UV ASSURANCE

Assuré: Mme ABC
N° Contrat: XXXXXX
N° de certificat: XXX XXX XXX

PARA MED+

Contrat d'assurance
Maladie complémentaire

Délai de 10 jours pour examen

Dans les 10 jours qui suivent la réception du présent contrat, vous pouvez nous le retourner ou le retourner au représentant de qui vous l'avez acheté. La prime versée vous sera alors remboursée, et le contrat sera réputé nul depuis la date d'émission

Signé au siège social de la Compagnie, Drummondville, Québec, Canada

Eric Timmons, Secrétaire

Christian Mercier, Président-directeur général

UV Assurance s'engage à verser les prestations prévues dans le présent contrat, aux conditions qui y figurent. UV Assurance est une raison sociale et marque de commerce de L'Union-Vie, compagnie mutuelle d'assurance.

SPÉCIMEN

UV ASSURANCE

PARA MED+

Description du contrat

Nom et adresse du propriétaire
Mme ABC
3 Rue Turgeon
Ste-Thérèse, Qc, J7E 3H2

No. de contrat : XXXXXX
No. de certificat : XXX XXX XXX

Date de renouvellement : 1er mai de chaque année

Assuré (s)	Nom	Âge à l'émission
Assuré	Mme ABC	50
Conjoint	M. DEF	44

Produit **PARAMED +**

Date d'émission 01-05-2024

Sommaire des garanties et primes

Description	Date d'émission	Prime mensuelle
Assurance maladie complémentaire Plan XXX Couverture XXX Prime âge atteint	01-05-2024	XX.XX $
Assurance médicament Complément XXX	01-05-2024	XX.XX $
Assurance dentaire Plan XXX	01-05-2024	XXX.XX $
Assurance voyage	01-05-2024	XX.XX $

Prime mensuelle totale : XXX.XX $
Prime annuelle totale : X XXX.XX $

SPÉCIMEN

PARA MED+

UV ASSURANCE

SOMMAIRE DES PRESTATIONS Assurance maladie complémentaire		Plan de Base			
Garantie	**Description**	**Franchise**	**Coassurance**	**Maximum par visite**	**Maximum annuel par personne assurée**
Le contrat et l'avenant se terminent au renouvellement suivant le 99e anniversaire de l'assuré principal.					
BLOC I - Hospitalisation					
Hospitalisation, chambre à deux lits (semi-privée)		N/A	100 %	200 $ par jour	3 000 $
Hôpital de convalescence		N/A	75 %	40 $ par jour	120 jours
BLOC II – Médicaments sur ordonnance * Il est à noter que ce régime de médicaments ne s'applique pas à la personne assurée qui réside dans la province du Québec.					
Médicaments (méd. génériques obligatoires)		N/A	N/A		N/A
Paiement direct					
BLOC III – Services paramédicaux *ordonnance requise					
Acupuncteur		N/A	75 %	35 $	300 $ par spécialiste Maximum global de 1 000 $
Chiropraticien		N/A	75 %	35 $	
Diététicien		N/A	75 %	35 $	
Homéopathe		N/A	75 %	35 $	
Kinothérapeute		N/A	75 %	35 $	
Massothérapeute *		N/A	75 %	35 $	
Naturopathe		N/A	75 %	35 $	
Ostéopathe		N/A	75 %	35 $	
Physiothérapeute *		N/A	75 %	35 $	
Podiatre ou podologue		N/A	75 %	35 $	
Psychologue		N/A	75 %	35 $	
Orthophoniste		N/A	75 %	35 $	
Ergothérapeute		N/A	75 %	35 $	
BLOC IV - Autres frais					
SUR RECOMMANDATION MÉDICALE					
Location, achat ou réparation d'un fauteuil roulant non motorisé et lit d'hôpital (à l'exclusion du matelas)		N/A	75 %		Maximum viager de 5 000 $
Oxygène et location d'appareils nécessaires		N/A	75 %		
Services diagnostiques incluant rayon-X		N/A	75 %		500 $
Infirmier privé		N/A	75 %		10 000 $
Location ou achat de :					
corsets orthopédiques et bandes herniaires		N/A	75 %		
collet cervical		N/A	75 %		Un par année civile
appareils de marche ou aide à la mobilité : cannes, béquilles, marchette		N/A	75 %		
orthèses ou appareils orthopédiques		N/A	75 %		Un par période de 60 mois
dextromètre ou glucomètre pour diabétique insulino-dépendant		N/A	75 %		200 $ par 36 mois
fournitures pour diabétiques		N/A	75 %		
pompe à insuline et accessoires		N/A	75 %		Maximum viager de 2 000 $
frais d'imagerie par résonance magnétique (IRM)		N/A	75 %		1 000 $

SPÉCIMEN

SOMMAIRE DES PRESTATIONS Assurance maladie complémentaire		Plan de Base			
Garantie	**Description**	**Franchise**	**Coassurance**	**Maximum par visite**	**Maximum annuel par personne assurée**
BLOC IV – Autres frais (suite)					
SUR RECOMMANDATION MÉDICALE					
Orthèses ou supports plantaires		N/A	75 %		200 $
Fournitures pour colostomie, iléostomie, ou urostomie		N/A	75 %		Illimité
Location ou achat d'un neurostimulateur transcutané (TENS)		N/A	75 %		500 $
Achat d'un stérilet		N/A	75 %	100 $ par année civile	
Achat de bâtonnets réactifs, de seringues et d'aiguilles		N/A	75 %		Illimité
Soutiens-gorge (à la suite d'une mastectomie)		N/A	75 %	2 par année civile	
Bas pour varices ou phlébites		N/A	75 %	2 paires par année civile	
Achat de vêtements de pression pour brûlures		N/A	75 %	500 $ par 12 mois	
Machine maxi-mist, incluant les masques, ou appareil CPAP		N/A	75 %	Maximum 1 500 $ par 60 mois	
SANS RECOMMANDATION MÉDICALE					
Ambulance		N/A	75 %	Maximum viager de 5 000 $	
Achat de prothèses oculaires ou de membres artificiels		N/A	75 %	Maximum viager: un par oeil ou membre	
Prothèses mammaires externes à la suite d'une mastectomie		N/A	75 %	150 $ par 24 mois	
Achat de plâtres		N/A	75 %		Illimité
Appareil auditif		N/A	75 %	500 $ par 36 mois	
Prosthèses capillaires (nécessitées par une condition pathologique ou à la suite d'un traitement de chimiothérapie)		N/A	75 %	Maximum viager de 400 $	
Frais pour injections sclérosantes		N/A	75 %	25 $	15 visites par année
Soins dentaires à la suite d'un accident		N/A	75 %		5 000 $ par accident
Service de deuxième opinion médicale					**Inclus**
Prestations aux survivants					**24 mois**
BLOC V – Soins de la vue					
Frais d'examen de la vue par un optométriste ou un ophtalmologiste autorisé		N/A	75 %		50 $ par 24 mois
Verres correcteurs et montures de lunettes ou frais de lentilles cornéennes		N/A	N/A		N/A
Lentilles intraoculaires (le contrat doit avoir été en vigueur 24 mois)		N/A	N/A		N/A
Maximum viager global pour les BLOCS I, II, III, IV et V					**250 000 $**

SPÉCIMEN

PARA MED+

UV ASSURANCE

SOMMAIRE DES PRESTATIONS Assurance maladie complémentaire		Plan de Base			
Garantie	**Description**	**Franchise**	**Coassurance**	**Maximum par visite**	**Maximum annuel par personne assurée**
Le contrat et l'avenant se terminent au renouvellement suivant le 99e anniversaire de l'assuré principal.					
BLOC I - Hospitalisation					
Hospitalisation, chambre à deux lits (semi-privée)		N/A	100 %	200 $ par jour	3 000 $
Hôpital de convalescence		N/A	75 %	40 $ par jour	120 jours
BLOC II – Médicaments sur ordonnance * Il est à noter que ce régime de médicaments ne s'applique pas à la personne assurée qui réside dans la province du Québec.					
Médicaments (méd. génériques obligatoires)		N/A	75 %		850 $
Paiement direct					
BLOC III – Services paramédicaux *ordonnance requise					
Acupuncteur		N/A	75 %	35 $	300 $ par spécialiste Maximum global de 1 000 $
Chiropraticien		N/A	75 %	35 $	
Diététicien		N/A	75 %	35 $	
Homéopathe		N/A	75 %	35 $	
Kinothérapeute		N/A	75 %	35 $	
Massothérapeute *		N/A	75 %	35 $	
Naturopathe		N/A	75 %	35 $	
Ostéopathe		N/A	75 %	35 $	
Physiothérapeute *		N/A	75 %	35 $	
Podiatre ou podologue		N/A	75 %	35 $	
Psychologue		N/A	75 %	35 $	
Orthophoniste		N/A	75 %	35 $	
Ergothérapeute		N/A	75 %	35 $	
BLOC IV - Autres frais					
SUR RECOMMANDATION MÉDICALE					
Location, achat ou réparation d'un fauteuil roulant non motorisé et lit d'hôpital (à l'exclusion du matelas)		N/A	75 %		Maximum viager de 5 000 $
Oxygène et location d'appareils nécessaires		N/A	75 %		
Services diagnostiques incluant rayon-X		N/A	75 %		500 $
Infirmier privé		N/A	75 %		10 000 $
Location ou achat de :					
corsets orthopédiques et bandes herniaires		N/A	75 %		
collet cervical		N/A	75 %		Un par année civile
appareils de marche ou aide à la mobilité : cannes, béquilles, marchette		N/A	75 %		
orthèses ou appareils orthopédiques		N/A	75 %		Un par période de 60 mois
dextromètre ou glucomètre pour diabétique insulino-dépendant		N/A	75 %		200 $ par 36 mois
fournitures pour diabétiques		N/A	75 %		
pompe à insuline et accessoires		N/A	75 %		Maximum viager de 2 000 $
frais d'imagerie par résonance magnétique (IRM)		N/A	75 %		1 000 $

SPÉCIMEN

SOMMAIRE DES PRESTATIONS Assurance maladie complémentaire		Plan de Base			
Garantie	**Description**	**Franchise**	**Coassurance**	**Maximum par visite**	**Maximum annuel par personne assurée**
BLOC IV – Autres frais (suite)					
SUR RECOMMANDATION MÉDICALE					
Orthèses ou supports plantaires		N/A	75 %		200 $
Fournitures pour colostomie, iléostomie, ou urostomie		N/A	75 %		Illimité
Location ou achat d'un neurostimulateur transcutané (TENS)		N/A	75 %		500 $
Achat d'un stérilet		N/A	75 %	100 $ par année civile	
Achat de bâtonnets réactifs, de seringues et d'aiguilles		N/A	75 %		Illimité
Soutiens-gorge (à la suite d'une mastectomie)		N/A	75 %	2 par année civile	
Bas pour varices ou phlébites		N/A	75 %	2 paires par année civile	
Achat de vêtements de pression pour brûlures		N/A	75 %	500 $ par 12 mois	
Machine maxi-mist, incluant les masques, ou appareil CPAP		N/A	75 %	Maximum 1 500 $ par 60 mois	
SANS RECOMMANDATION MÉDICALE					
Ambulance		N/A	75 %	Maximum viager de 5 000 $	
Achat de prothèses oculaires ou de membres artificiels		N/A	75 %	Maximum viager: un par oeil ou membre	
Prothèses mammaires externes à la suite d'une mastectomie		N/A	75 %	150 $ par 24 mois	
Achat de plâtres		N/A	75 %		Illimité
Appareil auditif		N/A	75 %	500 $ par 36 mois	
Prosthèses capillaires (nécessitées par une condition pathologique ou à la suite d'un traitement de chimiothérapie)		N/A	75 %	Maximum viager de 400 $	
Frais pour injections sclérosantes		N/A	75 %	25 $	15 visites par année
Soins dentaires à la suite d'un accident		N/A	75 %		5 000 $ par accident
Service de deuxième opinion médicale					**Inclus**
Prestations aux survivants					**24 mois**
BLOC V – Soins de la vue					
Frais d'examen de la vue par un optométriste ou un ophtalmologiste autorisé		N/A	75 %		50 $ par 24 mois
Verres correcteurs et montures de lunettes ou frais de lentilles cornéennes		N/A	N/A		N/A
Lentilles intraoculaires (le contrat doit avoir été en vigueur 24 mois)		N/A	N/A		N/A
Maximum viager global pour les BLOCS I, II, III, IV et V					**250 000 $**

SPÉCIMEN

PARA MED+ | UV ASSURANCE

SOMMAIRE DES PRESTATIONS Assurance maladie complémentaire		Plan de Base Ultra			
Garantie	**Description**	**Franchise**	**Coassurance**	**Maximum par visite**	**Maximum annuel par personne assurée**
Le contrat et l'avenant se terminent au renouvellement suivant le 99e anniversaire de l'assuré principal.					
BLOC I - Hospitalisation					
Hospitalisation, chambre à deux lits (semi-privée)		N/A	100 %	200 $ par jour	3 000 $
Hôpital de convalescence		N/A	75 %	40 $ par jour	120 jours
BLOC II – Médicaments sur ordonnance * Il est à noter que ce régime de médicaments ne s'applique pas à la personne assurée qui réside dans la province du Québec.					
Médicaments (méd. génériques obligatoires)		N/A	N/A		N/A
Paiement direct					
BLOC III – Services paramédicaux *ordonnance requise					
Acupuncteur		N/A	75 %	50 $	300 $ par spécialiste Maximum global de 1 000 $
Chiropraticien		N/A	75 %	50 $	
Diététicien		N/A	75 %	50 $	
Homéopathe		N/A	75 %	50 $	
Kinothérapeute		N/A	75 %	50 $	
Massothérapeute *		N/A	75 %	50 $	
Naturopathe		N/A	75 %	50 $	
Ostéopathe		N/A	75 %	50 $	
Physiothérapeute *		N/A	75 %	50 $	
Podiatre ou podologue		N/A	75 %	50 $	
Psychologue		N/A	75 %	50 $	
Orthophoniste		N/A	75 %	50 $	
Ergothérapeute		N/A	75 %	50 $	
BLOC IV - Autres frais					
SUR RECOMMANDATION MÉDICALE					
Location, achat ou réparation d'un fauteuil roulant non motorisé et lit d'hôpital (à l'exclusion du matelas)		N/A	75 %		Maximum viager de 5 000 $
Oxygène et location d'appareils nécessaires		N/A	75 %		
Services diagnostiques incluant rayon-X		N/A	75 %		500 $
Infirmier privé		N/A	75 %		10 000 $
Location ou achat de :					
corsets orthopédiques et bandes herniaires		N/A	75 %		
collet cervical		N/A	75 %		Un par année civile
appareils de marche ou aide à la mobilité : cannes, béquilles, marchette		N/A	75 %		
orthèses ou appareils orthopédiques		N/A	75 %		Un par période de 60 mois
dextromètre ou glucomètre pour diabétique insulino-dépendant		N/A	75 %		200 $ par 36 mois
fournitures pour diabétiques		N/A	75 %		
pompe à insuline et accessoires		N/A	75 %		Maximum viager de 2 000 $
frais d'imagerie par résonance magnétique (IRM)		N/A	75 %		1 000 $

SPÉCIMEN

SOMMAIRE DES PRESTATIONS Assurance maladie complémentaire		Plan De Base Ultra			
Garantie	**Description**	**Franchise**	**Coassurance**	**Maximum par visite**	**Maximum annuel par personne assurée**
BLOC IV – Autres frais (suite)					
SUR RECOMMANDATION MÉDICALE					
Orthèses ou supports plantaires		N/A	75 %		200 $
Fournitures pour colostomie, iléostomie, ou urostomie		N/A	75 %		Illimité
Location ou achat d'un neurostimulateur transcutané (TENS)		N/A	75 %		500 $
Achat d'un stérilet		N/A	75 %	100 $ par année civile	
Achat de bâtonnets réactifs, de seringues et d'aiguilles		N/A	75 %		Illimité
Soutiens-gorge (à la suite d'une mastectomie)		N/A	75 %	2 par année civile	
Bas pour varices ou phlébites		N/A	75 %	2 paires par année civile	
Achat de vêtements de pression pour brûlures		N/A	75 %	500 $ par 12 mois	
Machine maxi-mist, incluant les masques, ou appareil CPAP		N/A	75 %	Maximum 1 500 $ par 60 mois	
SANS RECOMMANDATION MÉDICALE					
Ambulance		N/A	75 %	Maximum viager de 5 000 $	
Achat de prothèses oculaires ou de membres artificiels		N/A	75 %	Maximum viager : un par oeil ou membre	
Prothèses mammaires externes à la suite d'une mastectomie		N/A	75 %	150 $ par 24 mois	
Achat de plâtres		N/A	75 %		Illimité
Appareil auditif		N/A	75 %	500 $ par 36 mois	
Prosthèses capillaires (nécessitées par une condition pathologique ou à la suite d'un traitement de chimiothérapie)		N/A	75 %	Maximum viager de 400 $	
Frais pour injections sclérosantes		N/A	75 %	25 $	15 visites par année
Soins dentaires à la suite d'un accident		N/A	75 %		5 000 $ par accident
Service de deuxième opinion médicale					**Inclus**
Prestations aux survivants					**24 mois**
BLOC V – Soins de la vue					
Frais d'examen de la vue par un optométriste ou un ophtalmologiste autorisé		N/A	75 %		50 $ par 24 mois
Verres correcteurs et montures de lunettes ou frais de lentilles cornéennes		N/A	N/A		N/A
Lentilles intraoculaires (le contrat doit avoir été en vigueur 24 mois)		N/A	N/A		N/A
Maximum viager global pour les BLOCS I, II, III, IV et V					**300 000 $**

SPÉCIMEN

PARA MED+

UV ASSURANCE

SOMMAIRE DES PRESTATIONS Assurance maladie complémentaire		Plan de Base Ultra			
Garantie	**Description**	**Franchise**	**Coassurance**	**Maximum par visite**	**Maximum annuel par personne assurée**
Le contrat et l'avenant se terminent au renouvellement suivant le 99e anniversaire de l'assuré principal.					
BLOC I - Hospitalisation					
Hospitalisation, chambre à deux lits (semi-privée)		N/A	100 %	200 $ par jour	3 000 $
Hôpital de convalescence		N/A	75 %	40 $ par jour	120 jours
BLOC II – Médicaments sur ordonnance * Il est à noter que ce régime de médicaments ne s'applique pas à la personne assurée qui réside dans la province du Québec.					
Médicaments (méd. génériques obligatoires)		N/A	75 %		1 000 $
Paiement direct					
BLOC III – Services paramédicaux *ordonnance requise					
Acupuncteur		N/A	75 %	50 $	300 $ par spécialiste Maximum global de 1 000 $
Chiropraticien		N/A	75 %	50 $	
Diététicien		N/A	75 %	50 $	
Homéopathe		N/A	75 %	50 $	
Kinothérapeute		N/A	75 %	50 $	
Massothérapeute *		N/A	75 %	50 $	
Naturopathe		N/A	75 %	50 $	
Ostéopathe		N/A	75 %	50 $	
Physiothérapeute *		N/A	75 %	50 $	
Podiatre ou podologue		N/A	75 %	50 $	
Psychologue		N/A	75 %	50 $	
Orthophoniste		N/A	75 %	50 $	
Ergothérapeute		N/A	75 %	50 $	
BLOC IV - Autres frais					
SUR RECOMMANDATION MÉDICALE					
Location, achat ou réparation d'un fauteuil roulant non motorisé et lit d'hôpital (à l'exclusion du matelas)		N/A	75 %		Maximum viager de 5 000 $
Oxygène et location d'appareils nécessaires		N/A	75 %		
Services diagnostiques incluant rayon-X		N/A	75 %		500 $
Infirmier privé		N/A	75 %		10 000 $
Location ou achat de :					
corsets orthopédiques et bandes herniaires		N/A	75 %		
collet cervical		N/A	75 %		Un par année civile
appareils de marche ou aide à la mobilité : cannes, béquilles, marchette		N/A	75 %		
orthèses ou appareils orthopédiques		N/A	75 %		Un par période de 60 mois
dextromètre ou glucomètre pour diabétique insulino-dépendant		N/A	75 %		200 $ par 36 mois
fournitures pour diabétiques		N/A	75 %		
pompe à insuline et accessoires		N/A	75 %		Maximum viager de 2 000 $
frais d'imagerie par résonance magnétique (IRM)		N/A	75 %		1 000 $

SPÉCIMEN

SOMMAIRE DES PRESTATIONS Assurance maladie complémentaire		Plan De Base Ultra			
Garantie	**Description**	**Franchise**	**Coassurance**	**Maximum par visite**	**Maximum annuel par personne assurée**
BLOC IV – Autres frais (suite)					
SUR RECOMMANDATION MÉDICALE					
Orthèses ou supports plantaires		N/A	75 %		200 $
Fournitures pour colostomie, iléostomie, ou urostomie		N/A	75 %		Illimité
Location ou achat d'un neurostimulateur transcutané (TENS)		N/A	75 %		500 $
Achat d'un stérilet		N/A	75 %	100 $ par année civile	
Achat de bâtonnets réactifs, de seringues et d'aiguilles		N/A	75 %		Illimité
Soutiens-gorge (à la suite d'une mastectomie)		N/A	75 %	2 par année civile	
Bas pour varices ou phlébites		N/A	75 %	2 paires par année civile	
Achat de vêtements de pression pour brûlures		N/A	75 %	500 $ par 12 mois	
Machine maxi-mist, incluant les masques, ou appareil CPAP		N/A	75 %	Maximum 1 500 $ par 60 mois	
SANS RECOMMANDATION MÉDICALE					
Ambulance		N/A	75 %	Maximum viager de 5 000 $	
Achat de prothèses oculaires ou de membres artificiels		N/A	75 %	Maximum viager : un par oeil ou membre	
Prothèses mammaires externes à la suite d'une mastectomie		N/A	75 %	150 $ par 24 mois	
Achat de plâtres		N/A	75 %		Illimité
Appareil auditif		N/A	75 %	500 $ par 36 mois	
Prosthèses capillaires (nécessitées par une condition pathologique ou à la suite d'un traitement de chimiothérapie)		N/A	75 %	Maximum viager de 400 $	
Frais pour injections sclérosantes		N/A	75 %	25 $	15 visites par année
Soins dentaires à la suite d'un accident		N/A	75 %		5 000 $ par accident
Service de deuxième opinion médicale					**Inclus**
Prestations aux survivants					**24 mois**
BLOC V – Soins de la vue					
Frais d'examen de la vue par un optométriste ou un ophtalmologiste autorisé		N/A	75 %		50 $ par 24 mois
Verres correcteurs et montures de lunettes ou frais de lentilles cornéennes		N/A	N/A		N/A
Lentilles intraoculaires (le contrat doit avoir été en vigueur 24 mois)		N/A	N/A		N/A
Maximum viager global pour les BLOCS I, II, III, IV et V					**300 000 $**

SPÉCIMEN

SOMMAIRE DES PRESTATIONS Assurance maladie complémentaire		Plan Sélect			
Garantie	**Description**	**Franchise**	**Coassurance**	**Maximum par visite**	**Maximum annuel par personne assurée**
Le contrat et l'avenant se terminent au renouvellement suivant le 99e anniversaire de l'assuré principal.					
BLOC I - Hospitalisation					
Hospitalisation, chambre à deux lits (semi-privée)		N/A	100 %	200 $ par jour	3 000 $
Hôpital de convalescence		N/A	75 %	40 $ par jour	120 jours
BLOC II – Médicaments sur ordonnance * Il est à noter que ce régime de médicaments ne s'applique pas à la personne assurée qui réside dans la province du Québec. Pour avoir droit à cette protection, les résidents du Québec doivent avoir choisi l'option médicaments « Complément 1250 » ou « Complément 2500 ». Se référer au sommaire des prestations de cette option.					
Médicaments (méd. génériques obligatoires)		N/A	N/A		N/A
Paiement direct					
BLOC III – Services paramédicaux *ordonnance requise					
Acupuncteur		N/A	75 %		300 $ par spécialiste Maximum global de 1 000 $
Chiropraticien		N/A	75 %		
Diététicien		N/A	75 %		
Homéopathe		N/A	75 %		
Kinothérapeute		N/A	75 %		
Massothérapeute *		N/A	75 %		
Naturopathe		N/A	75 %		
Ostéopathe		N/A	75 %		
Physiothérapeute *		N/A	75 %		
Podiatre ou podologue		N/A	75 %		
Psychologue		N/A	75 %		
Orthophoniste		N/A	75 %		
Ergothérapeute		N/A	75 %		
BLOC IV - Autres frais					
SUR RECOMMANDATION MÉDICALE					
Location, achat ou réparation d'un fauteuil roulant non motorisé et lit d'hôpital (à l'exclusion du matelas)		N/A	75 %		Maximum viager de 5 000 $
Oxygène et location d'appareils nécessaires		N/A	75 %		
Services diagnostiques incluant rayon-X		N/A	75 %		500 $
Infirmier privé		N/A	75 %		10 000 $
Location ou achat de :					
corsets orthopédiques et bandes herniaires		N/A	75 %		
collet cervical		N/A	75 %		Un par année civile
appareils de marche ou aide à la mobilité : cannes, béquilles, marchette		N/A	75 %		
orthèses ou appareils orthopédiques		N/A	75 %		Un par période de 60 mois
dextromètre ou glucomètre pour diabétique insulino-dépendant		N/A	75 %		200 $ par 36 mois
fournitures pour diabétiques		N/A	75 %		
pompe à insuline et accessoires		N/A	75 %		Maximum viager de 2 000 $
frais d'imagerie par résonance magnétique (IRM)		N/A	75 %		1 000 $

SPÉCIMEN

PARAMED+ UV ASSURANCE

SOMMAIRE DES PRESTATIONS Assurance maladie complémentaire		Plan Sélect			
Garantie	**Description**	**Franchise**	**Coassurance**	**Maximum par visite**	**Maximum annuel par personne assurée**
BLOC IV – Autres frais (suite)					
SUR RECOMMANDATION MÉDICALE					
Orthèses ou supports plantaires		N/A	75 %		200 $
Fournitures pour colostomie, iléostomie, ou urostomie		N/A	75 %		Illimité
Location ou achat d'un neurostimulateur transcutané (TENS)		N/A	75 %		500 $
Achat d'un stérilet		N/A	75 %		100 $ par année civile
Achat de bâtonnets réactifs, de seringues et d'aiguilles		N/A	75 %		Illimité
Soutiens-gorge (à la suite d'une mastectomie)		N/A	75 %		2 par année civile
Bas pour varices ou phlébites		N/A	75 %		2 paires par année civile
Achat de vêtements de pression pour brûlures		N/A	75 %		500 $ par 12 mois
Machine maxi-mist, incluant les masques, ou appareil CPAP		N/A	75 %		Maximum 1 500 $ par 60 mois
SANS RECOMMANDATION MÉDICALE					
Ambulance		N/A	75 %		Maximum viager de 5 000 $
Achat de prothèses oculaires ou de membres artificiels		N/A	75 %		Maximum viager : un par oeil ou membre
Prothèses mammaires externes à la suite d'une mastectomie		N/A	75 %		150 $ par 24 mois
Achat de plâtres		N/A	75 %		Illimité
Appareil auditif		N/A	75 %		500 $ par 36 mois
Prosthèses capillaires (nécessitées par une condition pathologique ou à la suite d'un traitement de chimiothérapie)		N/A	75 %		Maximum viager de 400 $
Frais pour injections sclérosantes		N/A	75 %	25 $	15 visites par année
Soins dentaires à la suite d'un accident		N/A	75 %		5 000 $ par accident
Services de deuxième opinion médicale					**Inclus**
Prestations aux survivants					**24 mois**
BLOC V – Soins de la vue					
Frais d'examen de la vue par un optométriste ou un ophtalmologiste autorisé		N/A	75 %		50 $ par 24 mois
Verres correcteurs et montures de lunettes ou frais de lentilles cornéennes		N/A	N/A		N/A
Lentilles intraoculaires (le contrat doit avoir été en vigueur 24 mois)		N/A	N/A		N/A
Maximum viager global pour les BLOCS I, II, III, IV et V					**300 000 $**

SPÉCIMEN

PARA MED+ | UV ASSURANCE

SOMMAIRE DES PRESTATIONS Assurance maladie complémentaire		Plan Sélect			
Garantie	**Description**	**Franchise**	**Coassurance**	**Maximum par visite**	**Maximum annuel par personne assurée**
Le contrat et l'avenant se terminent au renouvellement suivant le 99e anniversaire de l'assuré principal.					
BLOC I - Hospitalisation					
Hospitalisation, chambre à deux lits (semi-privée)		N/A	100 %	200 $ par jour	3 000 $
Hôpital de convalescence		N/A	75 %	40 $ par jour	120 jours
BLOC II – Médicaments sur ordonnance * Il est à noter que ce régime de médicaments ne s'applique pas à la personne assurée qui réside dans la province du Québec. Pour avoir droit à cette protection, les résidents du Québec doivent avoir choisi l'option médicaments « Complément 1250 » ou « Complément 2500 ». Se référer au sommaire des prestations de cette option.					
Médicaments (méd. génériques obligatoires)		N/A	75 %		1 500 $
Paiement direct					
BLOC III – Services paramédicaux *ordonnance requise					
Acupuncteur		N/A	75 %		300 $ par spécialiste Maximum global de 1 000 $
Chiropraticien		N/A	75 %		
Diététicien		N/A	75 %		
Homéopathe		N/A	75 %		
Kinothérapeute		N/A	75 %		
Massothérapeute *		N/A	75 %		
Naturopathe		N/A	75 %		
Ostéopathe		N/A	75 %		
Physiothérapeute *		N/A	75 %		
Podiatre ou podologue		N/A	75 %		
Psychologue		N/A	75 %		
Orthophoniste		N/A	75 %		
Ergothérapeute		N/A	75 %		
BLOC IV - Autres frais					
SUR RECOMMANDATION MÉDICALE					
Location, achat ou réparation d'un fauteuil roulant non motorisé et lit d'hôpital (à l'exclusion du matelas)		N/A	75 %		Maximum viager de 5 000 $
Oxygène et location d'appareils nécessaires		N/A	75 %		
Services diagnostiques incluant rayon-X		N/A	75 %		500 $
Infirmier privé		N/A	75 %		10 000 $
Location ou achat de :					
corsets orthopédiques et bandes herniaires		N/A	75 %		
collet cervical		N/A	75 %		Un par année civile
appareils de marche ou aide à la mobilité : cannes, béquilles, marchette		N/A	75 %		
orthèses ou appareils orthopédiques		N/A	75 %		Un par période de 60 mois
dextromètre ou glucomètre pour diabétique insulino-dépendant		N/A	75 %		200 $ par 36 mois
fournitures pour diabétiques		N/A	75 %		
pompe à insuline et accessoires		N/A	75 %		Maximum viager de 2 000 $
frais d'imagerie par résonance magnétique (IRM)		N/A	75 %		1 000 $

SPÉCIMEN

PARAMED+ UV ASSURANCE

SOMMAIRE DES PRESTATIONS Assurance maladie complémentaire		Plan Sélect			
Garantie	**Description**	**Franchise**	**Coassurance**	**Maximum par visite**	**Maximum annuel par personne assurée**
BLOC IV – Autres frais (suite)					
SUR RECOMMANDATION MÉDICALE					
Orthèses ou supports plantaires		N/A	75 %		200 $
Fournitures pour colostomie, iléostomie, ou urostomie		N/A	75 %		Illimité
Location ou achat d'un neurostimulateur transcutané (TENS)		N/A	75 %		500 $
Achat d'un stérilet		N/A	75 %		100 $ par année civile
Achat de bâtonnets réactifs, de seringues et d'aiguilles		N/A	75 %		Illimité
Soutiens-gorge (à la suite d'une mastectomie)		N/A	75 %		2 par année civile
Bas pour varices ou phlébites		N/A	75 %		2 paires par année civile
Achat de vêtements de pression pour brûlures		N/A	75 %		500 $ par 12 mois
Machine maxi-mist, incluant les masques, ou appareil CPAP		N/A	75 %		Maximum 1 500 $ par 60 mois
SANS RECOMMANDATION MÉDICALE					
Ambulance		N/A	75 %		Maximum viager de 5 000 $
Achat de prothèses oculaires ou de membres artificiels		N/A	75 %		Maximum viager : un par oeil ou membre
Prothèses mammaires externes à la suite d'une mastectomie		N/A	75 %		150 $ par 24 mois
Achat de plâtres		N/A	75 %		Illimité
Appareil auditif		N/A	75 %		500 $ par 36 mois
Prosthèses capillaires (nécessitées par une condition pathologique ou à la suite d'un traitement de chimiothérapie)		N/A	75 %		Maximum viager de 400 $
Frais pour injections sclérosantes		N/A	75 %	25 $	15 visites par année
Soins dentaires à la suite d'un accident		N/A	75 %		5 000 $ par accident
Services de deuxième opinion médicale					**Inclus**
Prestations aux survivants					**24 mois**
BLOC V – Soins de la vue					
Frais d'examen de la vue par un optométriste ou un ophtalmologiste autorisé		N/A	75 %		50 $ par 24 mois
Verres correcteurs et montures de lunettes ou frais de lentilles cornéennes		N/A	N/A		N/A
Lentilles intraoculaires (le contrat doit avoir été en vigueur 24 mois)		N/A	N/A		N/A
Maximum viager global pour les BLOCS I, II, III, IV et V					**300 000 $**

SPÉCIMEN

PARA MED+ | UV ASSURANCE

SOMMAIRE DES PRESTATIONS Assurance maladie complémentaire		Plan de Luxe			
Garantie	**Description**	**Franchise**	**Coassurance**	**Maximum par visite**	**Maximum annuel par personne assurée**
Le contrat et l'avenant se terminent au renouvellement suivant le 99e anniversaire de l'assuré principal.					
BLOC I - Hospitalisation					
Hospitalisation, chambre à deux lits (semi-privée)		N/A	100 %	200 $ par jour	Illimité
Hôpital de convalescence		N/A	80 %	40 $ par jour	120 jours
BLOC II – Médicaments sur ordonnance * Il est à noter que ce régime de médicaments ne s'applique pas à la personne assurée qui réside dans la province du Québec. Pour avoir droit à cette protection, les résidents du Québec doivent avoir choisi l'option médicaments « Complément 1250 » ou « Complément 2500 ». Se référer au sommaire des prestations de cette option.					
Médicaments (méd. génériques obligatoires)		N/A	N/A		N/A
Paiement direct					
BLOC III – Services paramédicaux *ordonnance requise					
Acupuncteur		N/A	80 %		400 $ par spécialiste Maximum global de 1 200 $
Chiropraticien		N/A	80 %		
Diététicien		N/A	80 %		
Homéopathe		N/A	80 %		
Kinothérapeute		N/A	80 %		
Massothérapeute *		N/A	80 %		
Naturopathe		N/A	80 %		
Ostéopathe		N/A	80 %		
Physiothérapeute *		N/A	80 %		
Podiatre ou podologue		N/A	80 %		
Psychologue		N/A	80 %		
Orthophoniste		N/A	80 %		
Ergothérapeute		N/A	80 %		
BLOC IV - Autres frais					
SUR RECOMMANDATION MÉDICALE					
Location, achat ou réparation d'un fauteuil roulant non motorisé et lit d'hôpital (à l'exclusion du matelas)		N/A	80 %		Maximum viager de 5 000 $
Oxygène et location d'appareils nécessaires		N/A	80 %		
Services diagnostiques incluant rayon-X		N/A	80 %		500 $
Infirmier privé		N/A	80 %		10 000 $
Location ou achat de :			80 %		
corsets orthopédiques et bandes herniaires		N/A	80 %		
collet cervical		N/A	80 %		Un par année civile
appareils de marche ou aide à la mobilité : cannes, béquilles, marchette		N/A	80 %		
orthèses ou appareils orthopédiques		N/A	80 %		Un par période de 60 mois
dextromètre ou glucomètre pour diabétique insulino-dépendant		N/A	80 %		200 $ par 36 mois
fournitures pour diabétiques		N/A	80 %		
pompe à insuline et accessoires		N/A	80%		Maximum viager de 2 000 $
frais d'imagerie par résonance magnétique (IRM)		N/A	80 %		1 000 $

SPÉCIMEN

SOMMAIRE DES PRESTATIONS Assurance maladie complémentaire		Plan de Luxe			
Garantie	**Description**	**Franchise**	**Coassurance**	**Maximum par visite**	**Maximum annuel par personne assurée**
BLOC IV – Autres frais (suite)					
SUR RECOMMANDATION MÉDICALE					
Orthèses ou supports plantaires		N/A	80 %	200 $	
Fournitures pour colostomie, iléostomie, ou urostomie		N/A	80 %	Illimité	
Location ou achat d'un neurostimulateur transcutané (TENS)		N/A	80 %	500 $	
Achat d'un stérilet		N/A	80 %	100 $ par année civile	
Achat de bâtonnets réactifs, de seringues et d'aiguilles		N/A	80 %	Illimité	
Soutiens-gorge (à la suite d'une mastectomie)		N/A	80 %	2 par année civile	
Bas pour varices ou phlébites		N/A	80 %	2 paires par année civile	
Achat de vêtements de pression pour brûlures		N/A	80 %	500 $ par 12 mois	
Machine maxi-mist, incluant les masques, ou appareil CPAP		N/A	80 %	Maximum 1 500 $ par 60 mois	
SANS RECOMMANDATION MÉDICALE					
Ambulance		N/A	80 %	Maximum viager de 5 000 $	
Achat de prothèses oculaires ou de membres artificiels		N/A	80 %	Maximum viager: un par oeil ou membre	
Prothèses mammaires externes à la suite d'une mastectomie		N/A	80 %	150 $ par 24 mois	
Achat de plâtres		N/A	80 %	Illimité	
Appareil auditif		N/A	80 %	500 $ par 36 mois	
Prosthèses capillaires (nécessitées par une condition pathologique ou à la suite d'un traitement de chimiothérapie)		N/A	80 %	Maximum viager de 400 $	
Frais pour injections sclérosantes		N/A	80 %	25 $	15 visites par année
Soins dentaires à la suite d'un accident		N/A	80 %	5 000$ par accident	
Service de deuxième opinion médicale				**Inclus**	
Prestations aux survivants				**24 mois**	
BLOC V – Soins de la vue					
Frais d'examen de la vue par un optométriste ou un ophtalmologiste autorisé		N/A	80 %	50 $ par 24 mois	
Verres correcteurs et montures de lunettes ou frais de lentilles cornéennes		N/A	100 %	150 $ par 24 mois	
Lentilles intraoculaires (le contrat doit avoir été en vigueur 24 mois)		N/A	100 %	Maximum viager de 500$	
Maximum viager global pour les BLOCS I, II, III, IV et V				**350 000 $**	

SPECIMEN

PARA MED+ | UV ASSURANCE

SOMMAIRE DES PRESTATIONS Assurance maladie complémentaire		Plan de Luxe			
Garantie	**Description**	**Franchise**	**Coassurance**	**Maximum par visite**	**Maximum annuel par personne assurée**
Le contrat et l'avenant se terminent au renouvellement suivant le 99e anniversaire de l'assuré principal.					
BLOC I - Hospitalisation					
Hospitalisation, chambre à deux lits (semi-privée)		N/A	100 %	200 $ par jour	Illimité
Hôpital de convalescence		N/A	80 %	40 $ par jour	120 jours
BLOC II – Médicaments sur ordonnance * Il est à noter que ce régime de médicaments ne s'applique pas à la personne assurée qui réside dans la province du Québec. Pour avoir droit à cette protection, les résidents du Québec doivent avoir choisi l'option médicaments « Complément 1250 » ou « Complément 2500 ». Se référer au sommaire des prestations de cette option.					
Médicaments (méd. génériques obligatoires)		N/A	80 %		5 000 $
Paiement direct					
BLOC III – Services paramédicaux *ordonnance requise					
Acupuncteur		N/A	80 %		400 $ par spécialiste Maximum global de 1 200 $
Chiropraticien		N/A	80 %		
Diététicien		N/A	80 %		
Homéopathe		N/A	80 %		
Kinothérapeute		N/A	80 %		
Massothérapeute *		N/A	80 %		
Naturopathe		N/A	80 %		
Ostéopathe		N/A	80 %		
Physiothérapeute *		N/A	80 %		
Podiatre ou podologue		N/A	80 %		
Psychologue		N/A	80 %		
Orthophoniste		N/A	80 %		
Ergothérapeute		N/A	80 %		
BLOC IV - Autres frais					
SUR RECOMMANDATION MÉDICALE					
Location, achat ou réparation d'un fauteuil roulant non motorisé et lit d'hôpital (à l'exclusion du matelas)		N/A	80 %		Maximum viager de 5 000 $
Oxygène et location d'appareils nécessaires		N/A	80 %		
Services diagnostiques incluant rayon-X		N/A	80 %		500 $
Infirmier privé		N/A	80 %		10 000 $
Location ou achat de :			80 %		
corsets orthopédiques et bandes herniaires		N/A	80 %		
collet cervical		N/A	80 %		Un par année civile
appareils de marche ou aide à la mobilité : cannes, béquilles, marchette		N/A	80 %		
orthèses ou appareils orthopédiques		N/A	80 %		Un par période de 60 mois
dextromètre ou glucomètre pour diabétique insulino-dépendant		N/A	80 %		200 $ par 36 mois
fournitures pour diabétiques		N/A	80 %		
pompe à insuline et accessoires		N/A	80%		Maximum viager de 2 000 $
frais d'imagerie par résonance magnétique (IRM)		N/A	80 %		1 000 $

SPÉCIMEN

SOMMAIRE DES PRESTATIONS Assurance maladie complémentaire		Plan de Luxe			
Garantie	**Description**	**Franchise**	**Coassurance**	**Maximum par visite**	**Maximum annuel par personne assurée**
BLOC IV – Autres frais (suite)					
SUR RECOMMANDATION MÉDICALE					
Orthèses ou supports plantaires		N/A	80 %	200 $	
Fournitures pour colostomie, iléostomie, ou urostomie		N/A	80 %	Illimité	
Location ou achat d'un neurostimulateur transcutané (TENS)		N/A	80 %	500 $	
Achat d'un stérilet		N/A	80 %	100 $ par année civile	
Achat de bâtonnets réactifs, de seringues et d'aiguilles		N/A	80 %	Illimité	
Soutiens-gorge (à la suite d'une mastectomie)		N/A	80 %	2 par année civile	
Bas pour varices ou phlébites		N/A	80 %	2 paires par année civile	
Achat de vêtements de pression pour brûlures		N/A	80 %	500 $ par 12 mois	
Machine maxi-mist, incluant les masques, ou appareil CPAP		N/A	80 %	Maximum 1 500 $ par 60 mois	
SANS RECOMMANDATION MÉDICALE					
Ambulance		N/A	80 %	Maximum viager de 5 000 $	
Achat de prothèses oculaires ou de membres artificiels		N/A	80 %	Maximum viager: un par oeil ou membre	
Prothèses mammaires externes à la suite d'une mastectomie		N/A	80 %	150 $ par 24 mois	
Achat de plâtres		N/A	80 %	Illimité	
Appareil auditif		N/A	80 %	500 $ par 36 mois	
Prosthèses capillaires (nécessitées par une condition pathologique ou à la suite d'un traitement de chimiothérapie)		N/A	80 %	Maximum viager de 400 $	
Frais pour injections sclérosantes		N/A	80 %	25 $	15 visites par année
Soins dentaires à la suite d'un accident		N/A	80 %	5 000$ par accident	
Service de deuxième opinion médicale				**Inclus**	
Prestations aux survivants				**24 mois**	
BLOC V – Soins de la vue					
Frais d'examen de la vue par un optométriste ou un ophtalmologiste autorisé		N/A	80 %	50 $ par 24 mois	
Verres correcteurs et montures de lunettes ou frais de lentilles cornéennes		N/A	100 %	150 $ par 24 mois	
Lentilles intraoculaires (le contrat doit avoir été en vigueur 24 mois)		N/A	100 %	Maximum viager de 500$	
Maximum viager global pour les BLOCS I, II, III, IV et V				**350 000 $**	

SPECIMEN

PARAMED+ UV ASSURANCE

SOMMAIRE DES PRESTATIONS Assurance maladie complémentaire		Plan Optimum			
Garantie	**Description**	**Franchise**	**Coassurance**	**Maximum par visite**	**Maximum annuel par personne assurée**
Le contrat et l'avenant se terminent au renouvellement suivant le 99e anniversaire de l'assuré principal.					
BLOC I - Hospitalisation					
Hospitalisation, chambre à deux lits (semi-privée)		N/A	100 %	200 $ par jour	Illimité
Hôpital de convalescence		N/A	90 %	40 $ par jour	120 jours
BLOC II – Médicaments sur ordonnance * Il est à noter que ce régime de médicaments ne s'applique pas à la personne assurée qui réside dans la province du Québec. Pour avoir droit à cette protection, les résidents du Québec doivent avoir choisi l'option médicaments « Complément 1250 » ou « Complément 2500 ». Se référer au sommaire des prestations de cette option.					
Médicaments (méd. génériques obligatoires)		N/A	N/A		N/A
Paiement direct					
BLOC III – Services paramédicaux *ordonnance requise					
Acupuncteur		N/A	90 %		500 $ par spécialiste Maximum global de 1 500 $
Chiropraticien		N/A	90 %		
Diététicien		N/A	90 %		
Homéopathe		N/A	90 %		
Kinothérapeute		N/A	90 %		
Massothérapeute *		N/A	90 %		
Naturopathe		N/A	90 %		
Ostéopathe		N/A	90 %		
Physiothérapeute *		N/A	90 %		
Podiatre ou podologue		N/A	90 %		
Psychologue		N/A	90 %		
Orthophoniste		N/A	90 %		
Ergothérapeute		N/A	90 %		
BLOC IV - Autres frais					
SUR RECOMMANDATION MÉDICALE					
Location, achat ou réparation d'un fauteuil roulant non motorisé et lit d'hôpital (à l'exclusion du matelas)		N/A	90 %		Maximum viager de 5 000 $
Oxygène et location d'appareils nécessaires		N/A	90 %		
Services diagnostiques incluant rayon-X		N/A	90 %		500 $
Infirmier privé		N/A	90 %		10 000 $
Location ou achat de :			90 %		
corsets orthopédiques et bandes herniaires		N/A	90 %		
collet cervical		N/A	90 %		Un par année civile
appareils de marche ou aide à la mobilité : cannes, béquilles, marchette		N/A	90 %		
orthèses ou appareils orthopédiques		N/A	90 %		Un par période de 60 mois
dextromètre ou glucomètre pour diabétique insulino-dépendant		N/A	90 %		200 $ par 36 mois
fournitures pour diabétiques		N/A	90 %		
Pompe à insuline et accessoires		N/A	90 %		Maximum viager de 2 000 $
frais d'imagerie par résonance magnétique (IRM)		N/A	90 %		1 000 $

SPÉCIMEN

SOMMAIRE DES PRESTATIONS Assurance maladie complémentaire		Plan Optimum			
Garantie	**Description**	**Franchise**	**Coassurance**	**Maximum par visite**	**Maximum annuel par personne assurée**
BLOC IV – Autres frais (suite)					
SUR RECOMMANDATION MÉDICALE					
Orthèses ou supports plantaires		N/A	90 %	200 $	
Fournitures pour colostomie, iléostomie, ou urostomie		N/A	90 %	Illimité	
Location ou achat d'un neurostimulateur transcutané (TENS)		N/A	90 %	500 $	
Achat d'un stérilet		N/A	90 %	100 $ par année civile	
Achat de bâtonnets réactifs, de seringues et d'aiguilles		N/A	90 %	Illimité	
Soutiens-gorge (à la suite d'une mastectomie)		N/A	90 %	2 par année civile	
Bas pour varices ou phlébites		N/A	90 %	2 paires par année civile	
Achat de vêtements de pression pour brûlures		N/A	90 %	500 $ par 12 mois	
Machine maxi-mist, incluant les masques, ou appareil CPAP		N/A	90 %	Maximum 1 500 $ par 60 mois	
SANS RECOMMANDATION MÉDICALE					
Ambulance		N/A	90 %	Maximum viager de 5 000 $	
Achat de prothèses oculaires ou de membres artificiels		N/A	90 %	Maximum viager: un par oeil ou membre	
Prothèses mammaires externes à la suite d'une mastectomie		N/A	90 %	150 $ par 24 mois	
Achat de plâtres		N/A	90 %	Illimité	
Appareil auditif		N/A	90 %	500 $ par 36 mois	
Prosthèses capillaires (nécessitées par une condition pathologique ou à la suite d'un traitement de chimiothérapie)		N/A	90 %	Maximum viager de 400 $	
Frais pour injections sclérosantes		N/A	90 %	25 $	15 visites par année
Soins dentaires à la suite d'un accident		N/A	90 %	5 000 $ par accident	
Service de deuxième opinion médicale				**Inclus**	
Prestations aux survivants				**24 mois**	
BLOC V – Soins de la vue					
Frais d'examen de la vue par un optométriste ou un ophtalmologiste autorisé		N/A	90 %	75 $ par 24 mois	
Verres correcteurs et montures de lunettes ou frais de lentilles cornéennes		N/A	100 %	200 $ par 24 mois	
Lentilles intraoculaires (le contrat doit avoir été en vigueur 24 mois)		N/A	100 %	Maximum viager de 500$	
Maximum viager global pour les BLOCS I, II, III, IV et V				**500 000 $**	

SPECIMEN

PARAMED+ UV ASSURANCE

SOMMAIRE DES PRESTATIONS Assurance maladie complémentaire		Plan Optimum			
Garantie	**Description**	**Franchise**	**Coassurance**	**Maximum par visite**	**Maximum annuel par personne assurée**
Le contrat et l'avenant se terminent au renouvellement suivant le 99e anniversaire de l'assuré principal.					
BLOC I - Hospitalisation					
Hospitalisation, chambre à deux lits (semi-privée)		N/A	100 %	200 $ par jour	Illimité
Hôpital de convalescence		N/A	90 %	40 $ par jour	120 jours
BLOC II – Médicaments sur ordonnance * Il est à noter que ce régime de médicaments ne s'applique pas à la personne assurée qui réside dans la province du Québec. Pour avoir droit à cette protection, les résidents du Québec doivent avoir choisi l'option médicaments « Complément 1250 » ou « Complément 2500 ». Se référer au sommaire des prestations de cette option.					
Médicaments (méd. génériques obligatoires)		N/A	90 %		10 000 $
Paiement direct					
BLOC III – Services paramédicaux *ordonnance requise					
Acupuncteur		N/A	90 %		500 $ par spécialiste Maximum global de 1 500 $
Chiropraticien		N/A	90 %		
Diététicien		N/A	90 %		
Homéopathe		N/A	90 %		
Kinothérapeute		N/A	90 %		
Massothérapeute *		N/A	90 %		
Naturopathe		N/A	90 %		
Ostéopathe		N/A	90 %		
Physiothérapeute *		N/A	90 %		
Podiatre ou podologue		N/A	90 %		
Psychologue		N/A	90 %		
Orthophoniste		N/A	90 %		
Ergothérapeute		N/A	90 %		
BLOC IV - Autres frais					
SUR RECOMMANDATION MÉDICALE					
Location, achat ou réparation d'un fauteuil roulant non motorisé et lit d'hôpital (à l'exclusion du matelas)		N/A	90 %		Maximum viager de 5 000 $
Oxygène et location d'appareils nécessaires		N/A	90 %		
Services diagnostiques incluant rayon-X		N/A	90 %		500 $
Infirmier privé		N/A	90 %		10 000 $
Location ou achat de :			90 %		
corsets orthopédiques et bandes herniaires		N/A	90 %		
collet cervical		N/A	90 %		Un par année civile
appareils de marche ou aide à la mobilité : cannes, béquilles, marchette		N/A	90 %		
orthèses ou appareils orthopédiques		N/A	90 %		Un par période de 60 mois
dextromètre ou glucomètre pour diabétique insulino-dépendant		N/A	90 %		200 $ par 36 mois
fournitures pour diabétiques		N/A	90 %		
Pompe à insuline et accessoires		N/A	90 %		Maximum viager de 2 000 $
frais d'imagerie par résonance magnétique (IRM)		N/A	90 %		1 000 $

SPÉCIMEN

SOMMAIRE DES PRESTATIONS Assurance maladie complémentaire		Plan Optimum			
Garantie	**Description**	**Franchise**	**Coassurance**	**Maximum par visite**	**Maximum annuel par personne assurée**
BLOC IV – Autres frais (suite)					
SUR RECOMMANDATION MÉDICALE					
Orthèses ou supports plantaires		N/A	90 %	200 $	
Fournitures pour colostomie, iléostomie, ou urostomie		N/A	90 %	Illimité	
Location ou achat d'un neurostimulateur transcutané (TENS)		N/A	90 %	500 $	
Achat d'un stérilet		N/A	90 %	100 $ par année civile	
Achat de bâtonnets réactifs, de seringues et d'aiguilles		N/A	90 %	Illimité	
Soutiens-gorge (à la suite d'une mastectomie)		N/A	90 %	2 par année civile	
Bas pour varices ou phlébites		N/A	90 %	2 paires par année civile	
Achat de vêtements de pression pour brûlures		N/A	90 %	500 $ par 12 mois	
Machine maxi-mist, incluant les masques, ou appareil CPAP		N/A	90 %	Maximum 1 500 $ par 60 mois	
SANS RECOMMANDATION MÉDICALE					
Ambulance		N/A	90 %	Maximum viager de 5 000 $	
Achat de prothèses oculaires ou de membres artificiels		N/A	90 %	Maximum viager: un par oeil ou membre	
Prothèses mammaires externes à la suite d'une mastectomie		N/A	90 %	150 $ par 24 mois	
Achat de plâtres		N/A	90 %	Illimité	
Appareil auditif		N/A	90 %	500 $ par 36 mois	
Prosthèses capillaires (nécessitées par une condition pathologique ou à la suite d'un traitement de chimiothérapie)		N/A	90 %	Maximum viager de 400 $	
Frais pour injections sclérosantes		N/A	90 %	25 $	15 visites par année
Soins dentaires à la suite d'un accident		N/A	90 %	5 000 $ par accident	
Service de deuxième opinion médicale				**Inclus**	
Prestations aux survivants				**24 mois**	
BLOC V – Soins de la vue					
Frais d'examen de la vue par un optométriste ou un ophtalmologiste autorisé		N/A	90 %	75 $ par 24 mois	
Verres correcteurs et montures de lunettes ou frais de lentilles cornéennes		N/A	100 %	200 $ par 24 mois	
Lentilles intraoculaires (le contrat doit avoir été en vigueur 24 mois)		N/A	100 %	Maximum viager de 500$	
Maximum viager global pour les BLOCS I, II, III, IV et V				**500 000 $**	

SPECIMEN

SOMMAIRE DES PRESTATIONS		
Complément d'assurance médicament – 1250		
***Il est à noter que ce régime de médicaments est un complément de celui offert par la RAMQ et est disponible seulement pour les assurés qui réside dans la province du Québec**		
Garantie	**Coassurance**	**Maximum annuel par personne assurée**
Médicaments (médicaments génériques obligatoire)	80 %	1 250 $
Carte paiement direct		

Franchise annuelle applicable	
Protection Individuelle : 50 $	Protection Monoparentale : 100 $
Protection Couple : 100 $	Protection Familiale : 100 $

SPÉCIMEN

UV ASSURANCE

PARAMED+

SOMMAIRE DES PRESTATIONS		
Complément d'assurance médicament - 2500		
***Il est à noter que ce régime de médicaments est un complément de celui offert par la RAMQ et est disponible seulement pour les assurés qui réside dans la province du Québec**		
Garantie	**Coassurance**	**Maximum annuel par personne assurée**
Médicaments (médicaments génériques obligatoire)	80 %	2 500 $
Carte paiement direct		

Franchise annuelle applicable	
Protection Individuelle : 50 $	Protection Monoparentale : 100 $
Protection Couple : 100 $	Protection Familiale : 100 $

SPÉCIMEN

SOMMAIRE DES PRESTATIONS Assurance dentaire	Plan de Base	
Garantie	**Franchise**	**Coassurance**
Le contrat et l'avenant se terminent au renouvellement suivant le 99e anniversaire de l'assuré principal.		
Soins de base		
Services diagnostic (rappel aux 9 mois) Services de prévention (rappel aux 9 mois) Restaurations mineures Chirurgies mineures Anesthésie Périodontie Endodontie	S.O.	80 % 80 % 80 % 80 % 80 % 80 % 80 %
Restaurations et chirurgies majeures		
Restaurations majeures Chirurgies complexes	S.O.	0 % 0 %
Prothèses		
Prothèses amovibles Prothèses fixes	S.O.	0 % 0 %
Maximum global par personne assurée		
Première année (12 premiers mois consécutifs)	S.O.	500 $
Deuxième année (12 mois suivants consécutifs)	S.O.	750 $
Années suivantes	S.O.	1 000 $

LA PÉRIODE D'ATTENTE EST DE SIX (6) MOIS POUR LA GARANTIE D'ASSURANCE DENTAIRE

SPÉCIMEN

SOMMAIRE DES PRESTATIONS Assurance dentaire	Plan de Luxe	
Garantie	**Franchise**	**Coassurance**
Le contrat et l'avenant se terminent au renouvellement suivant le 99e anniversaire de l'assuré principal.		
Soins de base		
Services diagnostic (rappel aux 9 mois) Services de prévention (rappel aux 9 mois) Restaurations mineures Chirurgies mineures Anesthésie Périodontie Endodontie	S.O.	80 % 80 % 80 % 80 % 80 % 80 % 80 %
Restaurations et chirurgies majeures		
Restaurations majeures Chirurgies complexes	S.O.	50 % 50 %
Prothèses		
Prothèses amovibles Prothèses fixes	S.O.	50 % 50 %
Maximum global par personne assurée		
Première année (12 premiers mois consécutifs)	S.O.	750 $
Deuxième année (12 mois suivants consécutifs)	S.O.	1 100 $
Années suivantes	S.O.	1 500 $

LA PÉRIODE D'ATTENTE EST DE SIX (6) MOIS POUR LA GARANTIE D'ASSURANCE DENTAIRE

SPÉCIMEN

UV ASSURANCE

PARAMED+

SOMMAIRE DES PRESTATIONS				
Assurance voyage				
Garantie	**Description**	**Franchise**	**Coassurance**	**Maximum annuel par personne assurée**
Assurance voyage (se termine à l'âge de 75 ans)				
Assurance voyage	Voyage de 90 jours	N/A	100 %	Maximum viager de 5 000 000 $
Annulation de voyage		N/A		5 000$ par voyage
Assistance médicale		N/A		Inclus

SPÉCIMEN

UV ASSURANCE

PARA MED+

SOMMAIRE DES PRESTATIONS			
Assistance soins à domicile			
Les frais suivants sont admissibles lorsque la personne assurée est dépendante sur le plan fonctionnel			
Frais admissible	**Franchise**	**Coassurance**	**Maximum admissible par assuré**
Le contrat et l'avenant se terminent au renouvellement suivant le 99e anniversaire de l'assuré principal.			
Système surveillance	N/A	100%	1 000 $ par année civile
Indemnité de déménagement	N/A	100%	Maximum viager de 1 000 $
Repas	N/A	100%	700 $ par mois
Répit	N/A	100%	3 000 $ par année civile
Frais de déplacement	N/A	100%	750 $ par année civile
Soutien pour un aidant naturel	N/A	100%	1 500 $ par année civile
Infirmier privé ou préposé aux services de soutien à la personne	N/A	100%	75 $ par jour, maximum de 5 000 $ par année civile

Maximum viager pour la garantie Assistance soins à domicile	**25 000 $**

SPÉCIMEN

TABLE DES MATIÈRES

DESCRIPTION DU CONTRAT .....

SOMMAIRE DES PRESTATIONS .....

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

INFORMATION GÉNÉRALE DG-1

CONTRAT D'ASSURANCE.....DG-1

DÉFINITIONS.....DG-1

ADMISSIBILITÉ.....DG-3

ENTRÉE EN VIGUEUR DU CONTRAT DG-3

DÉCHÉANCE.....DG-3

INCONTESTABILITÉ DG-3

MODIFICATIONS PAR L'ASSURÉ DG-3

PAIEMENT DES PRIMES DG-3

DÉLAI DE GRÂCE DG-3

AVIS ET PREUVE DE RÉCLAMATION DG-3

RÉSILIATION DG-4

RÉSILIATION PAR L'ASSUREUR DG-4

REMISE EN VIGUEUR DG-4

PARTICIPATION AUX BÉNÉFICES DG-4

HYPOTHÈQUE ET CESSION.....DG-5

RENOUVELLEMENT DU CONTRAT.....DG-5

ÉTABLISSEMENT DE LA PRIME DG-5

MODIFICATION DES TAUX DE PRIMES.....DG-5

SUBROGATION DG-5

RECOUVREMENT DG-5

MONNAIE LÉGALE.....DG-5

ERREUR LORS DE LA DÉCLARATION DE L'ÂGE.....DG-6

CESSATION DE L'ASSURANCE.....DG-6

LOIS RÉGISSANT CE CONTRAT DG-6

SPÉCIMEN

ACCÈS AU DOSSIER DE L'ASSURÉ DG-6

GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE SANS MÉDICAMENTS

OBJET DE LA GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE AMCSM-1

ADMISSIBILITÉ ET CONDITIONS AMCSM-1

DÉFINITIONS AMCSM-1

FRAIS ADMISSIBLES AMCSM-1

BLOC I HOSPITALISATION AMCSM-2

BLOC II MÉDICAMENTS AMCSM-2

BLOC III SERVICES PARAMÉDICAUX AMCSM-2

BLOC IV AUTRES FRAIS AMCSM-2

BLOC V SOINS DE LA VUE AMCSM-4

MAXIMUM VIAGER GLOBAL AMCSM-4

COORDINATION DES PRESTATIONS AMCSM-4

PREUVES D'UN SINISTRE AMCSM-4

PROLONGATION AUX SURVIVANTS AMCSM-5

CESSATION DE L'ASSURANCE AMCSM-5

LIMITATION ET EXCLUSIONS AMCSM-5

GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE AVEC MÉDICAMENTS

OBJET DE LA GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE AMC-1

ADMISSIBILITÉ ET CONDITIONS AMC-1

DÉFINITIONS AMC-1

FRAIS ADMISSIBLES AMC-1

BLOC I HOSPITALISATION AMC-2

BLOC II MÉDICAMENTS AMC-2

BLOC III SERVICES PARAMÉDICAUX AMC-3

BLOC IV AUTRES FRAIS AMC-3

BLOC V SOINS DE LA VUE AMC-5

MAXIMUM VIAGER GLOBAL AMC-5

COORDINATION DES PRESTATIONS AMC-5

PREUVES D'UN SINISTRE AMC-5

SPÉCIMEN

PROLONGATION AUX SURVIVANTS AMC-6
CESSATION DE L'ASSURANCE AMC-6
LIMITATION ET EXCLUSIONS AMC-6

GARANTIE D'ASSURANCE DENTAIRE

OBJET DE LA GARANTIE D'ASSURANCE DENTAIRE DT-1
ADMISSIBILITÉ ET CONDITIONS DT-1
PERIODE D'ATTENTE DT-1
FRAIS ADMISSIBLES DT-1
MONTANT DES PRESTATIONS DT-1
MONTANT MAXIMUM DT-1
COORDINATION DES PRESTATIONS DT-2
OBLIGATION D'UNE PERSONNE ASSURÉE DE SOUMETTRE UN PLAN DE TRAITEMENT DT-2
PREUVES D'UN SINISTRE DT-2
PROLONGATION AUX SURVIVANTS DT-2
RÉTABLISSEMENT DE LA GARANTIE DT-2
FRAIS ADMISSIBLES DT-3
LIMITATIONS ET EXCLUSIONS DT-5
CESSATION DE L'ASSURANCE DT-6

ASSURANCE VOYAGE

OBJET DE LA GARANTIE D'ASSURANCE VOYAGE V-1
ADMISSIBILITÉ ET CONDITIONS V-1
DÉFINITIONS V-1
FRAIS ADMISSIBLES V-2
SERVICES D'ASSISTANCE MÉDICALE EN CAS D'URGENCE V-3
ANNULATION DE VOYAGE V-3
PROLONGATION AUX SURVIVANTS V-5
RÉDUCTION DE LA GARANTIE DUE À LA COORDINATION DES PRESTATIONS V-5
CESSATION DE L'ASSURANCE V-6
LIMITATIONS, RESTRICTION ET EXCLUSIONS V-6
LIMITATIONS V-6

SPÉCIMEN

RESTRICTIONS V-6
EXCLUSIONS V-6
AVIS ET PREUVES D'UN SINISTRE V-9

ASSISTANCE SOINS À DOMICILE

OBJET DE LA GARANTIE ASD-1
ADMISSIBILITÉ ET CONDITIONS ASD-1
DÉFINITIONS ASD-1
FRAIS ADMISSIBLES ASD-3
CESSATION DE L'ASSURANCE ASD-3
COORDINATION DES PRESTATIONS ASD-3
EXCLUSIONS ASD-4

AUTRE DOCUMENTS

AVENANTS .....

PROPOSITION .....

SPÉCIMEN

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

(Afin d'alléger le texte, le genre masculin utilisé dans le présent contrat inclut le genre féminin.)

INFORMATION GÉNÉRALE

Dès la date d'entrée en vigueur du contrat d'assurance, l'Assureur accepte de couvrir la personne assurée contre certains risques grâce à des protections figurant au Sommaire des Prestations. Des dispositions spécifiques s'appliquent à chacune des protections afin d'expliquer leurs particularités.

En contrepartie du paiement de la prime, lorsqu'un risque pour lequel une personne assurée est couverte se réalise, l'assureur s'engage à verser le montant d'assurance précisé au Sommaire des Prestations ou tout autre montant selon ce qui est prévu aux dispositions spécifiques d'une protection, sous réserve que la personne assurée transmette tous les renseignements et documents jugés nécessaires pour fins d'analyse de la demande.

CONTRAT D'ASSURANCE

La proposition, les dispositions générales et spécifiques, tout document annexé aux dispositions ainsi que tout document confirmant des modifications apportées au contrat après la signature de la proposition constituent, tous ensemble, le contrat dans son intégralité.

DÉFINITIONS

Dans le présent contrat, à moins que l'une des Prestations, une modification, un avenant ou le Sommaire des Prestations stipule autrement, on entend par:

a) ACCIDENT
Une atteinte corporelle constatée par un médecin, provenant directement et indépendamment de toute autre cause, de l'action soudaine, violente et imprévue d'une cause extérieure.

b) ÂGE
L'âge de la personne assurée atteint au dernier anniversaire au moment où il est calculé ou le jour où un événement prévu au contrat se produit, tel la date d'émission du contrat ou d'un avenant.

c) ANNÉE D'ASSURANCE
Les années d'assurance durent douze (12) mois et débutent à la date d'émission du contrat.

d) ASSURÉ
La personne assurée à l'exception du conjoint et des enfants à charge, tel qu'indiqué dans la description du contrat.

e) ASSUREUR
UV Assurance. UV Assurance est une raison sociale et marque de commerce de L'Union-Vie, compagnie mutuelle d'assurance.

f) BLESSURE
Lésion corporelle produite directement par un accident et indépendamment de toute autre cause.

g) COASSURANCE
Le pourcentage de remboursement qui s'applique sur les frais admissibles, après déduction de la franchise s'il y a lieu, tel que spécifié au Sommaire des Prestations.

h) CONJOINT
Désigne celui ou celle avec qui l'assuré est uni. Cette union doit être un mariage reconnu comme valide par les lois de la province de leur résidence ou l'état de fait d'une personne célibataire, veuve ou divorcée résidant en permanence depuis plus d'un (1) an avec une personne, elle-même célibataire, veuve ou divorcée, qu'elle présente publiquement comme son conjoint. La période précitée n'est pas applicable si un enfant est issu de l'union. La dissolution du mariage par jugement de divorce ou la séparation de corps fait perdre le statut de conjoint, de même que la séparation de fait depuis plus de trois (3) mois, dans le cas d'une union non légalement contractée.

Le conjoint est celui désigné par l'assuré. En tout temps une seule personne peut être assurée en tant que conjoint.

SPÉCIMEN

i) ENFANT À CHARGE

Désigne un enfant célibataire, légitime, naturel ou adoptif de l'assuré, de son conjoint ou des deux, qui dépend de l'assuré pour son soutien, est domicilié au Canada et qui :

1) est âgé de plus de 24 heures et de moins de 21 ans et ne travaille pas plus de 20 heures par semaine, à moins d'être un étudiant à temps plein;
2) est âgé de 21 ans ou plus mais de moins de 26 ans s'il étudie régulièrement de jour, à temps plein, dans une institution d'enseignement reconnue; ou
3) quel que soit son âge, est atteint d'une invalidité physique ou mentale résultant d'un accident ou d'une maladie et nécessitant des soins médicaux réguliers. L'invalidité doit avoir débuté alors qu'il était un enfant à charge comme défini précédemment et doit rendre cette personne totalement incapable d'exercer un emploi rémunérateur.

j) FAMILLE IMMÉDIATE

La famille immédiate d'une personne assurée signifie le conjoint (ou conjoint de fait), les parents, grands-parents, enfants, petits-enfants, frères et sœurs âgés de plus de dix-huit (18) ans.

k) FRAIS ADMISSIBLES

Frais encourus par la personne assurée pour des services ou des fournitures de soins de santé qui sont :

- Médicalement nécessaires;
- Des frais usuels et coutumiers;
- Préalablement prescrits par un médecin ou un professionnel de la santé;
- Rendus par un fournisseur approuvé.

Les services ou les fournitures de soins de santé ne sont pas des frais admissibles s'ils ont été fournis ou prescrits par la personne assurée elle-même, par un membre de sa famille immédiate, un collègue de travail ou son employeur.

l) FRAIS USUELS ET COUTUMIERS

Frais qui ne dépassent pas le tarif généralement reconnu dans la région où les services ou les fournitures de soins de santé sont fournis.

m) GUIDE DES TARIFS

Désigne le guide des tarifs des actes bucco-dentaires de l'association dentaire de la province de résidence de l'assuré.

n) FRANCHISE

La partie des frais admissibles indiquée au Sommaire de Prestations qui doit être assumée par la personne assurée, s'il y a lieu, à chaque année d'assurance avant que la garantie ne donne droit à un remboursement.

o) MALADIE

Une détérioration de la santé ou un désordre de l'organisme certifié par un médecin spécialisé à traiter la maladie. La grossesse n'est pas considérée une maladie; seules les complications graves de la grossesse sont considérées comme une détérioration de la santé.

p) MÉDECIN

Désigne toute personne légalement autorisée à exercer la médecine dans le domaine de sa compétence. Le médecin ne doit pas être la personne assurée, ni un membre de sa famille immédiate.

q) PÉRIODE D'ATTENTE

Désigne la période continue indiquée au Sommaire des prestations qui commence à la Date d'entrée en vigueur du contrat durant laquelle l'assuré n'est éligible à aucun remboursement ni prestation.

r) PERSONNE ASSURÉE

Désigne l'assuré, son conjoint et un enfant à charge, tel que spécifié dans le contrat.

s) SIÈGE SOCIAL

C.P. 696, Drummondville, Québec, J2B 6W9

SPÉCIMEN

ADMISSIBILITÉ

Pour être admissible à la couverture du présent contrat, la personne assurée doit résider au Canada et être assurée en vertu des régimes provinciaux d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation de leur province de résidence.

ENTRÉE EN VIGUEUR DU CONTRAT

Ce contrat entre en vigueur dès l'acceptation de la proposition par l'Assureur à son siège social à condition que :

- la première prime a été payée
- aucun changement n'est survenu dans l'assurabilité de la personne à assurer entre la date de signature de la proposition et la date de livraison du contrat.

DÉCHÉANCE

Les obligations de l'assureur se terminent automatiquement à la fin du délai de grâce si les primes sont toujours impayées à cette date. Le contrat devient alors en déchéance.

INCONTESTABILITÉ

Après que ce contrat ait été en vigueur pendant deux (2) ans du vivant de la personne assurée, mais sous réserve de toute loi à laquelle ce contrat est assujetti, les déclarations faites dans la proposition sont acceptées comme vraies et incontestables, en l'absence de déclarations frauduleuses ou de déclarations erronées quant à l'âge. Si le contrat tombe en déchéance et est ensuite remis en vigueur, la présente clause est valable à compter de la date de la remise en vigueur. Lors de l'ajout d'un avenant ou d'une garantie au présent contrat, cette disposition s'applique à compter de la date d'entrée en vigueur de cet avenant ou de cette garantie.

MODIFICATIONS PAR L'ASSURÉ

Ce contrat peut être modifié en tout temps à la suite d'une demande écrite de l'assuré et avec le consentement de L'Assureur par un avenant dûment signé par une personne autorisée de l'Assureur.

Toute demande de modification est soumise aux règles administratives de l'Assureur en vigueur au moment de la demande.

PAIEMENT DES PRIMES

Les primes sont payables d'avance à compter de la date d'entrée en vigueur du contrat au siège social de l'Assureur. Sous réserve des règles administratives de l'assureur, le mode de paiement peut être modifié.

Toute prime payée est acquise à l'Assureur.

DÉLAI DE GRÂCE

Un délai de trente (30) jours est accordé pour le paiement de toute prime autre que la première. Le contrat reste en vigueur durant ce délai mais aucune prestation n'est payable jusqu'à la date de paiement de la prime.

AVIS ET PREUVE DE RÉCLAMATION

Dans le cas de réclamation d'un montant payable en vertu du contrat, l'Assureur peut exiger toutes les preuves nécessaires à l'établissement du droit à la réclamation.

a) AVIS DE SINISTRE
Tout sinistre donnant droit à une prestation en vertu de ce contrat doit être rapporté par écrit à l'assureur au plus tard dans les quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent la fin de l'année civile dudit sinistre.

b) PREUVES
La personne assurée doit soumettre à l'assureur les preuves requises/pièces justificatives selon la garantie, au plus tard dans les quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent la fin de l'année civile où les frais admissibles ont été encourus. Les frais reliés à l'obtention des preuves satisfaisantes sont à la charge de la personne assurée.

SPÉCIMEN

L'Assureur est en droit de recevoir tous renseignements jugés nécessaires pour l'étude de la demande de réclamation, notamment des renseignements de nature personnelle ou médicale sur la personne assurée.

c) PAIEMENT

L'assureur paie les prestations dues au maximum dans les trente (30) jours qui suivent la date de réception de toutes les preuves requises. Aucune somme ne sera payée advenant un refus de transmettre les renseignements nécessaires à l'étude de la demande de réclamation par la personne assurée ou toute autre personne agissant en son nom.

Tout montant payable du vivant de la personne assurée est payé à l'assuré et tout montant payable après le décès de l'assuré est payé à sa succession.

RÉSILIATION

1. RÉSILIATION PAR L'ASSURÉ

Le présent contrat peut être résilié par l'assuré par un avis écrit à l'Assureur ou son mandataire. La date de résiliation correspond à la date de réception de l'avis. Lors d'un paiement de prime sur base mensuelle, un délai de 10 jours ouvrables avant la date de prélèvement doit être respecté sinon la prime sera encaissée et la date de résiliation correspondra à la date de la fin de la période couverte par ce paiement.

2. RÉSILIATION POUR PRIME IMPAYÉE

Sous réserve des dispositions contraires énoncées dans le contrat, lorsqu'une prime est en souffrance à la fin du délai de grâce, le présent contrat est résilié et devient nul.

3. RÉSILIATION POUR FAUSSE DÉCLARATION

Sous réserve de la clause d'incontestabilité, en cas d'omission de divulguer à l'Assureur des renseignements importants ou de ne pas déclarer fidèlement des faits importants qui auraient entraîné une décision différente au niveau de la sélection des risques, le présent contrat est résilié et devient nul.

Aucune prestation n'aurait été payable et l'assureur versera à titre de règlement un montant égal à la somme des primes payées, sans intérêt, moins toutes prestations payées. Une somme pourrait être due de la part de l'assuré.

4. RÉSILIATION POUR DÉCLARATION FRAUDULEUSE

Lorsqu'une fausse déclaration est effectuée par la personne assurée sur un fait essentiel avec l'intention d'induire l'assureur en erreur et/ou de lui nuire, le présent contrat est résilié et devient nul.

Sans s'y limiter, une déclaration frauduleuse signifie :

- Omettre d'informer l'assureur d'un fait essentiel;
- Présenter de façon inexacte un fait essentiel dans la proposition, lors d'un examen médical ou dans tout autre élément d'information que l'assureur a utilisé comme preuve d'assurabilité.

Aucune prestation n'aurait été payable et l'assureur versera à titre de règlement un montant égal à la somme des primes payées, sans intérêt, moins toutes prestations payées. Une somme pourrait être due de la part de l'assuré.

RÉSILIATION PAR L'ASSUREUR

Le contrat est garanti renouvelable. Tant et aussi longtemps que l'assuré paie ses primes, l'assureur ne peut résilier le contrat avant que l'assuré atteigne l'âge maximal.

REMISE EN VIGUEUR

Il est possible de remettre en vigueur le présent contrat du vivant de l'assuré dans un délai de deux (2) ans à compter de la date de résiliation en fournissant des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'Assureur et en versant les primes impayées.

PARTICIPATION AUX BÉNÉFICES

Le présent contrat ne participe pas aux surplus de l'Assureur.

SPÉCIMEN

HYPOTHÈQUE ET CESSION

Ce contrat ne peut faire l'objet de cession ni d'hypothèque.

RENOUVELLEMENT DU CONTRAT

Ce contrat est d'une durée d'un an renouvelable automatiquement, pourvu qu'aucune prime ne soit en souffrance le jour précédent le renouvellement.

Tant et aussi longtemps que l'assuré paie ses primes, l'assureur ne peut résilier le contrat avant que l'assuré atteigne l'âge maximal.

ÉTABLISSEMENT DE LA PRIME

Pour les primes à l'âge atteint
L'Assureur établit la prime en fonction des protections choisies, du sexe et de l'âge de l'assuré à la date de signature de la proposition. Au renouvellement la prime est établie en fonction du sexe et de l'âge de l'assuré à la date anniversaire du contrat et des protections choisies.

Pour les primes nivelées
L'Assureur établit la prime en fonction des protections choisies, du sexe et de l'âge de l'assuré à la date de signature de la proposition. Au renouvellement la prime est établie en fonction de l'âge de l'assuré à la date de signature de la proposition, du sexe et des protections choisies.

MODIFICATION DES TAUX DE PRIMES

L'Assureur peut modifier les taux de prime à toute date d'anniversaire du contrat et ce à condition qu'il modifie les primes de chaque contrat identique. Un avis écrit doit être envoyé à l'assuré 30 jours avant tout changement des taux. Aucune augmentation ne peut s'appliquer moins de 12 mois après l'augmentation de la précédente, sauf si une modification au contrat est demandée par l'assuré.

L'Assureur se réserve également le droit de modifier les taux de primes en tout temps lors de changement dans une législation provinciale ou fédérale qui a un impact sur :

- la taxation des primes d'assurance;
- les frais admissibles offerts en vertu du présent contrat.

SUBROGATION

Dès que l'assureur s'engage à rembourser ou rembourse des frais, il se substitue à la personne assurée concernant tous droits de recouvrement et peut intenter une poursuite judiciaire au nom de la personne assurée pour faire valoir ces droits.

RECOUVREMENT

L'Assureur est en droit de récupérer toute somme payée en trop.

MONNAIE LÉGALE

Tous les montants payables à l'Assureur ou par l'Assureur en vertu de ce contrat le sont en monnaie légale du Canada.

SPÉCIMEN

ERREUR LORS DE LA DÉCLARATION DE L'ÂGE

La fausse déclaration sur l'âge de la personne assurée n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Dans ce cas, la date réelle de la naissance, établie à la satisfaction de l'assureur, sert de base au calcul de la prime et il est fait un réajustement équitable des primes et des montants assurés au contrat, s'il y a lieu.

L'assureur est fondé à demander la nullité du contrat lorsque l'âge de la personne assurée se trouve, à la date d'émission du contrat, hors des limites d'âge fixées par la garantie applicable.

Aucune erreur d'âge ne peut avoir pour effet de prolonger tout montant d'assurance au-delà de la date à laquelle ces montants se seraient terminés, tenant compte de l'âge réel d'un assuré.

CESSATION DE L'ASSURANCE

L'assurance d'une personne assurée, en vertu du présent contrat ou de l'une de ses garanties ou avenants, prend fin à la première des dates suivantes, à 24:00 heures:

a) la date de résiliation du présent contrat ou de la garantie concernée;

b) le jour où la personne assurée ne répond plus aux critères d'admissibilité;

c) le jour où le conjoint ou un enfant à charge ne répond plus à la définition;

d) l'assurance du conjoint ou des enfants à charge cesse le jour où l'assuré n'est plus admissible;

e) la date de réception chez l'assureur d'un avis écrit de terminaison de l'assuré ou à toute date ultérieure mentionnée dans l'avis;

f) la date de terminaison des garanties indiquée au contrat.

LOIS RÉGISSANT CE CONTRAT

Le Contrat est régi par les lois de la province ou du territoire où la proposition a été signée ainsi que par les lois fédérales applicables.

ACCÈS AU DOSSIER DE L'ASSURÉ

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements personnels détenus au sujet de l'assuré, l'assureur s'engage de la façon suivante à constituer un dossier d'assurance de personnes dans lequel seront versés les renseignements concernant la demande d'assurance de l'assuré, ainsi que les renseignements relatifs à toute réclamation d'assurance.

Seuls les employés, conseillers juridiques ou mandataires de l'assureur qui seront responsables de la souscription, des enquêtes et des déclarations auront accès à ce dossier.

Le dossier de l'assuré est détenu par L'Union-Vie, compagnie mutuelle d'assurance et son mandataire. L'assuré a le droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans ce dossier et le cas échéant, de les faire rectifier en formulant une demande écrite à l'assureur, à l'attention du responsable de l'accès à l'information.

SPECIMEN

GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE SANS MÉDICAMENTS

Cette garantie comprend l'assurance en cas d'hospitalisation et l'assurance en cas de frais médicaux et paramédicaux. Aucun médicament n'est couvert sous cette garantie et ce pour toutes les provinces canadiennes

OBJET DE LA GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

L'objet de la présente garantie est de rembourser les frais admissibles à la suite d'hospitalisation ainsi que les frais médicaux et paramédicaux encourus à la suite d'un accident ou d'une maladie par une personne assurée, pendant que cette garantie est en vigueur, selon les modalités de règlement indiquées au Sommaire des Prestations.

ADMISSIBILITÉ ET CONDITIONS

Seules les personnes qui sont couvertes en vertu d'un régime gouvernemental d'hospitalisation et de soins de santé de sa province de résidence sont admissibles à l'assurance.

La présente garantie couvre les frais de services ou des fournitures médicaux engagés par la personne assurée, selon un frais usuel et coutumier conforme à la pratique courante, décrits au Sommaire des Prestations, sous réserve des limites et exclusions applicables.

Les frais doivent être engagés dans la province de résidence de la personne assurée.

DÉFINITIONS :

a) HÔPITAL

Désigne un centre hospitalier de soins de courte durée ou de longue durée tel qu'établi en vertu des lois en vigueur, à l'exclusion de toute partie d'un tel centre qui serait réservée aux soins prolongés.

Un centre de protection de l'enfance ou de la jeunesse, un hôpital pour soins psychiatriques ou tuberculeux, un sanatorium, une résidence pour personnes âgées, un établissement pour traiter des dépendances, un centre de répit pour personnes handicapées, ayant une déficience intellectuelle ou établissement dont le but est de prodiguer des soins de garde n'est pas considéré comme un hôpital.

b) HÔPITAL DE CONVALESCENCE

Un établissement public offrant des soins de convalescence aux patients qui sont en tout temps sous les soins directs d'un médecin. L'établissement doit être enregistré auprès de l'organisme gouvernemental approprié et offrir des soins infirmiers de façon permanente.

Un centre de protection de l'enfance ou de la jeunesse, un hôpital pour soins psychiatriques ou tuberculeux, un sanatorium, une résidence pour personnes âgées, un établissement pour traiter des dépendances, un centre de répit pour personnes handicapées, ayant une déficience intellectuelle ou établissement dont le but est de prodiguer des soins de garde n'est pas considéré comme un hôpital de convalescence.

c) MÉDICAMENT INTERCHANGEABLE

Désigne un médicament de marque et son équivalent générique approuvé.

FRAIS ADMISSIBLES

Pour chacune des personnes assurées en vertu de la présente garantie, l'assureur rembourse, sujet à la franchise, à la coassurance, et ce, jusqu'aux montants maximums, les frais usuels et coutumiers indiqués au Sommaire des Prestations:

SPECIMEN

BLOC I

HOSPITALISATION

L'objet de l'assurance hospitalisation est de rembourser un montant pour chaque jour où une personne assurée doit, à cause de maladie ou de blessure, séjourner dans un hôpital ou un hôpital de convalescence sur la recommandation d'un médecin, sujet à la franchise, à la coassurance et ce jusqu'au maximum indiqué au Sommaire des Prestations.

a) HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE

Les frais de séjour selon le type de chambre indiqué au Sommaire des Prestations dans un hôpital pour y recevoir des soins de courte durée, excédant ceux qui sont remboursés ou remboursables en vertu d'un régime d'assurance gouvernemental.

Les soins de courte durée couverts sont les soins de prévention, de diagnostic médical et de traitement médical pour maladie aiguë.

b) HÔPITAL DE CONVALESCENCE

Les frais de séjour selon le type de chambre indiqué au Sommaire des Prestations dans un hôpital de convalescence excédant ceux qui sont remboursés ou remboursables en vertu d'un régime d'assurance gouvernemental, alors que la présente garantie est en vigueur.

La personne assurée doit être admise moins de quatorze (14) jours après avoir obtenu son congé de l'hôpital dans lequel elle avait été admise pour y recevoir des soins de courte durée ou avoir été admise à l'hôpital durant moins d'une journée pour une intervention nécessitant une anesthésie locale. Les frais admissibles sont limités à une période maximale indiquée au Sommaire des Prestations.

BLOC II

MÉDICAMENTS

Cette garantie ne comprend aucune couverture pour les médicaments.

BLOC III

SERVICES PARAMÉDICAUX

Sujet à la franchise, la coassurance et jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Sommaire des Prestations, sont couverts les frais pour services paramédicaux rendus par un:

- Acupuncteur
- Homéopathe
- Naturopathe
- Podiatre ou podologue
- Ergothérapeute
- Chiropraticien
- Kinothérapeute
- Ostéopathe
- Psychologue
- Diététicien
- Massothérapeute *
- Physiothérapeute *
- Orthophoniste

*Frais admissibles nécessitant une recommandation médicale

Le montant maximum et le nombre de visites par année civile pour chaque spécialiste ou chaque regroupement de spécialistes est indiqué au Sommaire des Prestations.

Le spécialiste doit être membre en règle de son association professionnelle, laquelle doit être reconnue par l'Assureur. Les services rendus doivent relever de leur spécialité et le spécialiste ne doit pas être un membre de la famille immédiate.

Les frais admissibles sont limités à un traitement par jour par spécialiste.

BLOC IV

AUTRES FRAIS

Sujet à la franchise, la coassurance et jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Sommaire des Prestations, sont couverts les frais énumérés ci-dessous, à condition qu'ils soient prescrits par un médecin comme nécessaires au traitement d'une maladie ou d'un accident et qu'ils soient normaux et raisonnables par rapport à la pratique médicale courante :

a) location ou achat d'un modèle de base, à la discrétion de l'assureur, d'une chaise roulante non motorisée, d'un lit d'hôpital standard (sauf le matelas) ou de tout autre équipement normalement conçu pour être utilisé dans un hôpital à des fins thérapeutiques temporaires;

SPÉCIMEN

b) location ou achat, à la discrétion de l'assureur, d'un appareil d'assistance respiratoire et oxygène. La personne assurée doit obtenir l'autorisation préalable de l'assureur avant tout achat ou toute location et à défaut d'obtenir cette autorisation, l'assureur peut refuser la demande de règlement;

c) lorsqu'ils sont jugés nécessaires pour fins de prévention ou de diagnostic, les frais suivants d'analyses de laboratoire, examens radiologiques tels que frais de tomographies par ordinateur (scanners), échographies, électrocardiogrammes, mammographies, rayons X (sauf pour les dents et les orthèses) sujet au maximum indiqué au Sommaire de Prestations par période de 12 mois consécutifs;

d) les frais pour soins à domicile d'un infirmier rendus nécessaires après une hospitalisation ou après une intervention chirurgicale nécessitant une anesthésie locale effectuée à l'hôpital. Les soins nécessitent une approbation préalable de la part de l'assureur. L'infirmier doit être membre en règle d'une association professionnelle de la province de résidence de la personne assurée;

e) location ou achat, à la discrétion de l'assureur, des fournitures ou équipement médicaux suivants :

a. corsets orthopédiques et bandes herniaires;

b. collet cervical;

c. appareils de marche ou aides à la mobilité requis temporairement pour fins thérapeutiques, tels béquilles, cannes ou marchettes;

d. orthèses ou appareils orthopédiques qui servent à maintenir une partie du corps en bonne position. Sont exclus les bandes de maintien élastiques et les orthèses du pied;

f) l'achat ou la réparation d'un appareil pour le traitement et le contrôle du diabète tel un glucomètre, un système de dosage de l'insuline, un injecteur d'insuline à pression ou tout autre appareil approuvé par l'assureur est payable sur présentation d'un rapport complet d'un médecin attestant que la personne assurée est insulino-dépendant;

La pompe à insuline n'est pas admissible sous cette description mais sous la description « Pompe à insuline »

g) les frais pour les fournitures pour diabète suivants :

a. autopiqueur, y compris les plates-formes mais excluant les lancettes;

b. les ensembles de perfusion, excluant la pompe à perfusion;

Les capteurs de glucose ne sont pas admissibles;

h) Les frais d'une pompe à insuline pour le traitement du diabète de type1 et ses accessoires s'y rapportant;

i) lorsqu'ils sont jugés nécessaires pour fins de prévention ou de diagnostic, les frais d'imagerie par résonance magnétique sujets au maximum indiqué au Sommaire de Prestations par période de 12 mois consécutifs;

j) l'achat d'éléments correctifs ajoutés à des chaussures ordinaires, d'orthèses ou de supports plantaires, jusqu'à concurrence du montant maximum admissible et de la période indiqués au Sommaire des Prestations. Ces éléments doivent être vendus par un laboratoire orthopédique spécialisé et peuvent également être prescrits par un podiatre;

k) l'achat de fournitures diverses nécessaires suite à une colostomie, une iléostomie ou une urostomie;

l) location ou achat, à la discrétion de l'assureur, d'un appareil neurostimulateur électrique transcutané (tens). La personne assurée doit obtenir l'autorisation préalable de l'assureur avant tout achat ou toute location et à défaut d'obtenir cette autorisation, l'assureur peut refuser la demande de règlement;

m) l'achat d'un stérilet;

n) l'achat de bâtonnets réactifs, de seringues et d'aiguilles pour diabétiques;

o) l'achat de soutien-gorge post opératoire;

p) l'achat de bas avec support élastique pour varices ou phlébites, auprès d'une maison spécialisée;

q) vêtements compressifs pour brûlures majeures;

r) location ou achat, à la discrétion de l'assureur, d'appareil de ventilation spontanée en pression positive continue (CPAP) ou d'un appareil maxi-mist, incluant les masques.

Tous les frais énumérés ci-dessous sont couverts sans qu'une recommandation médicale soit nécessaire :

SPECIMEN

s) en cas d'urgence survenue dans la province de résidence, les frais de transport à l'hôpital dans une ambulance dûment autorisée à cette fin, ainsi que le transport par train ou par avion à l'hôpital le plus près, si la personne ne peut être transportée autrement;

t) les frais d'achat de prothèse oculaire ou membres artificiels, sujet d'une prothèse par membre viager;

u) l'achat de prothèses mammaires externes, nécessitées à la suite d'une mastectomie, en excédent du montant versé par un régime gouvernemental, sujet à une prothèse mammaire externe par période de 24 mois;

v) l'achat de plâtre;

w) l'achat ou la réparation d'un appareil auditif, prescrit par un audiologiste, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Sommaire des Prestations, par période de 36 mois consécutifs;

x) l'achat d'une prothèse capillaire nécessaire à la suite de traitements de chimiothérapie ou une condition pathologique;

y) les frais pour la substance utilisée pour les injections sclérosantes requises médicalement et administrées par un médecin;

z) sont couverts sujet à l'approbation de l'assureur, les frais pour soins dentaires rendus par un chirurgien-dentiste, hors d'un hôpital, nécessaires par suite de blessures accidentelles aux dents naturelles, saines et entières, pendant que la personne est assurée. Les services doivent être rendus dans les six (6) mois suivant l'accident et cette garantie doit toujours être en vigueur au moment où les soins sont prodigués. Les frais doivent être engagés dans la province de résidence de l'assuré.

Les montants couverts sont déterminés en fonction du guide des tarifs des dentistes généralistes applicable dans la province où les soins sont rendus, édition de l'année durant laquelle les frais ont été engagés.

Les dommages accidentels aux dents qui surviennent en mangeant sont exclus.

BLOC V

SOINS DE LA VUE

Sujet à la franchise, la coassurance et jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Sommaire des Prestations, sont couverts les frais suivants :

1. pour l'achat ou la réparation de verres correcteurs et de monture de lunettes ou de verres de contact obtenus sur ordonnance écrite d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste, jusqu'à concurrence du montant maximum admissible et de la période indiqués au Sommaire des Prestations. Les frais pour l'achat de lunettes de soleil ou de lunettes de protection, avec verres correctifs ou pas, ne sont pas remboursables;
2. les frais pour l'examen de la vue effectué par un ophtalmologiste ou par un optométriste autorisé, jusqu'à concurrence du montant maximum admissible et de la période indiqués au Sommaire des Prestations.
3. lentilles cornéennes ou lentilles intra-oculaires à la suite d'une opération, sous réserve d'un maximum viager indiqué au Sommaire des Prestations.

MAXIMUM VIAGER GLOBAL

Le déboursé total effectué par l'assureur pour cette garantie est limité au montant indiqué au Sommaire des Prestations par personne assurée.

RÉDUCTION DE LA GARANTIE DUE À LA COORDINATION DES PRESTATIONS

Lorsque, en vertu d'un autre contrat d'assurance ou toute autre forme de couverture d'assurance d'un régime privé ou public, une personne assurée a droit à des prestations semblables à celles prévues par la présente garantie, les prestations payables par l'assureur sont ajustées de sorte que le total des sommes payées ou payables pour tous les contrats n'excède pas cent pour cent (100%) des frais admissibles en vertu de la présente garantie.

La présente garantie couvre les frais en excédent de toutes les autres couvertures dont une personne assurée pourrait être admissible. Si le ou les autres régimes de la personne assurée ont un plafond de protection suffisamment élevé pour couvrir le sinistre en entier, aucune prestation ne sera alors payée. La présente garantie est le deuxième payeur.

PREUVES D'UN SINISTRE

Les frais admissibles sont remboursables sur présentation des factures originales des déboursés.

Pour établir la preuve d'un sinistre, une personne assurée doit soumettre à l'assureur les notes ou factures originales des fournisseurs de soins ou de produits.

SPECIMEN

La personne assurée doit se soumettre à un examen médical, lorsque l'assureur est justifié de le demander en raison de la nature des soins requis par l'état de santé de la personne. Lorsqu'un examen médical est requis, le médecin est désigné et payé par l'assureur.

L'assureur peut aussi demander, aux frais de la personne assurée, un rapport du professionnel de la santé qui traite la personne assurée.

L'assureur peut exiger des déclarations de la personne qui demande les prestations et aussi l'utilisation des formulaires fournis par l'assureur.

PROLONGATION AUX SURVIVANTS

Si, au moment du décès de l'assuré, son conjoint ou enfant à charge sont assurées en vertu de la présente garantie, l'assurance du conjoint ou enfant à charge est maintenue en vigueur sans paiement des primes, jusqu'à la plus rapprochée des dates suivantes:

a) vingt-quatre (24) mois après la date du décès de l'assuré;

b) la date à laquelle le conjoint ou l'enfant à charge ne répond plus aux critères d'admissibilité ou à leur définition;

c) la date de prise d'effet d'une assurance similaire auprès d'un autre assureur;

d) la date de résiliation de la présente garantie ou du contrat.

CESSATION DE L'ASSURANCE

En plus des motifs de la cessation de l'assurance de l'assuré stipulés dans la section intitulée "Dispositions générales" du présent contrat, l'assurance d'une personne assurée en vertu de la présente garantie prend fin à la première des dates suivantes, à 24:00 heures:

a) la date de réception chez l'assureur d'un avis écrit de résiliation de l'assuré ou à toute autre date ultérieure indiquée sur cet avis;

b) la date où la personne assurée ne répond plus aux critères d'admissibilité ou à leur définition;

c) la date de terminaison indiquée au Sommaire des Prestations.

LIMITATION ET EXCLUSIONS

Aucune prestation n'est payable pour les pertes résultant des causes ou événements suivants:

a) la participation de la personne assurée à un acte ou tentative d'acte criminel;

b) toute blessure ou maladie qui résulte de la participation active de la personne assurée à un affrontement public, à une émeute, à une insurrection ou à une opération militaire, que la guerre soit déclarée ou non;

c) le suicide ou toute blessure ou lésion que la personne assurée s'est infligée, qu'elle soit saine d'esprit ou non;

d) les frais encourus pour des soins non médicalement nécessaires, ou donnés dans un but esthétique ou des soins qui excèdent les soins ordinaires;

e) tous les frais payables ou remboursables ou qui habituellement l'auraient été en vertu de tout régime d'assurance gouvernemental, ou régime privé;

f) tous frais engagés en raison d'une maladie ou d'un accident relevant d'un organisme provincial de la province de résidence de la personne assurée, tels que la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (C.N.E.S.S.T.) ou de la Société de l'assurance automobile du Québec (S.A.A.Q.) etc.;

g) tous les frais en excédent des frais raisonnables, compte tenu de la gravité du cas, des tarifs normaux en usage dans la région et des procédés normalement utilisés;

h) tous les soins ou services donnés gratuitement ou qui le seraient à défaut d'assurance ou qui ne sont pas à la charge de la personne assurée;

i) les frais relatifs à un voyage de santé, à une cure de repos, à l'alimentation ou à un traitement d'amaigrissement;

j) les soins ou services donnés par une personne membre de la famille immédiate de la personne assurée;

k) les frais médicaux résultant de toute maladie ou blessure attribuable à une occupation ou à un emploi pour salaire ou profit;

SPÉCIMEN

l) les frais pour l'injection de substances sclérosantes dans les varicosités des membres inférieurs, donnée dans un but non médical;

m) les médicaments "grand public" qui ne nécessitent pas d'ordonnance médicale;

n) les médicaments qui nécessitent une ordonnance médicale.

SPÉCIMEN

GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE AVEC MÉDICAMENTS

Cette garantie comprend l'assurance en cas d'hospitalisation et l'assurance en cas de frais médicaux et paramédicaux (incluant les médicaments).

OBJET DE LA GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE AVEC MÉDICAMENTS

L'objet de la présente garantie est de rembourser les frais admissibles à la suite d'hospitalisation ainsi que les frais médicaux et paramédicaux encourus à la suite d'un accident ou d'une maladie par une personne assurée, pendant que cette garantie est en vigueur, selon les modalités de règlement indiquées au Sommaire des Prestations.

ADMISSIBILITÉ ET CONDITIONS

Seules les personnes qui sont couvertes en vertu d'un régime gouvernemental d'hospitalisation et de soins de santé de sa province de résidence sont admissibles à l'assurance.

La présente garantie couvre les frais de services ou des fournitures médicaux engagés par la personne assurée, selon un frais usuel et coutumier conforme à la pratique courante, décrits au Sommaire des Prestations, sous réserve des limites et exclusions applicables.

Les frais doivent être engagés dans la province de résidence de la personne assurée.

DÉFINITIONS :

a) HÔPITAL

Désigne un centre hospitalier de soins de courte durée ou de longue durée tel qu'établi en vertu des lois en vigueur, à l'exclusion de toute partie d'un tel centre qui serait réservée aux soins prolongés.

Un centre de protection de l'enfance ou de la jeunesse, un hôpital pour soins psychiatriques ou tuberculeux, un sanatorium, une résidence pour personnes âgées, un établissement pour traiter des dépendances, un centre de répit pour personnes handicapées, ayant une déficience intellectuelle ou établissement dont le but est de prodiguer des soins de garde n'est pas considéré comme un hôpital.

b) HÔPITAL DE CONVALESCENCE

Un établissement public offrant des soins de convalescence aux patients qui sont en tout temps sous les soins directs d'un médecin. L'établissement doit être enregistré auprès de l'organisme gouvernemental approprié et offrir des soins infirmiers de façon permanente.

Un centre de protection de l'enfance ou de la jeunesse, un hôpital pour soins psychiatriques ou tuberculeux, un sanatorium, une résidence pour personnes âgées, un établissement pour traiter des dépendances, un centre de répit pour personnes handicapées, ayant une déficience intellectuelle ou établissement dont le but est de prodiguer des soins de garde n'est pas considéré comme un hôpital de convalescence.

c) MÉDICAMENT INTERCHANGEABLE

Désigne un médicament de marque et son équivalent générique approuvé.

FRAIS ADMISSIBLES

Pour chacune des personnes assurées en vertu de la présente garantie, l'assureur rembourse, sujet à la franchise, à la coassurance, et ce, jusqu'aux montants maximums, les frais usuels et coutumiers indiqués au Sommaire des Prestations:

SPECIMEN

BLOC I

HOSPITALISATION

L'objet de l'assurance hospitalisation est de rembourser un montant pour chaque jour où une personne assurée doit, à cause de maladie ou de blessure, séjourner dans un hôpital ou un hôpital de convalescence sur la recommandation d'un médecin, sujet à la franchise, à la coassurance et ce jusqu'au maximum indiqué au Sommaire des Prestations.

a) HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE

Les frais de séjour selon le type de chambre indiqué au Sommaire des Prestations dans un hôpital pour y recevoir des soins de courte durée, excédant ceux qui sont remboursés ou remboursables en vertu d'un régime d'assurance gouvernemental.

Les soins de courte durée couverts sont les soins de prévention, de diagnostic médical et de traitement médical pour maladie aiguë.

b) HÔPITAL DE CONVALESCENCE

Les frais de séjour selon le type de chambre indiqué au Sommaire des Prestations dans un hôpital de convalescence excédant ceux qui sont remboursés ou remboursables en vertu d'un régime d'assurance gouvernemental, alors que la présente garantie est en vigueur.

La personne assurée doit être admise moins de quatorze (14) jours après avoir obtenu son congé de l'hôpital dans lequel elle avait été admise pour y recevoir des soins de courte durée ou avoir été admise à l'hôpital durant moins d'une journée pour une intervention nécessitant une anesthésie locale. Les frais admissibles sont limités à une période maximale indiquée au Sommaire des Prestations.

BLOC II

MÉDICAMENTS

QUÉBEC - POUR LES PERSONNES ASSURÉES QUI RÉSIDENT DANS LA PROVINCE DE QUÉBEC

L'assureur rembourse la franchise et la coassurance que la personne assurée doit assumer et débourser en vertu du Régime général prévu à la Loi sur l'assurance-médicaments du Québec et administré par la Régie de l'assurance-maladie du Québec ou d'un régime d'assurance privé. Le tout sujet à la franchise, la coassurance et jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Sommaire des Prestations.

Également, sujet à la franchise, la coassurance et jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Sommaire des Prestations, sont couverts les frais pour médicaments nécessaires au traitement d'une maladie ou d'un accident ne pouvant s'obtenir qu'avec une ordonnance médicale émise par un médecin, un dentiste ou tout autre professionnel de la santé autorisé à prescrire des médicaments en vertu de la législation provinciale de la province de résidence de la personne assurée.

Les médicaments admissibles doivent:

1. Être dispensés par un pharmacien ou tout autre fournisseur approuvé par l'assureur;
2. Être approuvés par Santé Canada;
3. Détenir un numéro d'identification (DIN).

L'assureur rembourse le coût du médicament interchangeable dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, quel que soit le médicament prescrit, sauf si le médecin précise et justifie qu'aucune substitution n'est possible.

Une provision maximale de 90 jours est permise (30 jours pourrait s'appliquer à certains médicaments).

SPECIMEN

POUR LES PERSONNES ASSURÉES QUI RÉSIDENT AU CANADA (À L'EXCEPTION DU QUÉBEC)

Sujet à la franchise, la coassurance et jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Sommaire des Prestations, sont couverts les frais pour médicaments nécessaires au traitement d'une maladie ou d'un accident ne pouvant s'obtenir qu'avec une ordonnance médicale émise par un médecin, un dentiste ou tout autre professionnel de la santé autorisé à prescrire des médicaments en vertu de la législation provinciale de la province de résidence de la personne assurée.

Les médicaments admissibles doivent:

1. Être dispensés par un pharmacien ou tout autre fournisseur approuvé par l'assureur;
2. Être approuvés par Santé Canada;
3. Détenir un numéro d'identification (DIN).

L'assureur rembourse le coût du médicament interchangeable dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, quel que soit le médicament prescrit, sauf si le médecin précise et justifie qu'aucune substitution n'est possible.

Une provision maximale de 90 jours est permise (30 jours pourrait s'appliquer à certains médicaments).

BLOC III

SERVICES PARAMÉDICAUX

Sujet à la franchise, la coassurance et jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Sommaire des Prestations, sont couverts les frais pour services paramédicaux rendus par un:

- Acupuncteur
- Homéopathe
- Naturopathe
- Podiatre ou podologue
- Ergothérapeute
- Chiropraticien
- Kinothérapeute
- Ostéopathe
- Psychologue
- Diététicien
- Massothérapeute *
- Physiothérapeute *
- Orthophoniste

*Frais admissibles nécessitant une recommandation médicale

Le montant maximum et le nombre de visites par année civile pour chaque spécialiste ou chaque regroupement de spécialistes est indiqué au Sommaire des Prestations.

Le spécialiste doit être membre en règle de son association professionnelle, laquelle doit être reconnue par l'Assureur. Les services rendus doivent relever de leur spécialité et le spécialiste ne doit pas être un membre de la famille immédiate.

Les frais admissibles sont limités à un traitement par jour par spécialiste.

BLOC IV

AUTRES FRAIS

Sujet à la franchise, la coassurance et jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Sommaire des Prestations, sont couverts les frais énumérés ci-dessous, à condition qu'ils soient prescrits par un médecin comme nécessaires au traitement d'une maladie ou d'un accident et qu'ils soient normaux et raisonnables par rapport à la pratique médicale courante :

a) location ou achat d'un modèle de base, à la discrétion de l'assureur, d'une chaise roulante non motorisée, d'un lit d'hôpital standard (sauf le matelas) ou de tout autre équipement normalement conçu pour être utilisé dans un hôpital à des fins thérapeutiques temporaires;

b) location ou achat, à la discrétion de l'assureur, d'un appareil d'assistance respiratoire et oxygène. La personne assurée doit obtenir l'autorisation préalable de l'assureur avant tout achat ou toute location et à défaut d'obtenir cette autorisation, l'assureur peut refuser la demande de règlement;

c) lorsqu'ils sont jugés nécessaires pour fins de prévention ou de diagnostic, les frais suivants d'analyses de laboratoire, examens radiologiques tels que frais de tomographies par ordinateur (scanners), échographies, électrocardiogrammes, mammographies, rayons X (sauf pour les dents et les orthèses) sujet au maximum indiqué au Sommaire de Prestations par période de 12 mois consécutifs;

d) les frais pour soins à domicile d'un infirmier rendus nécessaires après une hospitalisation ou après une intervention chirurgicale nécessitant une anesthésie locale effectuée à l'hôpital. Les soins nécessitent une

SPÉCIMEN

approbation préalable de la part de l'assureur. L'infirmier doit être membre en règle d'une association professionnelle de la province de résidence de la personne assurée;

e) location ou achat, à la discrétion de l'assureur, des fournitures ou équipement médicaux suivants :

a. corsets orthopédiques et bandes herniaires;

b. collet cervical;

c. appareils de marche ou aides à la mobilité requis temporairement pour fins thérapeutiques, tels béquilles, cannes ou marchettes;

d. orthèses ou appareils orthopédiques qui servent à maintenir une partie du corps en bonne position. Sont exclus les bandes de maintien élastiques et les orthèses du pied;

f) l'achat ou la réparation d'un appareil pour le traitement et le contrôle du diabète tel un glucomètre, un système de dosage de l'insuline, un injecteur d'insuline à pression ou tout autre appareil approuvé par l'assureur est payable sur présentation d'un rapport complet d'un médecin attestant que la personne assurée est insulino-dépendant;

La pompe à insuline n'est pas admissible sous cette description mais sous la description « Pompe à insuline »

g) les frais pour les fournitures pour diabète suivants :

a. autopiqueur, y compris les plates-formes mais excluant les lancettes;

b. les ensembles de perfusion, excluant la pompe à perfusion;

Les capteurs de glucose ne sont pas admissibles;

h) Les frais d'une pompe à insuline pour le traitement du diabète de type1 et ses accessoires s'y rapportant;

i) lorsqu'ils sont jugés nécessaires pour fins de prévention ou de diagnostic, les frais d'imagerie par résonance magnétique sujets au maximum indiqué au Sommaire de Prestations par période de 12 mois consécutifs;

j) l'achat d'éléments correctifs ajoutés à des chaussures ordinaires, d'orthèses ou de supports plantaires, jusqu'à concurrence du montant maximum admissible et de la période indiqués au Sommaire des Prestations. Ces éléments doivent être vendus par un laboratoire orthopédique spécialisé et peuvent également être prescrits par un podiatre;

k) l'achat de fournitures diverses nécessaires suite à une colostomie, une iléostomie ou une urostomie;

l) location ou achat, à la discrétion de l'assureur, d'un appareil neurostimulateur électrique transcutané (tens). La personne assurée doit obtenir l'autorisation préalable de l'assureur avant tout achat ou toute location et à défaut d'obtenir cette autorisation, l'assureur peut refuser la demande de règlement;

m) l'achat d'un stérilet;

n) l'achat de bâtonnets réactifs, de seringues et d'aiguilles pour diabétiques;

o) l'achat de soutien-gorge post opératoire;

p) l'achat de bas avec support élastique pour varices ou phlébites, auprès d'une maison spécialisée;

q) vêtements compressifs pour brûlures majeures;

r) location ou achat, à la discrétion de l'assureur, d'appareil de ventilation spontanée en pression positive continue (CPAP) ou d'un appareil maxi-mist, incluant les masques.

Tous les frais énumérés ci-dessous sont couverts sans qu'une recommandation médicale soit nécessaire :

s) en cas d'urgence survenue dans la province de résidence, les frais de transport à l'hôpital dans une ambulance dûment autorisée à cette fin, ainsi que le transport par train ou par avion à l'hôpital le plus près, si la personne ne peut être transportée autrement;

t) les frais d'achat de prothèse oculaire ou membres artificiels, sujet d'une prothèse par membre viager;

u) l'achat de prothèses mammaires externes, nécessitées à la suite d'une mastectomie, en excédent du montant versé par un régime gouvernemental, sujet à une prothèse mammaire externe par période de 24 mois;

v) l'achat de plâtre;

w) l'achat ou la réparation d'un appareil auditif, prescrit par un audiologiste, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Sommaire des Prestations, par période de 36 mois consécutifs;

SPECIMEN

x) l'achat d'une prothèse capillaire nécessaire à la suite de traitements de chimiothérapie ou une condition pathologique;

y) les frais pour la substance utilisée pour les injections sclérosantes requises médicalement et administrées par un médecin;

z) sont couverts sujet à l'approbation de l'assureur, les frais pour soins dentaires rendus par un chirurgien-dentiste, hors d'un hôpital, nécessaires par suite de blessures accidentelles aux dents naturelles, saines et entières, pendant que la personne est assurée. Les services doivent être rendus dans les six (6) mois suivant l'accident et cette garantie doit toujours être en vigueur au moment où les soins sont prodigués. Les frais doivent être engagés dans la province de résidence de l'assuré.

Les montants couverts sont déterminés en fonction du guide des tarifs des dentistes généralistes applicable dans la province où les soins sont rendus, édition de l'année durant laquelle les frais ont été engagés.

Les dommages accidentels aux dents qui surviennent en mangeant sont exclus.

BLOC V

SOINS DE LA VUE

Sujet à la franchise, la coassurance et jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Sommaire des Prestations, sont couverts les frais suivants :

1. pour l'achat ou la réparation de verres correcteurs et de monture de lunettes ou de verres de contact obtenus sur ordonnance écrite d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste, jusqu'à concurrence du montant maximum admissible et de la période indiqués au Sommaire des Prestations. Les frais pour l'achat de lunettes de soleil ou de lunettes de protection, avec verres correctifs ou pas, ne sont pas remboursables;
2. les frais pour l'examen de la vue effectué par un ophtalmologiste ou par un optométriste autorisé, jusqu'à concurrence du montant maximum admissible et de la période indiqués au Sommaire des Prestations.
3. lentilles cornéennes ou lentilles intra-oculaires à la suite d'une opération, sous réserve d'un maximum viager indiqué au Sommaire des Prestations.

MAXIMUM VIAGER GLOBAL

Le déboursé total effectué par l'assureur pour cette garantie est limité au montant indiqué au Sommaire des Garanties par personne assurée.

RÉDUCTION DE LA GARANTIE DUE À LA COORDINATION DES PRESTATIONS

Lorsque, en vertu d'un autre contrat d'assurance ou toute autre forme de couverture d'assurance d'un régime privé ou public, une personne assurée a droit à des prestations semblables à celles prévues par la présente garantie, les prestations payables par l'assureur sont ajustées de sorte que le total des sommes payées ou payables pour tous les contrats n'excède pas cent pour cent (100%) des frais admissibles en vertu de la présente garantie.

La présente garantie couvre les frais en excédent de toutes les autres couvertures dont une personne assurée pourrait être admissible. Si le ou les autres régimes de la personne assurée ont un plafond de protection suffisamment élevé pour couvrir le sinistre en entier, aucune prestation ne sera alors payée. La présente garantie est le deuxième payeur.

PREUVES D'UN SINISTRE

Les frais admissibles sont remboursables sur présentation des factures originales des déboursés.

Pour établir la preuve d'un sinistre, une personne assurée doit soumettre à l'assureur les notes ou factures originales des fournisseurs de soins ou de produits.

La personne assurée doit se soumettre à un examen médical, lorsque l'assureur est justifié de le demander en raison de la nature des soins requis par l'état de santé de la personne. Lorsqu'un examen médical est requis, le médecin est désigné et payé par l'assureur.

L'assureur peut aussi demander, aux frais de la personne assurée, un rapport du professionnel de la santé qui traite la personne assurée.

L'assureur peut exiger des déclarations de la personne qui demande les prestations et aussi l'utilisation des formulaires fournis par l'assureur.

SPÉCIMEN

PROLONGATION AUX SURVIVANTS

Si, au moment du décès de l'assuré, son conjoint ou enfant à charge sont assurées en vertu de la présente garantie, l'assurance du conjoint ou enfant à charge est maintenue en vigueur sans paiement des primes, jusqu'à la plus rapprochée des dates suivantes:

a) vingt-quatre (24) mois après la date du décès de l'assuré;

b) la date à laquelle le conjoint ou l'enfant à charge ne répond plus aux critères d'admissibilité ou à leur définition;

c) la date de prise d'effet d'une assurance similaire auprès d'un autre assureur;

d) la date de résiliation de la présente garantie ou du contrat.

CESSATION DE L'ASSURANCE

En plus des motifs de la cessation de l'assurance de l'assuré stipulés dans la section intitulée "Dispositions générales" du présent contrat, l'assurance d'une personne assurée en vertu de la présente garantie prend fin à la première des dates suivantes, à 24:00 heures:

a) la date de réception chez l'assureur d'un avis écrit de résiliation de l'assuré ou à toute autre date ultérieure indiquée sur cet avis;

b) la date où la personne assurée ne répond plus aux critères d'admissibilité ou à leur définition;

c) la date de terminaison indiquée au Sommaire des Prestations.

LIMITATION ET EXCLUSIONS

Aucune prestation n'est payable pour les pertes résultant des causes ou événements suivants:

a) la participation de la personne assurée à un acte ou tentative d'acte criminel;

b) toute blessure ou maladie qui résulte de la participation active de la personne assurée à un affrontement public, à une émeute, à une insurrection ou à une opération militaire, que la guerre soit déclarée ou non;

c) le suicide ou toute blessure ou lésion que la personne assurée s'est infligée, qu'elle soit saine d'esprit ou non;

d) les frais encourus pour des soins non médicalement nécessaires, ou donnés dans un but esthétique ou des soins qui excèdent les soins ordinaires;

e) tous les frais payables ou remboursables ou qui habituellement l'auraient été, en vertu de tout régime d'assurance gouvernemental ou régime privé;

f) tous frais engagés en raison d'une maladie ou d'un accident relevant d'un organisme provincial de la province de résidence de la personne assurée, tels que la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (C.N.E.S.S.T.) ou de la Société de l'assurance automobile du Québec (S.A.A.Q.) etc.;

g) tous les frais en excédent des frais raisonnables, compte tenu de la gravité du cas, des tarifs normaux en usage dans la région et des procédés normalement utilisés;

h) tous les soins ou services donnés gratuitement ou qui le seraient à défaut d'assurance ou qui ne sont pas à la charge de la personne assurée;

i) les frais relatifs à un voyage de santé, à une cure de repos, à l'alimentation ou à un traitement d'amaigrissement;

j) les soins ou services donnés par une personne membre de la famille immédiate de la personne assurée;

k) les frais médicaux résultant de toute maladie ou blessure attribuable à une occupation ou à un emploi pour salaire ou profit;

l) les frais pour l'injection de substances sclérosantes dans les varicosités des membres inférieurs, donnée dans un but non médical;

m) les médicaments "grand public" qui ne nécessitent pas d'ordonnance médicale;

SPÉCIMEN

Ne sont pas considérés comme médicaments aux fins de la présente garantie et l'assureur n'encourt aucune obligation pour les frais suivants:

aa) médicament qui peut être acheté sans ordonnance;

bb) lait de toute nature ou un substitut du lait;

cc) protéines, suppléments diététiques, aliments, produits homéopathiques ou produits dits naturels;

dd) produits pour soins esthétiques ou cosmétiques;

ee) produits, hormones et injections servant au traitement de la cellulite et de l'obésité, y compris les anorexigènes;

ff) produits et médicaments destinés à éliminer l'usage du tabac;

gg) eaux minérales;

hh) désinfectants, lubrifiants oculaires et solutions pour lentilles cornéennes;

ii) savons, huiles, shampooing et autres produits pour le cuir chevelu, émollients, crèmes et pastilles;

jj) vitamines;

kk) les médicaments administrés principalement à titre préventif. Aux fins de cette exclusion, un médicament servant à stabiliser ou régulariser un état pathologique diagnostiqué par un médecin n'est pas considéré un médicament préventif;

ll) les médicaments ou substances servant au traitement de l'infertilité ou de l'impuissance;

mm) toute substance utilisée dans le but d'insémination, gelées ou mousses à but contraceptif;

nn) stéroïdes anabolisants, hormones de croissance, médicaments administrés à des fins expérimentales;

oo) les médicaments fournis au cours d'une hospitalisation.

SPÉCIMEN

GARANTIE D'ASSURANCE DENTAIRE

OBJET DE LA GARANTIE D'ASSURANCE DENTAIRE

L'objet de la présente garantie est de rembourser les frais admissibles encourus par la personne assurée qui sont médicalement nécessaires, pendant que cette garantie est en vigueur et selon les modalités de règlement indiquées au Sommaire des Prestations.

ADMISSIBILITÉ ET CONDITIONS

Pour être admissible à la présente garantie d'assurance dentaire, la personne assurée doit être couverte par la garantie maladie complémentaire en vertu du présent contrat et être âgée de plus de 16 ans.

La présente garantie couvre les frais de fournitures, des soins et des services engagés par la personne assurée, selon un frais usuel et coutumier conforme à la pratique courante, décrits au Sommaire des Prestations, sous réserve des limitations et exclusions applicables.

Les frais doivent être engagés dans la province de résidence de la personne assurée.

PERIODE D'ATTENTE

Période continue indiquée au Sommaire des prestations qui commence à la date d'entrée en vigueur du contrat durant laquelle l'assuré n'est éligible à aucun remboursement ni prestation.

FRAIS ADMISSIBLES

Les frais sont admissibles à l'assurance si ces frais ont été effectivement payés par la personne, et:

a) Sont engagés après la Période d'Attente;

b) Sont approuvés par l'assureur;

c) Excèdent les montants payés ou payables par tout autre assurance ou régime gouvernemental;

d) Sont engagés par la personne assurée pour des fournitures, des soins et des services couverts en vertu des garanties prévues au Sommaire des Prestations;

e) Sont recommandés, approuvés et considérés comme nécessaires par un dentiste ou un denturologiste;

f) Ne dépassent pas les montants fixés dans le guide des tarifs des dentistes généralistes applicable dans la province où les soins sont rendus, édition de l'année durant laquelle les frais ont été engagés. Pour les frais non déterminés par ce guide, les frais sont limités à ceux généralement demandés dans la province de résidence pour des fournitures, des soins ou des services comparables et se rapportant à un état similaire;

g) Sont engagés pendant que l'assurance de la personne assurée est en vigueur. Les frais sont considérés engagés à la date à laquelle l'assuré reçoit les soins dentaires donnant lieu à ces frais; si un même traitement dentaire requiert plus d'un rendez-vous, les frais de ce traitement sont considérés engagés à la date de la fin du traitement. En particulier, la date du traitement pour:

1) une prothèse, est la date de la mise en bouche de la prothèse, et;
2) un traitement de canal radiculaire, est la date d'obturation du canal.

h) Ne sont pas exclus à l'article intitulé "Limitations et Exclusions" de la présente garantie.

MONTANT DES PRESTATIONS

Le montant des prestations est obtenu en enlevant des frais admissibles celui de la franchise, s'il y a lieu, et en multipliant le reste par le pourcentage de remboursement, jusqu'à concurrence du maximum indiqué.

MONTANT MAXIMUM

Le montant maximum de prestations remboursables est un maximum applicable par année d'assurance pour chaque personne assurée et est spécifié au Sommaire des Prestations.

SPECIMEN

COORDINATION DES PRESTATIONS

Lorsque, en vertu d'une autre police d'assurance ou toute autre forme de couverture d'assurance d'un régime privé ou public, une personne assurée a droit à des prestations semblables à celles prévues par la présente garantie, les prestations payables par l'assureur sont ajustées de sorte que le total des sommes payées ou payables pour toutes les polices n'excède pas cent pour cent (100%) des frais admissibles en vertu de la présente garantie.

La présente garantie couvre les frais en excédent de toutes les autres couvertures dont une personne assurée pourrait être admissible. Si le ou les autres régimes de la personne assurée ont un plafond de protection suffisamment élevé pour couvrir le sinistre en entier, aucune prestation ne sera alors payée. La présente garantie est le deuxième payeur.

OBLIGATION D'UNE PERSONNE ASSURÉE DE SOUMETTRE UN PLAN DE TRAITEMENT

Lorsque le coût prévu pour les fournitures, les soins et les services excède quatre cents dollars (400$), la personne assurée doit soumettre sur un formulaire fourni par l'assureur, un plan de traitement rempli par son dentiste. Ce plan de traitement doit contenir tous les détails des fournitures, des soins et des services à effectuer ainsi que leur coût approximatif. Les radiographies pré-traitement doivent être soumises à la demande de l'assureur.

Si la personne assurée omet ou néglige de soumettre à l'avance son plan de traitement, l'assureur peut faire une évaluation des prestations payables en se basant sur d'autres fournitures, soins ou services acceptables selon les normes dentaires reconnues au Canada.

Les frais engagés alors que l'assurance de la personne assurée n'est plus en vigueur ne sont pas remboursables même si un plan de traitement a été présenté à l'assureur et que celui-ci a fait connaître son évaluation des prestations payables.

PREUVES D'UN SINISTRE

Pour établir la preuve d'un sinistre, une personne assurée doit soumettre à l'assureur une demande de prestation sur le formulaire fourni par l'assureur à cette fin.

L'assureur peut exiger à titre de preuve, des états détaillés des fournitures, des soins et des services reçus, un schéma dentaire complet montrant les extractions, les obturations ou tout autre traitement fait antérieurement. Il peut également exiger des rapports de laboratoire ou d'hôpital, des modèles d'étude de diagnostic, des radiographies ou toute autre justification du traitement ou de l'état pathologique des dents ou de la bouche.

Si une personne assurée refuse de subir un examen exigé par l'assureur, le paiement de toute prestation cesse automatiquement à partir de la date de la demande de l'examen.

PROLONGATION AUX SURVIVANTS

Si, au moment du décès de l'assuré, son conjoint ou enfant à charge sont assurées en vertu de la présente garantie, l'assurance du conjoint ou enfant à charge est maintenue en vigueur sans paiement des primes, jusqu'à la plus rapprochée des dates suivantes:

a) vingt-quatre (24) mois après la date du décès de l'assuré;

b) la date à laquelle le conjoint ou l'enfant à charge ne répond plus aux critères d'admissibilité ou à leur définition;

c) la date de prise d'effet d'une assurance similaire auprès d'un autre assureur;

d) la date de résiliation de la présente garantie ou du contrat.

RÉTABLISSEMENT DE LA GARANTIE

Advenant qu'une personne assurée annule l'assurance en vertu de la présente garantie, la personne assurée ne pourra être admissible à nouveau à l'assurance dentaire qu'après une période de vingt-quatre (24) mois suivant la date d'annulation de la garantie.

SPÉCIMEN

FRAIS ADMISSIBLES

Les frais admissibles en vertu du présent plan, sont ceux qui ont trait aux fournitures, aux services et aux soins suivants:

SOINS DE BASE

a) SERVICES DIAGNOSTIQUES

1) EXAMENS BUCCAUX

- examen complet (ou initial), sous réserve d'un seul examen au cours d'une période de soixante (60) mois et incluant les radiographies s'il y a lieu;
- un seul examen de rappel ou périodique par période indiqué au Sommaire des Prestations et incluant les radiographies, s'il y a lieu;
- examen d'urgence ou d'aspect particulier (sauf pour des traitements d'orthodontie).

***2)* RADIOGRAPHIES**

Films intra-oraux et extra-oraux:

- radiographies de toute la bouche, se limitant à une série complète au cours d'une période de trente-six (36) mois;
- pellicules interproximales, se limitant à une série de deux (2) films au cours d'une période de douze (12) mois consécutifs;
- pellicule panoramique, se limitant à un (1) film au cours d'une période de trente-six (36) mois consécutifs;
- autres radiographies couvertes en vertu de ce plan.

3) SERVICES DIVERS

- tests et examens de laboratoire;
- modèles diagnostiques.

b) SERVICES DE PRÉVENTION

1. nettoyage des dents (prophylaxie), sous réserve d'une unité par période indiqué au Sommaire des Prestations;
2. application topique de fluorure, sous réserve d'un traitement par période indiqué au Sommaire des Prestations;
3. détartrage des dents sous réserve d'un maximum de 6 unités par 12 mois consécutifs.

c) RESTAURATIONS MINEURES

- obturations en amalgame, composite ou acrylique;
- tenon par restauration;
- les frais de restauration de molaires primaires sont limités aux frais de restauration en amalgame;
- Réparation d'une prothèse amovible ou fixe, sous réserve d'un maximum de 500$;
- Pansements sédatifs.

d) CHIRURGIES MINEURES

- extractions simples et complexes de dents ou de racines résiduelles;
- alvéoplastie, gingivoplastie et stomatoplastie;
- ablation de tumeur ou de kyste;
- réparation d'une lacération de tissu mou;
- incision et drainage;
- traitement post-chirurgical.

e) ANESTHÉSIE

- les frais d'anesthésie générale employée en corrélation avec la chirurgie buccale et parodontale, sous réserve d'un maximum de 6 unités par 12 mois consécutifs;
- Sédation consciente.

f) PÉRIODONTIE

Comprenant les services dentaires se rapportant aux traitements des maladies du tissu gingival médicalement nécessaires jusqu'à concurrence de 2 unités par période de 12 mois consécutifs:

- curetage du parodonte;
- gingivoplastie, gingivectomie et chirurgies mucco-gingivales;
- chirurgie corrective des défauts osseux;
- Tous autres traitements couverts en vertu des services de périodontie.

SPECIMEN

g) ENDODONTIE

Comprenant les services dentaires se rapportant aux traitements des maladies de la pulpe dentaire et des tissus périapicaux:

- coiffage de pulpe;
- pulpotomie;
- traitement de canal;
- traitements péri apicaux;
- tous autres services couverts en vertu des service d'endodontie.

RESTAURATION ET CHIRURGIE MAJEURES

a) RESTAURATION MAJEURE

- Restauration des moignons;
- Tenons préfabriqués ou en plâtre;
- Restaurations d'incrustation ou la pose d'une couronne, seulement si la dent s'est brisée par suite de carie et qu'elle ne puisse être restaurée au moyen d'amalgame, d'acrylique ou de composite;
- Aurification si la dent ne peut être restaurée avec d'autres matériaux.

b) CHIRURGIES COMPLEXES

Comprenant les services dentaires se rapportant aux traitements de fractures et de chirurgies extensives diverses :

- reposition ou transplantation;
- ostéoplastie;
- abaissement du plancher de la bouche;
- réduction de fracture;
- frénectomie;
- dislocation de la mandibule;
- autres chirurgies extensives;
- traitement post-chirurgical.

PROTHÈSES

a) PROTHÈSES AMOVIBLES

1) PROTHÈSE AMOVIBLE INITIALE

Première mise en place d'un dentier complet ou partiel si la prothèse sert à remplacer une ou plusieurs dents naturelles dont l'extraction a eu lieu après la date d'effet de la couverture de la personne assurée.

2) PROTHÈSE AMOVIBLE DE REMPLACEMENT

Remplacement d'un dentier ou partiel à condition:

- que cette prothèse serve à remplacer une ou plusieurs dents naturelles et que ces dents aient été extraites après la prise d'effet de l'assurance;
- que la prothèse ait été en place depuis au moins cinq (5) ans et qu'il soit impossible de la rendre satisfaisante au moyen de réparations.

3) PROTHÈSE DE TRANSITION

La prothèse déjà en place est une prothèse temporaire immédiate qu'il faut remplacer par une prothèse permanente dans les douze (12) mois de la date de mise en bouche de la prothèse temporaire immédiate.

b) PROTHÈSE FIXE

.

1) PONT FIXE

- pose initiale d'un pont fixe si ce pont sert à remplacer une ou plusieurs dents naturelles dont l'extraction a eu lieu après la date d'effet de la couverture.
- le remplacement d'un pont fixe à condition:
  - que ce pont fixe serve à remplacer une ou plusieurs dents naturelles et qu'au moins l'une de ces dents ait été extraite après la date d'effet de la couverture de la personne assurée;
  - que le pont fixe ait été en place depuis au moins cinq (5) ans, et qu'il soit impossible de le rendre satisfaisant au moyen de réparations.

2) RÉPARATIONS DE PROTHÈSES FIXES

SPECIMEN

- Réparation de couronnes et de ponts fixes.

LIMITATIONS ET EXCLUSIONS

L'assurance prévue par la garantie d'assurance dentaire ne s'applique pas et l'assureur n'encourt aucune obligation pour des pertes résultant des causes ou évènements suivants:

a) la participation de la personne assurée à un acte ou tentative d'acte criminel;

b) toute blessure ou maladie qui résulte de la participation active de la personne assurée à un affrontement public, à une émeute, à une insurrection, à une opération militaire, que la guerre soit déclarée ou non;

c) toute blessure ou lésion que la personne assurée s'est infligée, qu'il soit saint d'esprit ou non;

d) du fait pour la personne assurée d'avoir subi des lésions corporelles en conduisant un véhicule quand ses facultés étaient affectées par l'alcool ou la drogue;

e) tous les frais payables ou remboursables en vertu de tout régime d'assurance gouvernemental ou qui habituellement l'auraient été;

f) les frais encourus pour des soins non médicalement nécessaires, ou donnés dans un but esthétique ou des soins qui excèdent les soins ordinaires;

g) les frais pour des soins ou des services qui ont été engagés avant la date d'effet de l'assurance de la personne assurée;

h) les frais facturés pour des dépenses de voyage, des rendez-vous annulés, des conseils donnés par téléphone ou pour remplir les formulaires exigés par l'assureur;

i) les frais rattachés normalement au port d'un appareil dans l'exercice d'un sport;

j) les frais qui ne sont pas payés par un régime gouvernemental qui seraient normalement assurés du seul fait que le dentiste consulté est un professionnel non participant à ce régime;

k) tous les soins ou services donnés gratuitement ou qui le seraient à défaut d'assurance ou qui ne sont pas à la charge d'aucune personne assurée;

l) les frais de traitement admissibles à un remboursement en vertu de la garantie d'assurance maladie de la présente police;

m) les frais dentaires résultant de toute maladie ou blessure attribuable à une occupation ou à un emploi pour salaire ou profit;

n) tous les soins ou fournitures nécessaires à la reconstruction de l'arcade dentaire ou à la correction de la dimension verticale;

o) Les frais se rapportant au traitement de l'articulation temporomandibulaire ou aux implants dentaires;

p) Les frais occasionnés à la suite de services diagnostiques, d'extraction ou autres services rendus nécessaires pour fins de traitement d'orthodontie;

q) Les frais d'éducation et de formation y compris les fournitures requises en ce qui concerne l'alimentation ou la nutrition, l'hygiène buccale et la prévention de la plaque dentaire;

r) Les frais engagés à la suite de traitements pré et post-chirurgicaux rendus en milieu hospitalier;

SPECIMEN

s) Les frais de soins de base en vertu de la présente garantie ne s'appliquent pas pour les frais:

a. de finition des obturations, autre qu'au moment de l'obturation;

b. d'anesthésie employée en fonction de traitements de fractures et dislocation de la mandibule ou employée en fonction de tout traitement non couvert en vertu de ce plan;

c. reliés à la mise en bouche et à l'achat d'une prothèse amovible;

d. d'achat, d'installation et de réparation d'une prothèse fixe;

t) Les frais de restauration et chirurgie majeures en vertu de la présente garantie ne s'appliquent pas pour les frais:

a. occasionnés à la suite de revêtement en or et porcelaine de pontiques ou de couronnes postérieures à la deuxième molaire;

u) Les frais de prothèses en vertu de la présente garantie ne s'appliquent pas pour les frais:

a. attribuables au remplacement d'une prothèse dentaire égarée, volée ou qu'il est possible de réparer à moindres frais;

b. attribuables à la caractérisation, ou pour le double d'une prothèse dentaire.

De plus, s'il existe plus d'un type de traitement pour la condition dentaire de la personne assurée, l'assureur rembourse les frais pour le traitement normal et approprié le moins dispendieux.

CESSATION DE L'ASSURANCE

En plus des motifs de la cessation de l'assurance de l'assuré stipulés dans la section intitulée "Dispositions générales" du présent contrat, l'assurance d'une personne assurée en vertu de la présente garantie prend fin à la première des dates suivantes, à 24:00 heures:

a) la date de réception chez l'assureur d'un avis écrit de résiliation de l'assuré ou à toute autre date ultérieure indiquée sur cet avis;

b) la date où la personne assurée ne répond plus aux critères d'admissibilité ou à leur définition;

c) la date de terminaison indiquée au Sommaire des Prestations.

SPÉCIMEN

GARANTIE D'ASSURANCE VOYAGE

OBJET DE LA GARANTIE D'ASSURANCE VOYAGE

L'objet de la présente garantie est de rembourser les frais admissibles encourus, pendant que cette garantie est en vigueur, par la personne assurée à la suite d'une maladie ou d'un accident qui survient à l'extérieur de sa province de résidence, selon les modalités de règlement indiquées au Sommaire des Prestations.

L'assureur, en collaboration avec l'assisteur et ses centres de coordination, offre également certains services d'assistance médicale en cas d'urgence à l'extérieur de sa province de résidence.

Ces frais et services décrits dans la présente section, sont complémentaires à ceux couverts par la garantie d'assurance maladie de sa province de résidence ou tout autre régime d'assurance gouvernemental, à la condition qu'ils ne soient pas exclus en vertu de l'article intitulé "Limitations, restrictions et Exclusions " de la présente garantie. Cette garantie n'a pas pour effet de les remplacer.

ADMISSIBILITÉ ET CONDITIONS

Seules les personnes de moins de 75 ans qui sont couvertes en vertu d'un régime gouvernemental d'hospitalisation et de soins de santé de sa province de résidence durant la totalité du voyage sont admissibles à la garantie d'assurance voyage.

La personne assurée est admissible à la présente garantie lors d'un séjour à l'extérieur de sa province de résidence n'excédant pas le maximum de jours consécutifs indiqué au Sommaire des Prestations. Des voyages séparés par un retour de moins de 72 heures dans sa province de résidence seront considérés comme un seul voyage aux fins du nombre de jours consécutifs permis.

Pour être admissible à cette garantie lors d'un voyage excédent le maximum de jours consécutifs de couverture indiqué au Sommaire des Prestations, la personne assurée doit obligatoirement compléter sa couverture par un autre contrat d'assurance voyage. Si le voyage n'est pas assuré en totalité, il ne serait pas couvert dès le premier jour par la présente garantie.

La présente assurance couvre les frais admissibles selon un frais usuel et coutumier conforme à la pratique courante encourus en cas d'urgence à l'extérieur de la province de résidence en excédant des frais payables par tout régime gouvernemental.

DÉFINITIONS

a) ASSOCIÉ EN AFFAIRES

La personne avec qui l'assuré est associé en affaires dans le cadre d'une compagnie de 4 coactionnaires ou moins, ou d'une société à but lucratif composée de 4 associés ou moins.

b) COMPAGNON DE VOYAGE

La personne avec qui l'assuré partage la chambre ou l'appartement à destination ou dont les frais ont été payés avec ceux de l'assuré.

c) FRAIS DE VOYAGES PAYÉS D'AVANCE

Sommes déboursées par la personne assurée pour l'achat d'un voyage à forfait, d'un billet d'un transporteur public ou pour la location d'un véhicule motorisé auprès d'un commerce accrédité.

d) HOSPITALISATION

Désigne une admission pour un séjour à l'hôpital pour une période d'un minimum de 18 heures pour des soins médicaux urgents ou pour une chirurgie qui n'est pas de nature esthétique.

e) HÔPITAL

Désigne un centre hospitalier de soins de courte durée ou de longue durée tel qu'établi en vertu des lois en vigueur, à l'exclusion de toute partie d'un tel centre qui serait réservée aux soins prolongés.

SPÉCIMEN

Un centre de protection de l'enfance ou de la jeunesse, un hôpital pour soins psychiatriques ou tuberculeux, un sanatorium, une résidence pour personnes âgées, un établissement pour traiter des dépendances, un centre de répit pour personnes handicapées, ayant une déficience intellectuelle ou établissement dont le but est de prodiguer des soins de garde n'est pas considéré comme un hôpital.

f) HÔTE À DESTINATION

La personne dont la résidence principale doit servir de lieu d'hébergement à l'assuré selon une entente prévue à l'avance.

.

FRAIS ADMISSIBLES

Pour chacune des personnes assurées en vertu de la présente garantie, l'assureur rembourse, sujet à la franchise, à la coassurance, et ce, jusqu'aux montants maximums indiqués au Sommaire des Prestations, les frais en excédent des frais payables par tout régime gouvernemental encourus à l'extérieur de sa province de résidence suivants:

a) Les frais d'hospitalisation hors de la province de résidence de l'assuré jusqu'à concurrence du coût d'une chambre semi-privée (à deux lits) encourus en cas d'urgence;

b) Les honoraires de médecins encourus en cas d'urgence;

c) Les frais encourus en cas d'urgence pour ces services à condition qu'ils soient prescrits par un médecin :

a. Les médicaments nécessaires à la suite d'une urgence;

b. Les frais de services diagnostiques lorsqu'ils sont jugés nécessaires pour fins de prévention ou de diagnostic;

c. Les frais de location d'un modèle de base d'une chaise roulante, béquilles, cannes ou marchettes requis temporairement pour fins thérapeutiques à la suite d'un accident ou d'une maladie;

d. En cas d'urgence, les frais de transport à l'hôpital dans une ambulance dûment autorisée à cette fin, ainsi que le transport par train ou par avion à l'hôpital le plus près, si la personne ne peut être transportée autrement;

e. Si la personne assurée qui voyage seule décède, ou est hospitalisée pour une durée de sept (7) jours consécutifs ou plus, l'assisteur fera les arrangements nécessaires pour le transport aller-retour, selon le moyen le plus économique, pour qu'un membre de la famille se rende à l'hôpital où séjourne l'assuré ou pour identifier la personne décédée avant le transport de la dépouille. Ces frais sont limités à mille cinq cents dollars (1500 $) et à une seule personne qui rend visite;

f. Les frais de retour du véhicule personnel de la personne assurée s'il voyage seul et est incapable de s'en occuper suite à une maladie ou un accident. L'assisteur organisera et réglera le retour du véhicule jusqu'à la résidence de l'assuré. Ces frais sont limités à sept cent cinquante dollars (750 $).

g. En cas de décès de la personne assurée, l'assisteur se chargera de tous les documents nécessaires et verra au transport de la dépouille mortelle jusqu'à la province de résidence de l'assuré. Dans ce cas, les frais remboursables sont limités à trois mille dollars (3000 $), excluant les frais d'embaumement, de cercueil et d'obsèques.

h. Si suite à l'hospitalisation d'un assuré pour une durée de plus de vingt-quatre (24) heures, ou de son décès, des frais d'hébergement et de repas sont engagés par elle ou par une personne l'accompagnant, parce que le retour est reporté, ou lors de la visite d'un membre de la famille, ces frais sont remboursables jusqu'à concurrence de cent cinquante dollars (150 $) par jour et d'un maximum de mille cinquante dollars (1050 $) pour l'ensemble des personnes couvertes. Seuls les frais encourus après la date prévue de retour sont couverts.

i. Si un assuré est hospitalisé ou décédé et que ses enfants qui l'accompagnaient sont privés de surveillance, les dispositions nécessaires seront prises pour organiser la surveillance et régler le transport en classe touriste des enfants, accompagnés au besoin, à leur lieu de résidence au Canada. Si les billets de voyage des enfants ne sont pas périmés, seul le supplément du billet du retour sera remboursable. Cependant, si les billets de voyage sont périmés, les arrangements nécessaires seront pris pour le transport de retour, selon le moyen le plus économique. Ces frais sont limités à deux mille dollars (2000 $) pour tous les enfants.

SPECIMEN

j. Les frais dentaires nécessaires à la suite d'un accident à des dents naturelles, jusqu'à un maximum de 1000 $.

k. Le coût supplémentaire le plus économique exigé par un transporteur public (train, autobus ou ligne aérienne) lorsque la maladie exige que la personne assurée soit accompagnée d'une aide médicale (autre que son compagnon de voyage, une personne de sa famille ou une personne avec qui elle réside) pour le retour à sa province de résidence :

   i. un billet jusqu'à la province de résidence pour la personne assurée et un billet aller-retour pour l'aide médicale; ou

   ii. si une civière est nécessaire, le coût de sièges supplémentaires nécessaires pour l'installation de la civière et un billet aller-retour pour l'aide médicale.

SERVICES D'ASSISTANCE MEDICALE EN CAS D'URGENCE

a) SERVICE TÉLÉPHONIQUE

Accès par téléphone, sans frais, vingt-quatre (24) heures par jour et sept (7) jours par semaine, aux centres de coordination, pour des services multilingues et d'aide en vue des services décrits au présent article, advenant une urgence lors d'un voyage à l'extérieur de la province de résidence de l'assuré.

b) AIDE MÉDICALE

À la suite d'un accident ou d'une maladie subite, si la personne assurée doit consulter un médecin ou être hospitalisée, l'assuré doit appeler immédiatement l'assisteur qui prendra toutes les dispositions nécessaires pour fournir les services suivants:

- Pour l'état de la Floride, diriger l'assuré vers une clinique ou un hôpital approprié membre du réseau Preferred Patient Care;
- Pour les autres destinations, diriger l'assuré vers une clinique ou un hôpital approprié et avancer les fonds à l'hôpital, s'il y a lieu;
- Confirmer la couverture de l'assurance médicale afin d'éviter un dépôt monétaire substantiel;
- Assurer le suivi du dossier médical et communiquer avec le médecin de famille;
- Coordonner les demandes de règlement de l'assuré avec les différents régimes gouvernementaux de sa province de résidence.

c) TRANSFERT MÉDICAL

Par suite de la recommandation et à la seule discrétion d'un médecin désigné par l'assisteur, en consultation avec un médecin traitant local, signifiant qu'il est nécessaire de transférer l'assuré à un autre hôpital ou centre de traitement ou de le rapatrier dans sa province de résidence pour recevoir un traitement, l'assisteur prendra les arrangements nécessaires et défrayera le coût du transfert sous surveillance médicale adéquate. Tout refus au rapatriement met fin à l'assurance et l'avis de terminaison à l'assuré sera suffisant.

La décision quant à la nécessité de transférer ou de rapatrier un assuré est une décision médicale qui appartient exclusivement au médecin désigné par l'assisteur.

Les décisions relatives aux moyens ou aux dates de tout transfert, aux appareils médicaux, aux fournitures médicales, au personnel médical à employer pour le transfert et à la destination finale de l'assuré sont également des décisions d'ordre médical qui relèvent du médecin désigné par l'assisteur.

ANNULATION DE VOYAGE

a) CONDITIONS

Pour être admissibles, les frais pour annulation de voyage de l'assuré doivent satisfaire aux conditions suivantes:

1) ils sont payés d'avance par l'assuré alors que la présente garantie est en vigueur;

2) au moment de finaliser les arrangements du voyage, l'assuré ne connaît aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation ou l'interruption du voyage prévu;

3) la présente garantie est en vigueur au moment de la période prévue de voyage.

SPECIMEN

b) CAUSES D'ANNULATION OU D'INTERRUPTION ADMISSIBLES

Le voyage doit être annulé ou interrompu en raison d'une des causes suivantes :

1) une maladie ou un accident empêchant l'assuré, un membre de sa famille immédiate, son compagnon de voyage ou son associé en affaires qui mettrait en péril l'entreprise par son absence et doit être raisonnablement grave pour justifier l'annulation ou l'interruption du voyage de l'assuré. Si plusieurs personnes assurées voyagent ensemble, un maximum de 3 personnes assurées peuvent se prévaloir d'un remboursement si la raison est pour le compagnon de voyage ou l'associé en affaires;

2) le décès de l'assuré, d'un membre de sa famille immédiate, de son compagnon de voyage ou de son associé en affaires. Les funérailles doivent avoir lieu au cours de la période prévue du voyage ou dans les 14 jours qui la précèdent;

3) le décès ou l'hospitalisation d'urgence de l'hôte à destination;

4) la mise en quarantaine de l'assuré ou de son compagnon de voyage, sauf si elle se termine plus de 7 jours avant la date prévue du départ;

5) un avis d'éviter tout voyage non essentiel (avis de niveau 3) ou d'éviter tout voyage (niveau 4) émis par le gouvernement du Canada pour le pays de destination. Cette recommandation doit être en vigueur pour la période prévue du voyage et avoir été émise après que l'assuré a finalisé les arrangements relatifs au voyage;

6) un départ manqué dû au retard du moyen de transport utilisé pour se rendre au point de départ du voyage ou au point de départ d'une correspondance prévue après le départ. Le moyen de transport utilisé doit prévoir une arrivée au point de départ au moins 3 heures avant l'heure de départ. Le retard doit être causé soit par des difficultés mécaniques (sauf celles reliées à une automobile privée), soit par un accident de la circulation ou soit par la fermeture d'urgence d'une route. Ces deux dernières causes doivent être appuyées par un rapport de police;

7) des conditions atmosphériques retardant le départ d'un transporteur public utilisé par l'assuré, au point de départ du voyage d'au moins 30% (minimum de 48 heures) de la durée totale du voyage ou empêchant l'assuré d'effectuer une correspondance prévue avec un autre transporteur pour autant que cette correspondance soit retardée d'au moins 30% (minimum de 48 heures) de la durée totale du voyage.

c) FRAIS ADMISSIBLES

1) EN CAS D'ANNULATION AVANT LE DÉPART

a) les sommes non remboursables et payées à l'avance pour le voyage prévu;

b) les frais supplémentaires engagés par l'assuré qui décide de voyager seul dans le cas où son compagnon de voyage doit annuler son voyage pour une des raisons prévues à la présente garantie. Ces frais sont remboursables jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable au moment où le compagnon de voyage doit annuler;

c) la portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance, jusqu'à concurrence de 70% de ces frais si le départ est retardé à cause des conditions atmosphériques et qu'il décide de ne pas effectuer le voyage.

2) EN CAS DE DÉPART MANQUÉ OU D'INTERRUPTION DE VOYAGE

Le coût supplémentaire le plus économique exigé par un transporteur public (train, autobus ou ligne aérienne) d'un billet simple, à l'horaire fixe, par la route la plus directe, jusqu'à la destination initialement prévue.

Le départ doit être manqué en raison du retard du moyen de transport utilisé par l'assuré tel que décrit à la section **CAUSES D'ANNULATION OU D'INTERRUPTION ADMISSIBLES -7)**

Le voyage doit être interrompu temporairement en raison d'une maladie ou d'un accident subi par l'assuré ou son compagnon de voyage, tel que décrit **CAUSES D'ANNULATION OU D'INTERRUPTION ADMISSIBLES -1)**

SPÉCIMEN

.

3) EN CAS DE RETOUR RETARDÉ OU ANTICIPÉ

a) le coût supplémentaire le plus économique exigé par un transporteur public (train, autobus ou ligne aérienne) d'un billet simple, à l'horaire fixe, par la route la plus directe, jusqu'à la destination initialement prévue. Ces frais doivent avoir été convenus au préalable avec l'assureur;

b) La portion non utilisée et non remboursable de la partie terrestre des frais de voyage payés d'avance.

Si le retour de l'assuré est retardé de plus de 7 jours à la suite d'une maladie ou d'un accident subi par l'assuré ou son compagnon de voyage, les frais engagés sont admissibles en autant que la personne concernée ait été hospitalisée à titre de patient interne pendant plus de 48 heures à l'intérieur de la période de 7 jours.

d) DÉLAI POUR DEMANDER L'ANNULATION

En cas d'annulation avant le départ, le voyage doit être annulé auprès de l'agence de voyages ou du transporteur dans un délai maximal de 48 heures ou, s'il s'agit d'un jour férié, le premier jour ouvrable suivant. L'assureur doit en être avisé au même moment.

La responsabilité de l'assureur se limite aux frais d'annulation stipulés au contrat de voyage 48 heures après la date de la cause d'annulation ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié.

Toutefois, cette limitation ne s'applique pas si l'assuré ou son compagnon de voyage démontre, à la satisfaction de l'assureur, qu'ils étaient dans l'incapacité totale et absolue d'agir. Dans ce cas, le voyage doit être annulé aussitôt que l'une de ces personnes est en mesure de le faire. La responsabilité de l'assureur est alors limitée aux frais d'annulation stipulés au contrat de voyage à cette date.

PROLONGATION AUX SURVIVANTS

Si, au moment du décès de l'assuré, son conjoint ou enfant à charge sont assurés en vertu de la présente garantie, l'assurance du conjoint ou enfant à charge est maintenue en vigueur sans paiement des primes, jusqu'à la plus rapprochée des dates suivantes:

a) vingt-quatre (24) mois après la date du décès de l'assuré;

b) la date à laquelle le conjoint ou l'enfant à charge ne répond plus aux critères d'admissibilité ou à leur définition;

c) la date de prise d'effet d'une assurance similaire auprès d'un autre assureur;

d) la date de résiliation de la présente garantie ou du contrat.

REDUCTION DE LA GARANTIE DUE A LA COORDINATION DES PRESTATIONS

Lorsque, en vertu d'un autre contrat d'assurance ou toute autre forme de couverture d'assurance d'un régime privé ou public, une personne assurée a droit à des prestations semblables à celles prévues par la présente garantie, les prestations payables par l'assureur sont ajustées de sorte que le total des sommes payées ou payables pour tous les contrats n'excède pas cent pour cent (100%) des frais admissibles en vertu de la présente garantie.

La présente garantie couvre les frais en excédent de toutes les autres couvertures pour lesquelles une personne assurée pourrait être admissible. Si le ou les autres régimes de la personne assurée ont un plafond de protection suffisamment élevé pour couvrir le sinistre en entier, aucune prestation ne sera alors payée. Par la présente garantie, l'Assureur est le deuxième payeur.

SPÉCIMEN

CESSATION DE L'ASSURANCE

En plus des motifs de la cessation de l'assurance de l'assuré stipulés dans la section intitulée "Dispositions générales" du présent contrat, l'assurance d'une personne assurée en vertu de la présente garantie prend fin à la première des dates suivantes, à 24:00 heures:

a) le jour où la personne assurée atteint l'âge de 75 ans;

b) la date de réception chez l'assureur d'un avis écrit de résiliation de l'assuré ou à toute autre date ultérieure indiquée sur cet avis;

c) la date où la personne assurée ne répond plus aux critères d'admissibilité ou à leur définition;

d) la date de terminaison indiquée au Sommaire des Prestations.

LIMITATIONS, RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS

LIMITATIONS

a) La présente garantie couvre les frais admissibles selon un frais usuel et coutumier conforme à la pratique courante encourus en cas d'urgence à l'extérieur de la province de résidence.

b) Les frais payables sont limités au maximum prévu au Sommaire des Prestations.

c) Des voyages séparés par un retour de moins de 72 heures dans sa province de résidence seront considérés comme un seul voyage aux fins du nombre de jours consécutifs permis.

d) Les frais payables peuvent être réduits si la personne assurée ou la personne qui l'accompagne ne communique pas dans les meilleurs délais avec l'assureur afin de signifier la survenance d'un évènement.

e) Pour le volet Annulation Voyage, la responsabilité de l'assureur se limite aux frais d'annulation stipulés au contrat de voyage 48 heures après la date de la cause d'annulation ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié.

RESTRICTIONS

a) L'assureur et l'assisteur ne sont pas responsables de la disponibilité ou de la qualité des soins médicaux et hospitaliers reçus, ni de l'impossibilité d'obtenir de tels soins ou services.

b) L'assisteur se réserve le droit d'interrompre, d'écourter ou de restreindre les services d'assistance-voyage dans n'importe quelle partie du monde, en cas de rébellion, d'émeute, d'insurrection militaire, de guerre, de conflit de travail ou de grève, d'accident nucléaire, de désastre naturel, ou dans l'éventualité où les autorités du pays visité refusent à l'assisteur le droit d'offrir les services. L'assisteur essaiera tout de même de fournir des services dans la mesure du possible pendant toute éventualité de ce genre.

c) En l'absence de contre-indication médicale, l'assureur peut exiger le rapatriement de tout assuré ou son transfert à un lieu de traitement différent. Tout refus au rapatriement met fin à l'assurance et l'avis de terminaison à l'assuré sera suffisant.

d) Aucuns frais ne sont payés, ni aucune assistance donnée à un assuré par l'assureur et l'assisteur lorsque le sinistre a lieu lors d'un voyage dans sa province de résidence;

EXCLUSIONS

Aucun frais n'est payable pour des soins reliés à une condition médicale pour laquelle, dans les quatre-vingt-dix (90) jours précédant la date de départ, sauf s'il est prouvé à la satisfaction de l'assureur que la condition est stabilisée, la personne assurée a :

- été hospitalisé;
- reçu ou s'est fait prescrire un traitement médical;
- consulté un médecin;
- eu un changement quant à un médicament, à sa posologie ou son utilisation.

SPECIMEN

Les frais encourus lors d'un voyage excédant le nombre de jours de couverture prévue au Sommaire des Prestations ne seraient pas couverts par la présente garantie dès le premier jour si la personne assurée ne complète pas sa couverture par un autre contrat d'assurance voyage afin que la durée totale du voyage soit assurée.

Également, aucune prestation n'est payable pour les pertes résultant des causes ou événements suivants:

a) les frais encourus pour et lors d'un voyage dans un pays ou une région visé par un avis du gouvernement du Canada, émis avant la date du début du voyage, d'éviter tout voyage non essentiel (avis de niveau 3) ou éviter tout voyage (avis de niveau 4);

b) la participation de l'assuré (ou de son compagnon de voyage dans un cas d'annulation voyage) à un acte ou tentative d'acte criminel ou d'une émeute;

c) tout accident ou maladie qui résulte d'un affrontement public, d'une émeute, d'une insurrection ou d'une guerre ou acte de guerre, que la guerre soit déclarée ou non;

d) la participation de l'assuré à une envolée aérienne à tout autre titre que celui de passager individuel payant sur un vol régulier ou nolisé;

e) le suicide ou toute blessure ou lésion que l'assuré s'est infligé, qu'il soit sain d'esprit ou non;

f) les manœuvres d'entraînement des forces armées;

g) les frais encourus pour une grossesse, une fausse couche, un accouchement ou toutes autres complications qui a eu lieu alors que la période de gestation était de 32 semaines ou plus;

h) du fait pour un assuré d'avoir subi des lésions corporelles en conduisant un véhicule quand ses facultés étaient affectées par l'alcool ou la drogue;

i) de la participation d'un assuré à tout sport ou toute activité dangereuse tel que mais non limité à : courses de véhicules motorisés, terrestres ou aquatiques, plongée sous-marine, vol plané ou à voile, alpinisme, parachutisme en chute libre ou non, sauts à l'élastique (bungee), sports de neige hors-piste, sports de combat, ou toute autre activité ou sport dangereux similaires. En général, les sports jugés dangereux sont les sports extrêmes, de contact ou d'aventure. Ces sports peuvent se pratiquer sur mer, dans le ciel ou sur terre. Ils impliquent habituellement de la vitesse, du matériel spécialisé, des cascades ou des contacts physiques et comportent un plus haut risque d'accident ou de blessure.;

j) aucun frais ne sont payés pour une chirurgie ou un traitement facultatif ou non urgent ou si le voyage à l'extérieur de la province de résidence de l'assuré a été entrepris avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non;

k) les frais encourus pour des soins non médicalement nécessaires, ou donnés dans un but esthétique ou des soins qui excèdent les soins ordinaires;

l) tous les frais payables ou remboursables ou qui habituellement l'auraient été en vertu de tout régime d'assurance gouvernemental ou régime privé;

m) tous les frais en excédent des frais raisonnables, compte tenu de la gravité du cas, des tarifs normaux en usage dans la région et des procédés normalement utilisés;

n) tous les soins ou services donnés par une partie tierce ou qui le seraient à défaut d'assurance;

o) les services, les soins ou les produits administrés à des fins expérimentales;

p) tous les soins ou services donnés gratuitement ou qui le seraient à défaut d'assurance ou qui ne sont pas à la charge d'une personne assurée;

q) les frais relatifs à un voyage de santé, à une cure de repos, à l'alimentation ou à un traitement d'amaigrissement;

r) les soins ou services donnés par une personne membre de la famille immédiate de l'assuré;

s) les frais médicaux résultant de toute maladie ou blessure attribuable à une occupation ou à un emploi pour salaire ou profit;

t) les frais d'examen de routine ou bilan de santé ou tous frais engagés lors d'examens ou de traitements médicaux pour des fins autres que curatives;

SPECIMEN

u) les médicaments "grand public" qui ne nécessitent pas d'ordonnance médicale;
v) les frais encourus sans l'approbation préalable de l'assureur;
w) les frais administratifs ou pour remplir des documents;

x) toutes demandes de remboursements reçues après la première des dates suivantes :

a. plus de 12 mois après la date à laquelle les frais ont été encourus;
b. plus de 90 jours après la date de terminaison de la police, indépendamment de la date du service;

Exclusions supplémentaires spécifiques s'appliquant à la garantie d'assurance annulation de voyage

Aucune prestation n'est payable pour les pertes résultant des causes ou événements suivants:

1) la personne assurée connaissait la raison qui l'empêcherait d'entreprendre ou de terminer le voyage au moment de son achat ou à la date du départ;
2) la cause invoquée n'empêche pas, hors de tout doute raisonnable, la personne assurée d'entreprendre ou de terminer son voyage;
3) le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non;
4) pour les personnes assurées âgées entre 61 et 75 ans dont le voyage est d'une durée n'excédant pas 45 jours et pour les personnes assurées âgées de 60 ans ou moins, une condition médicale entraînant des frais et pour laquelle, dans les quatre-vingt-dix (90) jours précédant la date d'achat du voyage ou la date de départ, sauf s'il est prouvé à la satisfaction de l'assureur que la condition est stabilisée, la personne assurée a :
- été hospitalisé;
- reçu ou s'est fait prescrire un traitement médical;
- consulté un médecin;
- eu un changement quant à un médicament, à sa posologie ou son utilisation.

5) pour les personnes assurées âgées entre 61 ans et 75 ans et dont le voyage est d'une durée de 46 jours ou plus, une condition médicale entraînant des frais et pour laquelle la personne a déjà, dans les douze (12) mois précédant l'achat du voyage ou la date du départ :
- été hospitalisé;
- reçu ou s'est fait prescrire un traitement médical;
- consulté un médecin;
- eu un changement quant à un médicament, à sa posologie ou son utilisation.

Cette restriction ne s'applique pas si la condition médicale entraînant des frais :
- a débuté plus de 12 mois avant l'achat du voyage ou la date du départ;
- qu'il est prouvé à la satisfaction de l'assureur que la condition est demeurée stable au cours des 12 mois précédant l'achat du voyage ou la date du départ; et
- qu'il ne s'agit pas de l'une des conditions médicales suivantes :
  1. maladie pulmonaire obstructive chronique
  2. infarctus
  3. angine
  4. accident vasculaire cérébral
  5. tumeur maligne

Cependant, les conditions médicales énumérées précédemment ne sont pas prises en considération si elles ont débuté plus de 36 mois avant l'achat du voyage ou la date du départ et qu'il est prouvé à la satisfaction de l'assureur que la condition est demeurée stable au cours des 36 derniers mois;

6) le voyage est entrepris dans le but de visiter une personne malade ou ayant subi un accident et que l'annulation ou l'interruption du voyage résulte du décès ou d'une détérioration de la condition médicale de cette personne;

7) au moment de finaliser les arrangements du voyage, la personne assurée connaît un événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation ou l'interruption du voyage prévu;

8) l'absorption par l'assuré de médicaments, d'alcool ou de drogues en quantité toxique;

SPÉCIMEN

9) la grossesse, la fausse couche, l'accouchement ou leurs complications lorsque ces frais sont engagés dans les douze semaines précédant la date prévue de l'accouchement.

AVIS ET PREUVES D'UN SINISTRE

La personne assurée doit faire parvenir à l'assureur (si la couverture est toujours en vigueur) les preuves requises dans les 12 mois qui suivent les frais encourus.

Les frais reliés à l'obtention des preuves jugées satisfaisantes par l'assureur sont à la charge de l'assuré.

La personne assurée qui est en désaccord avec une décision de l'assureur peut dans les 30 jours suivant cette décision en faire appel par écrit.

Aucune demande de révision ne sera considérée si elle est reçue plus de 30 jours suivant la décision de l'assureur.

À la terminaison de la police, toutes réclamations encourues doivent être reçues par l'assureur au plus tard 90 jours après cette date de terminaison, indépendamment de la date de service, sans quoi elles ne seront pas recevables.

SPÉCIMEN

ASSISTANCE SOINS À DOMICILE

L'emploi de noms et de pronoms masculins au présent avenant est présumé inclure les équivalents féminins. Il en est de même pour l'emploi du singulier et du pluriel.

OBJET DE LA GARANTIE

Pourvu que cette garantie soit en vigueur, lorsqu'une personne assurée est considérée dépendante sur le plan fonctionnel et assume des frais, l'assureur rembourse, selon les modalités de règlement indiquées au sommaire des prestations et toutes les autres dispositions du contrat, les frais admissibles décrits ci-dessous.

CONDITIONS ET ADMISSIBLITE À LA GARANTIE

La présente garantie couvre les frais contractés pour les services, les fournitures et les soins médicaux décrits à la section « Frais admissibles », sous réserve des limites et exclusions applicables.

La présente garantie n'a pas pour effet de remplacer le régime d'assurance maladie de la province de résidence de l'Assuré ou tout autre régime d'assurance maladie gouvernemental.

Pour être admissible à cette garantie, l'Assuré doit être âgé de 18 à 69 ans inclusivement lors de la signature de la proposition. Les maximums indiqués pour cette garantie sont par personne assurée et sont inscrits au sommaire des prestations.

DEFINITIONS

Dans le présent avenant, à moins d'indication contraire :

Accident signifie une atteinte corporelle constatée par un médecin, provenant directement et indépendamment de toute autre cause, de l'action soudaine, violente et imprévue d'une cause extérieure.

Aidant naturel désigne une personne non professionnelle procurant des soins ou un appui à un membre de sa famille, un ami, un voisin ayant une perte d'autonomie.

Aide physique immédiate signifie qu'une autre personne doit toujours être à proximité afin que vous puissiez accomplir entièrement et en toute sécurité les activités de se laver et de se déplacer. Si vous avez besoin d'une aide physique immédiate pour soit vous laver ou vous déplacer, vous êtes considéré comme étant fonctionnellement dépendant lorsque vous avez aussi besoin d'aide physique importante pour accomplir une des autres activités de la vie quotidienne.

Consultation a lieu lorsqu'une personne assurée rencontre un professionnel de la santé, à la demande d'un autre professionnel de la santé, afin qu'il émette des recommandations ou donne son opinion puisqu'il détient une expertise pertinente dans les circonstances.

Définition d'activités quotidiennes:

a) **Se laver** signifie se laver, avec ou sans l'aide d'appareils et d'accessoires fonctionnels, dans une baignoire ou sous la douche, y compris prendre place dans la baignoire ou sous la douche et en sortir, ou se laver à l'aide d'une débarbouillette.
Se laver n'inclut pas la capacité d'atteindre le dos ou les pieds et de les laver.

b) **S'habiller** signifie mettre, retirer, attacher et détacher, avec ou sans l'aide d'appareils et d'accessoires fonctionnels, des vêtements et des appareils orthopédiques médicalement nécessaires ou des membres artificiels. L'Assuré n'est pas dépendant sur le plan fonctionnel pour s'habiller si des retouches ou des modifications raisonnables apportées aux vêtements que l'Assuré porte habituellement permettaient à l'Assuré de s'habiller sans avoir besoin d'une aide physique considérable.

c) **Utiliser les toilettes** signifie effectuer l'aller-retour aux toilettes, s'asseoir sur le siège des toilettes, se relever, avec ou sans l'aide d'appareils ou d'accessoires fonctionnels, et accomplir les activités connexes liées à l'hygiène personnelle.

d) **Se déplacer** signifie se coucher, se lever d'un lit, s'asseoir, se lever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'appareils ou d'accessoires fonctionnels.

e) **Se nourrir** signifie consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servis, avec ou sans l'aide d'ustensiles fonctionnels.

SPÉCIMEN

f) **Demeurer continent** signifie la capacité de maîtriser la fonction de miction (vessie) ou de défécation (intestin) ou encore de maintenir un niveau raisonnable d'hygiène personnelle (y compris les soins requis pour un cathéter ou une poche pour colostomie) si l'Assuré est incapable de maîtriser l'une ou l'autre fonction.

g) **Dépendant sur le plan fonctionnel** signifie que l'Assuré est incapable d'accomplir au moins deux activités quotidiennes, ou que ses facultés mentales sont détériorées ou qu'elle a besoin d'une aide physique immédiate pour se laver ou se déplacer. Pour être considéré comme étant dépendant sur le plan fonctionnel, l'Assuré doit également, le cas échéant, suivre les traitements recommandés par un professionnel de la santé

Détérioration des facultés mentales (troubles cognitifs) signifie qu'il est nécessaire d'être constamment surveillé par une autre personne pour protéger la santé et la sécurité physiques en raison de la détérioration ou de la perte :

- de la mémoire à court terme;
- de l'orientation dans le temps et dans l'espace et de la capacité de reconnaître les personnes;
- de la capacité de raisonner; et
- de porter un jugement en ce qui a trait à la conscience du danger.

La détérioration des facultés mentales doit être causée par une maladie cérébrale d'origine organique, comme la maladie d'Alzheimer et la démence irréversible, ou par un traumatisme crânien. Le diagnostic doit être établi par un médecin.

Établissement désigne un centre de soins de longue durée qui offre des services d'hébergement, d'assistance, de soutien, de surveillance ainsi que des services psychologiques à l'Assuré souffrant d'une perte d'autonomie fonctionnelle ou psychologique.

Frais admissibles désigne les frais encourus par l'Assuré pour des fournitures ou des services médicaux et qui sont considérés comme des frais remboursables puisqu'ils :

a) sont des frais raisonnables, ordinaires et habituels;

b) sont recommandés, approuvés ou prescrits par un professionnel de la santé;

c) sont approuvés par l'assureur;

d) excèdent les montants remboursés ou remboursables par tout autre assureur ou régime gouvernemental;

e) n'ont pas été fournis par une personne qui habitait avec l'Assuré avant que l'Assuré devienne fonctionnellement dépendant ou qui fait partie de sa famille immédiate, qui est partenaire d'affaires ou qui est son employeur;

f) ont été rendus alors que la présente garantie était en vigueur.

Les frais raisonnables, ordinaires et habituels sont les honoraires ou les frais qui ne dépassent pas le tarif généralement exigé par d'autres professionnels, établissements de santé similaires ou pharmacies de la même région ou localité lorsqu'ils dispensent des soins, des services ou des fournitures identiques ou comparables. Ces frais sont fixés annuellement ou plus fréquemment par l'Assureur.

Infirmier privé désigne un infirmier autorisé ou un infirmier auxiliaire autorisé qui est inscrit auprès de son association professionnelle respective.

Maximum à vie signifie le maximum global applicable par assuré, tel qu'indiqué au sommaire des prestations.

Montant maximal de couverture désigne le montant de couverture disponible pour une période déterminée pour chaque personne assurée, et ce, tel qu'indiqué au sommaire des prestations.

« **Nous** », « **notre »** et « **nos »** désignent l'Assureur aux termes de ce contrat.

Préposé aux services de soutien à la personne désigne tout préposé aux services de soutien à la personne agréé qui est membre en règle de son association professionnelle.

Professionnel de la santé désigne une personne qui est légalement autorisée à pratiquer une profession pour laquelle des services médicaux sont administrés. Les professionnels de la santé incluent les médecins, les pharmaciens, les dentistes, les infirmiers praticiens ou tout autre professionnel approuvé par l'assureur.

Régime gouvernemental signifie tout régime d'assurance créé par un niveau de gouvernement ou une agence gouvernementale ou qui est sous le contrôle administratif d'une telle entité.

Soins à domicile désigne des services de santé et de soins personnels prodigués à l'extérieur d'un établissement. Les soins à domicile signifient que l'Assuré est dépendant sur le plan fonctionnel et qu'il vit dans une résidence privée ou un endroit qui ne correspond pas à la définition d'établissement dans le présent contrat.

SPECIMEN

Sommaire des prestations est le sommaire des prestations annexé au présent avenant.

« **Vous** », « **votre** » et « **vos** » désignent l'Assuré aux termes de cet avenant.

FRAIS ADMISSIBLES

Pourvu que cette garantie soit en vigueur le jour où l'Assuré qui est dépendant sur le plan fonctionnel (et ne réside pas en permanence ou temporairement dans un centre de soins) assume des frais, l'Assureur paie, selon les maximums indiqués à cet effet au sommaire des prestations, les frais raisonnables, ordinaires et habituels suivants :

Système de surveillance

Le coût d'un système d'alarme médicale qui comprend un transmetteur d'urgence sans fil, avec une base qui est reliée au téléphone et contient un microphone très sensible et un haut-parleur, jusqu'au maximum indiqué au sommaire des prestations.

Indemnité de déménagement

Le coût des dépenses de relogement que l'Assureur paiera à l'Assuré pour déménager de sa résidence à un établissement de soins de longue durée, jusqu'au maximum indiqué au sommaire des prestations.

Repas

Coût de la préparation des repas cuisinés à l'extérieur de la résidence de l'Assuré, jusqu'au maximum indiqué au sommaire des prestations.

Répit

Coût des soins de relève pour l'Assuré afin de permettre à l'aidant naturel d'avoir un répit et du temps libre, jusqu'au maximum indiqué au sommaire des prestations.

Frais de déplacement

Coût du transport de l'Assuré lorsqu'il doit recevoir des soins ou un suivi médical. Si l'Assuré est transporté dans une voiture personnelle, l'indemnité est de 0,35 $/km ou le coût d'un taxi, sous réserve d'un maximum de 50 $ par jour et jusqu'au maximum indiqué au sommaire des prestations.

Soutien par un aidant naturel

Coût de la consultation d'un spécialiste qui fournit un soutien psychosocial à l'aidant naturel dans ses tâches et son implication quotidiennes avec l'Assuré, jusqu'au maximum indiqué au sommaire des prestations.

Infirmier privé, ou préposé aux services de soutien à la personne

Les services professionnels d'un infirmier privé autorisé ou d'un préposé aux services de soutien à la personne provenant d'une agence spécialisée en soins à domicile, qui est un membre en règle de son association professionnelle respective, jusqu'au maximum indiqué au sommaire des prestations.

CESSATION DE L'ASSURANCE

En plus des motifs de la cessation de l'assurance de l'assuré stipulés dans la section intitulée "Dispositions générales" du présent contrat, l'assurance d'un assuré cesse de plein droit à la plus rapprochée des dates suivantes :

a) la date de réception chez l'Assureur d'un avis écrit de l'Assuré à cet effet ou à toute date ultérieure mentionnée dans ledit avis;
b) la date où l'Assuré ne répond plus aux critères d'admissibilité ou à leur définition;
c) la date de terminaison indiquée au sommaire des prestations;
d) La date de décès de l'Assuré;
e) la date où le maximum à vie qui figure sur le sommaire des prestations est atteint;
f) la date de terminaison de la garantie d'Assurance maladie complémentaire assurée sous le présent Contrat.

COORDINATION DES PRESTATIONS

Les dépenses sont payées uniquement pour la portion excédant celle qui est payable en vertu de tout autre régime d'assurance ou payables en vertu de toute autre garantie assurée sous le présent contrat. Lorsque les dépenses sont ajoutées à tout autre avantage fourni par le biais de tout autre régime d'assurance couvrant ces mêmes dépenses assurables ou par le biais de toute autre garantie assurée sous le présent contrat et couvrant ces mêmes dépenses assurables, les prestations totales n'excèdent pas le montant véritable des dépenses encourues.

SPECIMEN

EXCLUSIONS

Aucune prestation n’est payable en vertu de cette garantie à l’égard des frais suivants engagés à la suite de :

a) blessures ou dommages physiques ou mentaux que l’Assuré s'inflige intentionnellement;
b) commission ou tentative de commission par l’Assuré d'un acte criminel;
c) blessures subies à l'occasion de la participation active de l’Assuré à un affrontement public, à une émeute, à une insurrection ou à une opération militaire, que la guerre soit déclarée ou non;
d) abus d’alcool et drogue, ou consommation de drogues illicites;
e) conduite d’un véhicule à moteur par l’adhérent, alors que la quantité d’alcool dans son sang est supérieure à 80 milligrammes par 100 millilitres de sang (0,08) ou excède la limite permise par la loi;
f) inhalation par l'adhérent de gaz toxiques, sauf si cette inhalation se fait dans l'accomplissement par l'adhérent des tâches normales de son emploi;
g) suicide ou tentative de suicide de l'adhérent, qu'il soit sain d'esprit ou non;

Aucune prestation n’est payable pour un Assuré qui est dépendant sur le plan fonctionnel si celui-ci réside à l’extérieur du Canada ou des États-Unis.

Aucune prestation n’est payable si l’Assuré réside dans un établissement de soins de santé.

Remboursement des réclamations après la terminaison de la garantie

Nous devons recevoir votre demande de remboursement au plus tard 90 jours après la date de terminaison de cette garantie. Aucun remboursement ne sera effectué après 90 jours, indépendamment de la date de service.

SPÉCIMEN