

Choix protection-santé

Option soins de santé C avec soins dentaires

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.

Veuillez 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) N2J 0A3

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
Frais médicaux engagés en cas d’urgence en voyage.....	7
Hospitalisation dans une chambre à deux lits	12
Assurance dentaire	12
Présenter une demande de remboursement	16
Conditions d’admissibilité	16
Pour demander une modification à votre contrat.....	17
Fin du contrat.....	18
Autres renseignements sur le contrat	18
Termes utilisés en assurance	21
Dispositions légales.....	23

Particularités du contrat

**CE DOCUMENT CONTIENT DES RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS SUR VOTRE ASSURANCE.
VEUILLEZ LE CONSERVER EN LIEU SÛR.**

Régime :	Choix protection-santé	
Numéro de contrat :	xxxx	Numéro d'identificatio n :
Propriétaire (personne assurée) :	First & Last Name	
Personne(s) assurée(s) additionnelle(s) :	First & Last Name	
Date d'entrée en vigueur du contrat :	MMMM d, yyyy	
Anniversaire du contrat	MMMM d, yyyy	

ATTENTION : LE CONTRAT COMPORTE DES RESTRICTIONS

Ce contrat d'assurance-santé personnelle se limite à certaines garanties et prévoit des exclusions et des restrictions. Il est important que vous lisiez attentivement votre contrat.

Calendrier des paiements

Comme propriétaire du contrat, vous devez payer toutes les primes et les taxes applicables pour ce contrat d'ici la date d'échéance du paiement.

Les paiements doivent être effectués chaque mois le premier jour du mois, à compter du .

Primes : \$*
Taxe de vente provinciale : 0,00 \$

Total :

*** Votre prime n'est pas garantie. Nous pouvons la modifier à l'occasion. En cas de modification, nous vous donnerons un préavis écrit de 30 jours.** Pour mieux comprendre comment votre prime est établie, veuillez consulter la rubrique *Primes* de la section *Autres renseignements sur le contrat*.

Nous pouvons exiger des frais d'administration si un paiement est retourné.

La présente page des *Particularités du contrat* est jointe à votre contrat et fait partie intégrante de votre contrat. Elle remplace toute autre page des *Particularités du contrat* établie à votre intention au titre de ce contrat. Les renseignements contenus dans la présente page des *Particularités du contrat* sont soumis aux dispositions du contrat.

Sommaire de la couverture

Garantie	Remboursement	Maximum par personne
Médicaments	80 %	2 000 \$ par année civile
Assurance-maladie complémentaire	100 %	Voir la section <i>Assurance-maladie complémentaire</i>
Soins de la vue	100 %	200 \$ par période de deux années civiles
Frais médicaux engagés en cas d'urgence en voyage	100 %	60 jours par voyage Maximum à vie de 1 000 000 \$
Chambre à deux lits	85 % des frais raisonnables habituellement exigés	Voir la section <i>Hospitalisation dans une chambre à deux lits</i>
Garanties facultatives		
Frais dentaires.	80 % des soins dentaires préventifs 50 % des soins dentaires de restauration	Maximum combiné pour les soins dentaires préventifs et de restauration : 750 \$ la première année civile admissible; 1 000 \$ par année civile par la suite

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.

Période d'attente

Frais dentaires

Une personne assurée devient admissible à la couverture des soins dentaires de restauration un an après la date d'effet du contrat.

Maximum à vie

La somme remboursable à chaque personne assurée pendant la durée du contrat est limitée à 300 000 \$ 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) N2J 0A3

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 300 \$ par année civile, par spécialiste – le maximum combiné pour tous les spécialistes est de 650 \$ par année civile.

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 60 \$ par séance, sous réserve d'un maximum dix séances 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. La prestation totale à vie versée pour toute fracture ou blessure est de 5 000 \$. 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 le transport d'urgence de la personne assurée par ambulance aérienne 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. Si la personne assurée requiert les services d'une infirmière autorisée pendant le vol, nous remboursons les services et le prix du vol aller-retour de cette dernière. 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. La prestation maximale est de 5 000 \$ par événement.

Nous remboursons les frais engagés pour l'achat ou la réparation de prothèses auditives, à l'exception des piles, à concurrence de 500 \$ 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 engagés pour des soins infirmiers à domicile lorsque nous recevons la preuve que la personne assurée a demandé le financement approprié auprès du régime public. Pour que les frais soient admissibles, les soins requis par la personne assurée doivent s'inscrire dans le domaine d'expertise d'une infirmière – les frais sont limités à un maximum de 5 000 \$ par année civile et de 25 000 \$ à vie.

Nous remboursons les frais pour les services et articles médicaux ci-après couverts par le régime provincial à concurrence d'un maximum combiné de 5 000 \$ par année civile.

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 – prothèse mammaire, maximum de 200 \$ par année civile;
- 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 4 000 \$, 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 300 \$ 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 300 \$ 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, maximum de 500 \$ par année civile
- perruques et postiches nécessaires en raison d'alopécie, de chimiothérapie ou de radiothérapie, sous réserve d'un maximum à vie de 500 \$;
- 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.

Pour les résidents du Québec seulement, nous remboursons les frais engagés pour des services d'imagerie par résonance magnétique (IRM), de tomodensitométrie et d'examens par ultrasons.

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*.

Frais médicaux engagés en cas d'urgence en voyage

Allianz Global Assistance est le fournisseur de services d'assistance-voyage en cas d'urgence.

Frais admissibles

Nous remboursons les frais admissibles jusqu'à concurrence du maximum indiqué dans le *Sommaire de la couverture*, ainsi que les frais ci-après.

Pour être admissibles, les frais hospitaliers et médicaux et les frais d'assistance-voyage doivent répondre à tous les critères ci-dessous.

Ils doivent être :

- médicalement nécessaires;
- engagés en raison d'une urgence qui survient durant les 60 premiers jours du voyage à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée – la période de 60 jours commence le jour du départ de la province de résidence;
- engagés pour le traitement d'urgence d'une maladie ou d'une blessure qui s'est produite à l'extérieur de la province de résidence;
- engagés pour une personne de moins de 80 ans – la couverture cesse au 80^e anniversaire de naissance de la personne assurée.

Une urgence est une maladie aiguë ou une 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.

Les services couverts au titre de l'assistance-voyage en cas d'urgence comprennent les services et articles médicaux raisonnables, y compris les conseils, les traitements et les actes médicaux ou chirurgicaux qui sont requis en raison d'une urgence. Dans le cas des personnes souffrant d'une affection chronique, les services reçus en cas d'urgence ne comprennent pas les soins donnés dans le cadre d'un programme de traitement établi qui était déjà en place avant leur départ de la province de leur domicile.

Fin de la couverture de 60 jours

La couverture de 60 jours prend fin, peu importe si une demande de règlement a été faite ou non, lorsque la personne assurée a quitté sa province de résidence et n'y est pas retournée pendant le temps nécessaire pour renouveler la couverture. La personne assurée doit retourner dans sa province de résidence pendant la période exigée de 24 heures ou de 20 jours consécutifs pour renouveler la couverture.

Si la couverture a pris fin et que la personne assurée est :

- âgée de moins de 65 ans, elle devient admissible à une autre période de 60 jours de couverture lorsqu'elle retourne dans sa province de résidence pour une période de 24 heures;
- âgée de 65 ans ou plus, elle devient admissible à une autre période de 60 jours de couverture lorsqu'elle retourne dans sa province de résidence pour une période de 20 jours consécutifs.

Exemples

Exemple 1

Peu importe son âge, si la personne assurée quitte sa province de résidence le 1^{er} janvier et voyage pendant 60 jours, elle sera couverte pour les frais médicaux engagés en cas d'urgence pendant 60 jours. Si la personne assurée ne retourne pas dans sa province de résidence avant le 61^e jour, elle cessera d'être couverte. Pour bénéficier d'une autre période de couverture de 60 jours, elle doit retourner dans sa province de résidence pendant le temps requis selon son âge.

Exemple 2 :

La personne assurée quitte sa province de résidence le 1^{er} janvier et voyage pendant 30 jours, puis revient dans sa province de résidence pendant deux jours et repart le 2 février pour un voyage de 10 jours :

- Si la personne assurée a moins de 65 ans, le premier voyage est couvert pendant 60 jours. Le second voyage est aussi couvert, car la personne assurée est retournée dans sa province de résidence pendant plus de 24 heures – elle est donc de nouveau admissible à une couverture de 60 jours qui commence le jour de son départ, le 2 février.
- Si la personne assurée a 65 ans ou plus, le premier voyage est couvert pendant 60 jours. Le second voyage est aussi couvert parce qu'il est à l'intérieur des 60 jours de couverture (à partir du 1^{er} janvier). Les deux voyages, plus la période de deux jours qui les sépare, représentent moins de 60 jours – ils sont donc couverts par la même assistance-voyage en cas d'urgence de 60 jours; la couverture restante cesse 18 jours après. La personne assurée sera admissible à une autre période de couverture de 60 jours après être retournée dans sa province de résidence pendant 20 jours.

Exemple 3 :

La personne assurée quitte sa province de résidence le 1^{er} mars pour un voyage de 40 jours, y revient pour 10 jours, puis part de nouveau le 20 avril pour un voyage de 50 jours :

- Si la personne assurée a moins de 65 ans, elle a satisfait au critère du retour dans la province de résidence pendant 24 heures; elle est donc admissible à une autre période de couverture de 60 jours débutant le 20 avril.
- Si la personne assurée a 65 ans ou plus, elle n'a pas satisfait au critère d'admissibilité requis et la couverture prend fin le 29 avril. Elle n'est couverte que pour les 40 jours du premier voyage, et les 10 premiers jours du second voyage. Comme elle n'est pas retournée dans sa province de résidence pendant les 20 jours exigés, elle n'est admissible à la couverture que pour les 10 premiers jours du second voyage de 50 jours.

Services d'assistance-voyage

Nous fournissons un numéro sans frais grâce auquel les personnes assurées ont accès à un réseau mondial d'assistance téléphonique accessible en tout temps. Pour une urgence survenue durant la période de voyage de 60 jours, le réseau fournit les secours d'urgence suivants :

- liaison avec les médecins et les hôpitaux;
- surveillance continue du traitement médical si une personne assurée est hospitalisée;
- coordination des mesures à prendre pour le transport par ambulance terrestre ou par ambulance aérienne, s'il est nécessaire du point de vue médical de ramener la personne assurée au Canada ou de la transférer à un autre hôpital ayant l'équipement nécessaire pour donner le traitement requis;
- aide pour le paiement des frais hospitaliers et médicaux;
- assistance juridique;
- services d'interprétation au téléphone;
- service de messages pour les personnes assurées (les messages sont conservés durant 15 jours).

Aide pour le paiement des soins d'urgence

Lorsque survient une urgence, la personne assurée ou une autre personne qui l'accompagne doit communiquer avec le fournisseur de services d'assistance-voyage en cas d'urgence. S'il n'est pas possible de communiquer avec le fournisseur avant que les services soient fournis, il faut le faire dès que cela sera raisonnablement possible. Si le fournisseur de services d'assistance-voyage en cas d'urgence n'est pas contacté et que des services sont reçus en cas d'urgence dans des circonstances où il aurait été raisonnablement possible de communiquer avec lui, la Sun Life se réserve le droit de refuser ou de limiter le règlement des frais liés à cette urgence. Si nous payons des frais hospitaliers et médicaux pour une personne assurée, vous devez signer un formulaire d'autorisation nous permettant de nous faire rembourser ces frais par le régime public d'assurance maladie provincial.

Si nous payons ou acceptons de payer des frais dont la personne assurée est responsable en partie aux termes du présent contrat ou du régime d'assurance-maladie provincial ou territorial, ou des frais qui ne sont pas couverts par le présent contrat, vous devez nous rembourser le montant à la charge de la personne assurée ou le montant qui n'est pas couvert.

S'il y a des frais que nous n'avons pas remboursés, le remboursement n'aura lieu que lorsque nous aurons reçu une preuve jugée satisfaisante à notre avis de votre demande de remboursement.

Soins hospitaliers et médicaux

Nous couvrons les frais raisonnables habituellement exigés pour ce qui suit, déduction faite du montant payable par le régime d'assurance maladie provincial :

- frais de séjour et de repas en salle et services hospitaliers accessoires donnés dans un hôpital général;
- services d'un médecin;
- vol de retour de la personne assurée en classe économique pour recevoir un traitement médical dans sa province de résidence;
- transport terrestre dans une ambulance autorisée à destination de l'hôpital le plus proche disposant de l'équipement nécessaire pour le traitement requis, ou au Canada, selon notre décision ou celle de notre fournisseur de services d'assistance-voyage en cas d'urgence;
- transport aérien d'urgence par service ambulancier à destination de l'hôpital le plus proche équipé pour donner le traitement requis, ou vers le Canada, selon notre décision ou celle de notre fournisseur d'assistance-voyage en cas d'urgence, lorsque l'état de santé de la personne assurée ne permet pas l'utilisation d'autres moyens de transport;
- services et prix vol aller-retour d'une infirmière autorisée, si l'état de santé de la personne assurée ne permet pas l'utilisation d'un autre moyen de transport, et si elle requiert les services d'une infirmière autorisée pendant le vol.

Pour les frais hospitaliers et médicaux, le maximum à vie par personne assurée est de 1 000 000 \$.

Les frais qui figurent dans la liste des frais admissibles aux termes d'autres dispositions d'assurance-maladie du présent contrat sont aussi remboursables lors d'un voyage à l'extérieur du Canada. Ces frais sont soumis aux pourcentages de remboursement indiqués dans le *Sommaire de la couverture*.

Programme d'assistance-voyage pour la famille

Nous couvrons les frais raisonnables habituellement exigés pour les services d'assistance à la famille suivants :

- Retour d'une personne assurée âgée de moins de 16 ans ou handicapée et qui se retrouve seule du fait que vous ou une personne assurée avez été hospitalisé à l'extérieur de la province où vous résidez en raison d'une urgence médicale. Nous fournirons un accompagnateur, si nous ou notre fournisseur de services d'assistance-voyage en cas d'urgence le jugeons nécessaire. Nous remboursons au maximum le coût d'un billet aller simple en classe économique pour le retour de chaque personne à charge assurée qui a moins de 16 ans ou qui est handicapée.
- Retour au domicile de toute personne assurée, si elle ne peut plus utiliser ses billets à la date prévue de son retour parce qu'elle, ou une autre personne assurée, a dû être hospitalisée et qu'elle est dans l'obligation d'acheter d'autres billets de retour. Nous remboursons le coût supplémentaire de chaque nouveau billet de retour, à concurrence du coût d'un aller simple en classe économique, moins toute fraction remboursable du prix du ou des billets initiaux.
- Transport du conjoint, d'un parent, enfant, frère ou sœur de la personne assurée qui voyageait sans un membre de la famille pour conduire ce membre au chevet de la personne assurée si elle est hospitalisée pour une période de plus de sept jours. La couverture comprend les frais de repas et d'hébergement jusqu'à un maximum de 150 \$ par jour, et le billet aller-retour en classe économique, pour la personne qui se rend au chevet de la personne assurée. Ces frais sont aussi remboursables si l'une de ces personnes doit identifier une personne assurée décédée avant la remise du corps à la famille.
- Frais de repas et d'hébergement, sous réserve d'un maximum de 150 \$ par jour (au total et non par personne) pour une période limitée à sept jours, si l'hospitalisation d'une personne assurée oblige une autre personne assurée à prolonger son séjour

Le montant maximal global que nous remboursons pour l'assistance à la famille est de 5 000 \$ par urgence.

Rapatriement

En cas de décès d'une personne assurée alors qu'elle est à l'extérieur de sa province de résidence, nous faisons les démarches nécessaires pour obtenir l'autorisation de retourner la dépouille dans la dernière province de résidence. La préparation de la dépouille pour son retour comprend les frais d'incinération où le décès est survenu. Le retour de la dépouille comprend un conteneur ordinaire pour l'expédition, mais exclut les frais d'enterrement tels que l'achat d'un cercueil ou d'une urne.

Nous remboursons les frais de préparation et de transfert de la dépouille à concurrence de 5 000 \$.

Retour d'une voiture

Si une personne assurée ne peut conduire son propre véhicule ou un véhicule de location du fait de son retour au Canada pour un traitement médical, nous remboursons les frais d'expédition de ce véhicule à la province de résidence de la personne assurée ou à l'agence de location appropriée la plus proche. Nous remboursons aussi ces frais en cas de décès de la personne assurée.

Le maximum que nous remboursons pour le retour du véhicule est de 1 000 \$.

Exclusions et restrictions

Lorsque survient une urgence, la personne assurée ou une autre personne qui l'accompagne doit communiquer avec notre fournisseur de services d'assistance-voyage en cas d'urgence. Tous les procédés invasifs et procédés d'enquête (y compris toute intervention chirurgicale, angiographie, imagerie par résonance magnétique (IRM), tomographie par émission de positons (TEP), tomодensitométrie) doivent être autorisés au préalable par notre fournisseur de services, sauf dans des circonstances extrêmes où une intervention chirurgicale doit être effectuée d'urgence immédiatement après l'admission à l'hôpital.

S'il ne vous est pas possible de communiquer avec notre fournisseur avant de recevoir les soins, vous ou une autre personne qui accompagne la personne assurée devez le faire dès que cela sera raisonnablement possible. Si vous ne communiquez pas avec notre fournisseur et recevez des services en cas d'urgence dans des circonstances où il vous aurait été raisonnablement possible de communiquer avec lui, nous avons le droit de refuser ou de limiter le règlement des frais liés à cette urgence.

L'urgence prend fin lorsque l'état de la personne assurée est stable du point de vue médical de façon qu'elle puisse retourner dans sa province de résidence.

Nous ne versons aucune prestation pour ce qui suit :

- services médicaux qui ne sont pas requis immédiatement ou qui pourraient raisonnablement être reportés jusqu'au retour de la personne assurée dans sa province de résidence;
- services liés à une maladie ou à une blessure qui est à l'origine de l'urgence, mais reçus après que l'urgence a pris fin;
- services reçus par la personne assurée après la date à laquelle nous ou notre fournisseur de services d'assistance-voyage en cas d'urgence avons déterminé, en nous basant sur les renseignements médicaux disponibles, que la personne assurée pouvait retourner dans sa province de résidence;
- services reçus par la personne assurée pour le traitement d'une maladie ou blessure, y compris toute complication découlant de cette maladie ou blessure, si la personne assurée a refusé ou négligé sans raison valable de recevoir les services médicaux recommandés;
- services liés à une maladie ou à une blessure, y compris toute complication ou urgence découlant directement ou indirectement de cette maladie ou blessure, lorsque le voyage a été entrepris dans le but de recevoir des services médicaux pour le traitement d'une maladie ou blessure;
- frais engagés par une personne assurée pour une urgence survenant après l'expiration de la période de couverture de 60 jours;
- frais engagés pour le traitement habituel d'une maladie ou d'une blessure chronique – les services reçus en cas d'urgence ne comprennent pas les soins donnés dans le cadre d'un programme de traitement établi qui était en place avant le départ de la personne assurée de sa province de résidence;

- frais attribuables ou liés à une affection préexistante – une affection « préexistante » est une affection dont les symptômes sont apparus ou qui a nécessité des soins médicaux, une hospitalisation ou un traitement (y compris des modifications de la médication ou de la posologie) durant les neuf mois qui précèdent la date où la personne assurée quitte sa province de résidence;
- frais liés à une grossesse engagés au cours des quatre semaines précédant la date prévue de l'accouchement de la personne assurée
- frais à l'égard d'un enfant né à l'extérieur du Canada, jusqu'à la date d'effet de la couverture pour cet enfant ou la date à laquelle il retourne au Canada, selon la date la plus tardive;
- frais engagés à la suite de services non urgents ou d'une recommandation d'un médecin;
- 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*.

Pour déterminer si les frais sont remboursables, nous pouvons exiger que le médecin traitant fournisse des preuves médicales attestant que l'état de santé de la personne assurée était stable, en ce qui touche l'affection dont elle est atteinte, depuis au moins neuf mois avant son départ de sa province de résidence. « Stable » s'entend du fait que le médecin traitant a déclaré qu'il ne prévoit pas de récurrence de la même affection ni aucun problème qui soit lié à cette affection pendant que la personne assurée se trouve hors de sa province de résidence.

En cas de guerre, de troubles politiques, d'épidémies ou du fait de l'inaccessibilité de l'endroit, il peut y avoir des restrictions aux services fournis dans certains pays.

Ni la compagnie ni le fournisseur de services d'assistance-voyage en cas d'urgence ne sont responsables de la disponibilité, de la qualité ou des résultats des traitements médicaux dispensés à la personne assurée ni de l'impossibilité d'obtenir un traitement médical.

Responsabilité de la Sun Life ou d'Allianz Global Assistance

Tout médecin ou autre professionnel de la santé, fournissant directement des services médicaux à la personne assurée, agit strictement pour le compte de celle-ci et n'est pas considéré comme agissant pour le compte de la Sun Life ou d'Allianz Global Assistance.

Ni la Sun Life ni Allianz Global Assistance ne peuvent être tenus responsables de ce qui suit :

- tout avis médical donné par le médecin ou par un autre professionnel de la santé;
- négligence, erreur ou omission imputable au médecin ou à un autre professionnel de la santé qui fournit directement des services en vertu du présent contrat.

Le fait qu'Allianz Global Assistance recommande à une personne de consulter un médecin ou un autre professionnel de la santé ou que l'organisme passe un contrat avec ceux-ci ne confère à la personne aucun droit de recours contre Allianz Global Assistance ou la Sun Life.

Les décisions que prend un médecin ou un autre professionnel de la santé relativement à la nécessité médicale de fournir les services prévus par la présente garantie reposent sur des critères strictement médicaux et sont sans appel.

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, sous réserve d'un maximum de 200 \$ par jour, 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. Si la personne assurée séjourne dans un hôpital de convalescence, nous remboursons 20 \$ par jour pour un maximum de 180 jours d'hospitalisation pour la même cause ou une cause connexe.

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)

Soins dentaires de restauration

- Soins d'endodontie, p. ex. traitements de canal et obturations de traitement de canal et traitement des maladies pulpaire
- Soins de périodontie – traitement des maladies des gencives et des autres éléments de soutien
- Rectification de l'occlusion, appelée aussi équilibrage occlusal (maximum de 4 unités de temps par année)
- Appareil parodontal (une fois tous les cinq ans)
 - Entretien des appareils, une fois tous les six mois
 - Regarnissage de l'appareil
 - Évaluation après le traitement
- Incrustations de surface

- Couronnes et réparation de couronnes, sauf les restaurations préfabriquées en métal
- Prothèses amovibles partielles ou complètes, réparation de prothèses amovibles partielles ou complètes et ajouts à ces prothèses
- Rebasage ou regarnissage de prothèses amovibles partielles ou complètes
- Ponts fixes, y compris leur réparation
- Actes chirurgicaux suivants :
 - Alvéoplastie
 - Dislocations
 - Énucléation de kystes
 - Frénectomie
 - Lacérations
 - Actes chirurgicaux divers
 - Ablation chirurgicale
 - Extractions chirurgicales et repositionnement (l'intervention chirurgicale nécessite un lambeau ou une séparation de la dent)
- Anesthésie reliée à une chirurgie buccale
 - Sédation consciente
 - Sédation profonde
 - Anesthésie générale
- Injection de médicaments.

Frais dentaires – Frais d'anesthésie et de laboratoire

Si une personne assurée engage des frais d'anesthésie et de laboratoire, ces frais seront remboursés uniquement s'ils ont été engagés dans le cadre de soins dentaires admissibles. Le remboursement de ces frais est limité au pourcentage de remboursement des soins auxquels ils sont associés.

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.

Le montant payable pour une couronne de restauration sur une molaire est limité aux honoraires demandés pour une couronne de restauration de métal.

Pour déterminer la gravité des dommages à une couronne ou à une incrustation de surface, nous devons recevoir les radiographies et les modèles d'étude.

Les frais de remplacement d'une prothèse amovible, d'un pont, d'une couronne ou d'une incrustation de surface sont remboursables si le remplacement s'impose pour une prothèse amovible, un pont, une couronne ou une incrustation de surface mis en bouche au moins huit ans auparavant. Nous déterminons le montant maximal des frais remboursables en évaluant la valeur et la qualité de la prothèse amovible, du pont, de la couronne ou de l'incrustation de surface d'origine.

Les frais engagés pour l'ajout de dents à une prothèse partielle amovible ou à un pont existant sont remboursables si l'ajout s'impose pour remplacer une ou plusieurs dents extraites pendant que la personne assurée est couverte au titre du contrat.

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 de soins semblables dont les frais sont remboursables.

Frais exclus

Nous ne versons pas de prestations pour ce qui suit :

- Frais de remplacement des appareils parodontiques ou 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
- Couronnes et incrustations de surface pour une dent qui n'a pas subi de dommage fonctionnel au niveau de l'angle incisif ou de la cuspidé
- Prothèse commandée pendant que la personne est assurée au titre du présent contrat, mais mise en bouche après l'expiration de l'assurance dentaire facultative
- Prothèses amovibles, ponts ou couronnes qui remplacent une ou plusieurs dents manquantes avant que la personne assurée ne soit couverte par l'assurance dentaire, ou une ou plusieurs dents manquantes de naissance
- Remplacement de prothèses amovibles, de couronnes, d'incrustations de surface ou de ponts, et ajout de dents à des prothèses, couronnes, incrustations de surface ou ponts existants, à l'exception de ce qui est indiqué plus haut
- Remplacement des prothèses amovibles perdues, volées ou égarées
- Contention permanente
- Reconstruction buccale complète pour rectification de la dimension verticale ou correction des dysfonctions de l'articulation temporo-mandibulaire
- Remplacement des appareils orthodontiques perdus, volés ou égarés
- Implants et transplants et modification des rapports entre maxillaires
- 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 (auss 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 à laquelle votre couverture prend effet indiquée à la section <i>Particularités du contrat</i> .
Date d'entrée en vigueur	
Frais raisonnables habituellement exigés	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. 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.
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 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.

Les spécialistes paramédicaux autorisés doivent :

- 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.

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.

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.

SPÉCIMEN

SPĚČI MEN

SPĚČI MEN

SPĚČI MEN