'assureur.

Copie de la demande d'assurance

- 3) L'assureur est tenu de fournir, sur demande, à la personne assurée ou à l'auteur d'une demande de règlement au titre du contrat, une copie de la demande d'assurance.

2. Cessation de l'assurance

- 1) Le contrat peut être résilié :
 - a) par l'assureur, qui doit envoyer à la personne assurée un avis de résiliation de 15 jours par courrier recommandé ou lui remettre en mains propres un préavis écrit de cinq jours; ou
 - b) par la personne assurée en tout temps, à sa demande.
- 2) Si le contrat est résilié par l'assureur :
 - a) l'assureur doit rembourser la partie de la prime payée qui excède la prime calculée au prorata de la période écoulée. Toutefois, la prime calculée au prorata de la période écoulée ne peut en aucun cas être inférieure à la prime minimale conservée qui est indiquée dans le contrat;
 - b) l'avis doit être accompagné du remboursement.
- 3) Si le contrat est résilié par la personne assurée, l'assureur doit rembourser aussitôt que possible la partie de la prime payée par la personne assurée qui excède la prime au taux à court terme calculée jusqu'à la date de réception de l'avis selon la table utilisée par l'assureur au moment de la résiliation.
- 4) La période de 15 jours mentionnée à la clause 1) a) de la présente condition commence le jour suivant la date à laquelle l'avis par courrier recommandé ou le préavis écrit est envoyé à l'adresse postale de l'assuré la plus récente que l'assureur a dans ses dossiers.

3. Faits essentiels à l'appréciation du risque

Les déclarations faites par la personne assurée, ou par une personne assurée, lors de la demande d'assurance relative au contrat ne doivent pas être utilisées en défense contre une demande de règlement au titre du présent contrat ou pour annuler le présent contrat, à moins de figurer dans la demande d'assurance ou dans toutes autres déclarations ou réponses écrites données comme preuve d'assurabilité.

4. Avis et preuve de sinistre

- 1) La personne assurée, une autre personne assurée ou un bénéficiaire ayant le droit de présenter une demande de règlement, ou l'agent de l'un d'eux, est tenu :
 - a) de donner un avis écrit de la demande de règlement à l'assureur au plus tard 30 jours après la date à laquelle une demande de règlement prend naissance au titre du contrat à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une invalidité;

- (i) soit en remettant l'avis ou en l'envoyant par courrier recommandé au siège social ou à l'agence principale de l'assureur dans la province ou le territoire;
 - (ii) soit en remettant l'avis à un agent autorisé de l'assureur dans la province ou le territoire;
- b) de fournir à l'assureur les preuves qui peuvent raisonnablement être fournies, compte tenu des circonstances, dans les 90 jours qui suivent la date à laquelle une demande de règlement prend naissance au titre du contrat à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une invalidité;
- (i) de la survenance de l'accident ou du commencement de la maladie ou de l'invalidité;
 - (ii) des pertes qui en résultent;
 - (iii) du droit de l'auteur de la demande de règlement de recevoir paiement;
 - (iv) de l'âge de l'auteur de la demande de règlement;
 - (v) de l'âge du bénéficiaire, s'il y a lieu;
- c) de fournir, si l'assureur l'exige, un certificat établissant de façon satisfaisante la cause ou la nature de l'accident, de la maladie ou de l'invalidité qui fait l'objet d'une demande de règlement au titre du contrat, ainsi que la durée de la maladie ou de l'invalidité.

5. Défaut de présentation d'un avis ou d'une preuve de sinistre

- 2) Le fait de ne pas donner avis du sinistre ou de ne pas en fournir la preuve dans le délai prescrit par la présente disposition légale n'invalide pas la demande si :
- a) Pour les résidents de la Saskatchewan,
 - a. l'avis est donné ou la preuve fournie dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, et à l'intérieur du délai fixé par la *Limitations Act* à compter de la date de l'accident ou de la date à laquelle une demande de règlement prend naissance en vertu du contrat à la suite d'une maladie ou d'une invalidité, s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de donner l'avis ou de fournir la preuve dans le délai prescrit par la présente disposition légale; ou
 - b. en cas de décès de la personne assurée, s'il faut une déclaration de présomption de décès, l'avis est donné ou la preuve fournie à l'intérieur du délai fixé par la *Limitations Act* à compter de la date à laquelle le tribunal statue par voie de déclaration.
 - b) pour les résidents des autres provinces, l'avis est donné ou la preuve fournie dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, et en aucun cas plus d'une année après la date de l'accident ou la date à laquelle une demande de règlement prend naissance en vertu du contrat à la suite d'une maladie ou d'une invalidité, s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de donner l'avis ou de fournir la preuve dans le délai prescrit par la présente disposition légale; ou
 - c) pour les résidents de l'Alberta, de la Colombie-Britannique, du Manitoba et de l'Ontario, en cas de décès de la personne assurée, s'il faut une déclaration de présomption de décès, l'avis est donné ou la preuve est fournie au plus tard un an après la date à laquelle le tribunal statue par voie de déclaration.

6. Obligation pour l'assureur de fournir les formulaires de preuve de sinistre

L'assureur fournit les formulaires de preuve de sinistre dans les 15 jours de la réception de l'avis de sinistre. Toutefois, lorsque l'auteur de la demande de règlement n'a pas reçu les formulaires dans ce délai, il peut soumettre la preuve de sinistre sous la forme d'une déclaration écrite énonçant la cause ou la nature de l'accident, de la maladie ou de l'invalidité donnant lieu à la demande et l'étendue du sinistre.

7. Droit d'examen

Comme condition préalable au recouvrement des sommes assurées au titre du présent contrat :

- a) l'auteur de la demande de règlement est tenu d'offrir à l'assureur la possibilité de faire subir à la personne assurée un examen aussi souvent que raisonnablement requis, tant que le règlement est en suspens;
- b) en cas de décès de la personne assurée, l'assureur peut exiger une autopsie sous réserve des lois du ressort compétent;
- c) pour les résidents de la Saskatchewan, l'assureur doit assumer le coût de tout examen ou autopsie et fournir une copie des rapports de tout examen ou autopsie à l'assuré ou à son représentant.

8. Délai de paiement des sommes non reliées à l'arrêt de travail

Toutes les sommes payables au titre du présent contrat, à l'exception des indemnités d'arrêt de travail, sont versées par l'assureur dans les 60 jours de la réception par l'assureur de la preuve de sinistre.

9. Prescription des recours

Délai de prescription en Ontario :

Toute action en justice engagée contre un assureur pour recouvrer les sommes payables au titre du contrat est totalement irrecevable, à moins qu'elle n'ait été intentée dans le délai fixé par *la Loi de 2002 sur la prescription des actions*.

Délai de prescription dans les autres provinces :

Toute action en justice engagée contre un assureur pour recouvrer les sommes payables au titre du contrat est totalement irrecevable, à moins qu'elle n'ait été intentée dans le délai fixé par *la Loi sur les assurances* ou toute autre loi applicable dans votre province ou territoire de résidence.

SPĚČINMEN

SPĚČI MEN