Avantage
maximumMC

Assurance voyage

MB_travelhealthguidecooperators_0123_f

EN CAS D'URGENCE MÉDICALE EN VOYAGE, VEUILLEZ COMPOSER (24 HEURES SUR 24) LE :

1 888 440-2667
(sans frais) du Canada et des États-Unis

1 416 340-1316
(à frais virés) depuis d'autres pays

Pour toute question concernant la police d'assurance, veuillez communiquer avec : Avantage Maximum – 1 888 558-7609

L'assurance voyage n'est pas valide si une personne employée ou ses personnes à charge voyagent dans un pays faisant l'objet de Conseils aux voyageurs et avertissements par destination. L'information sur les pays actuellement touchés par une telle mise en garde est accessible à partir du site web www.voyage.gc.ca.

IMPORTANT : Dans le cas d'hospitalisation d'urgence, vous DEVEZ en informer l'assistance en cas d'urgence médicale en voyage dans les 48 heures qui suivent, sinon vos prestations seront limitées.

PROTECTION SUPPLÉMENTAIRE À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Si vous prévoyez vous absenter du Canada plus longtemps que la période accordée dans la Protection à l'extérieur du Canada (par exemple, si vous vous absentez pendant 120 jours et que votre garantie collective prévoie 90 jours), vous pouvez souscrire une police individuelle auprès de Co-operators Compagnie d'assurance-vie pour couvrir les jours additionnels passés à l'extérieur du pays.

Si vous désirez souscrire une police individuelle pour vous protéger à l'expiration de votre protection à l'extérieur du Canada, veuillez communiquer avec Co-operators Compagnie d'assurance-vie en composant le 1 800 379-9628.

BARÈME DES PRESTATIONS

Titulaire du contrat : Johnston Group inc.
Numéro de police : 7949

Le présent livret contient d'autres clauses qui peuvent limiter la protection. Veuillez lire attentivement toutes les pages décrivant la garantie. À noter que tous les montants sont exprimés en dollars canadiens.

Franchise par année civile	Aucune
Pourcentage de coassurance	100 %
Maximum global par personne assurée	5 000 000 $ par période de protection
Description des classes	Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter le résumé des garanties.
Nombre d'heures de travail requises	Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter le résumé des garanties.
Période d'admissibilité	Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter le résumé des garanties.
Période de cohabitation de la conjointe ou du conjoint de fait	Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter le résumé des garanties.
Âge limite pour les enfants à charge	Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter le résumé des garanties.
Période de stabilité pour une condition préexistante – personnes participantes actives et personnes participantes à la retraite âgées de moins de 70 ans	Aucune
Période de stabilité pour une condition préexistante – personnes participantes actives et personnes participantes à la retraite	De 70 à 79 ans – 6 mois De 80 à 99 ans – 12 mois
Période de couverture	Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter le résumé des garanties.
Garantie aux personnes survivantes	Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter le résumé des garanties.
Âge à la cessation de participation	Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter le résumé des garanties.

L’assurance voyage est offerte par la Protection à l’extérieur de la province et du Canada en cas d’urgence médicale de Johnston Group inc. Le régime couvre les soins médicaux d’urgence donnés à la personne assurée à l’extérieur de sa province ou de son pays de résidence.
Par l’entremise d’Allianz Global Assistance, Co-operators Compagnie d’assurance-vie se charge de tous les services d’assistance médicale d’urgence.

Hospitalisation	Frais raisonnables et courants
Frais d’une ou d’un médecin	Frais raisonnables et courants
Services de diagnostic	Frais raisonnables et courants
Services paramédicaux	250 $ par profession admissible
Médicaments sur ordonnance	Provision pour 30 jours
Services d’ambulance	Frais raisonnables et courants
Appareils médicaux	Frais raisonnables et courants
Soins infirmiers privés	Jusqu’à concurrence de 5 000 $
Protection à l’égard d’un traitement médical reçu à l’extérieur du Canada sur recommandation d’une ou d’un médecin	Jusqu’à concurrence de 50 000 $ la vie durant
Transport d’urgence par voie aérienne	Frais raisonnables et courants
Transport jusqu’au chevet du malade	Transport en avion aller-retour en classe économique plus le versement d’une somme allant jusqu’à 150 $ par jour, jusqu’à concurrence de 3 000 $
Retour de la personne qui vous accompagne en voyage	Aller simple en avion
Traitement d’accidents dentaires	Jusqu’à concurrence de 2 000 $
Repas et hébergement	Jusqu’à concurrence de 150 $ par jour et de 3 000 $ par voyage
Retour du véhicule	Jusqu’à concurrence de 5 000 $
Retour de la dépouille	Jusqu’à concurrence de 5 000 $
Frais accessoires	Jusqu’à concurrence de 250 $

DISPOSITIONS RELATIVES À L'ADMISSIBILITÉ

ADMISSIBILITÉ DE LA PERSONNE EMPLOYÉE

La personne employée est admissible à la protection aux termes de la présente police si elle répond aux critères d'admissibilité indiqués dans le **Barème des prestations** du régime d'assurance soins médicaux complémentaire avec Avantage Maximum.

ADMISSIBILITÉ DE LA PERSONNE À CHARGE

Les personnes à charge sont admissibles à l'assurance à la dernière des dates suivantes :

- la date à laquelle la personne employée devient admissible;
- la date à laquelle la personne devient une personne à charge.

DATE D'EFFET DE L'ASSURANCE DE LA PERSONNE EMPLOYÉE

L'assurance d'une personne employée admissible entre en vigueur à la date d'effet de la protection de la personne employée indiquée dans le **Barème des prestations** du régime d'assurance soins médicaux complémentaire avec Avantage Maximum.

DATE D'EFFET DE L'ASSURANCE D'UNE PERSONNE À CHARGE

L'assurance d'une personne à charge entre en vigueur à la dernière des dates suivantes : la date à laquelle la personne employée devient assurée aux termes de la présente police ou la date à laquelle la personne à charge devient assurée aux termes du **Barème des prestations** du régime d'assurance soins médicaux complémentaire avec Avantage Maximum.

EXPIRATION DE L'ASSURANCE DE LA PERSONNE EMPLOYÉE

L'assurance de la personne employée aux termes de la présente police prend fin d'office à l'expiration de la protection aux termes du **Barème des prestations** du régime d'assurance soins médicaux complémentaire avec Avantage Maximum.

EXPIRATION DE L'ASSURANCE DE LA PERSONNE À CHARGE

L'assurance de la personne à charge prend fin d'office à l'expiration de la protection de la personne employée aux termes du **Barème des prestations** du régime d'assurance soins médicaux complémentaire avec Avantage Maximum.

GARANTIE PRESTATION DE PERSONNE SURVIVANTE DE LA PERSONNE À CHARGE

Si la personne employée décède, la protection d'une personne à charge assurée à l'égard de la Protection à l'extérieur de la province et du Canada en cas d'urgence médicale demeure en vigueur pendant le nombre d'années indiqué dans le **Barème des prestations** à partir de la date du décès de la personne employée, à la condition que la présente police et la protection de la société participante aux termes de la présente police demeurent en vigueur et que la personne à charge ne devienne pas admissible à un autre régime d'assurance collective à titre de personne employée ou de personne à charge et qu'elle continue de répondre à la définition de l'admissibilité contenue dans la présente police. Des primes doivent être versées pendant la prolongation de la protection de la personne à charge.

REMISE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE DE LA PERSONNE EMPLOYÉE

L'assurance de la personne employée aux termes de la présente police est remise en vigueur à la date de remise en vigueur de la protection de la personne employée en vertu du **Barème des prestations** du régime d'assurance soins médicaux complémentaire avec Avantage Maximum.

DISPOSITIONS RELATIVES AUX PRESTATIONS

Assistance médicale d'urgence à l'extérieur de la province et du Canada à l'égard des personnes employées et des personnes à charge.

ÉVALUATION STANDARD

Tous les frais admissibles couverts aux termes de la présente disposition doivent correspondre aux frais raisonnables et courants donnés à la personne assurée selon la maladie diagnostiquée.

MONTANT PAYABLE

Co-operators Compagnie d'assurance-vie rembourse à la personne employée les frais admissibles :

i) qui sont engagés pendant que la personne employée ou la personne à charge est assurée aux termes de la présente disposition; et

ii) qui dépassent le montant de la franchise le cas échéant.

FRAIS COUVERTS

Les frais admissibles correspondent au moindre des frais réellement engagés et des frais raisonnables et courants pour les services et fournitures couverts.

« Frais raisonnables et courants » désigne les frais engagés pour les fournitures et services médicaux approuvés et couverts qui ne dépassent pas les frais standards des autres prestataires de services de même compétence dans la même région géographique et pour le même traitement d'une maladie ou d'une blessure similaire.

DATE D'ENGAGEMENT DES FRAIS

Aux fins des calculs effectués aux termes de la présente disposition, les frais admissibles pour les services et les fournitures sont considérés être engagés à la date à laquelle la personne assurée les reçoit.

DÉTERMINATION À L'AVANCE DES FRAIS ADMISSIBLES

Co-operators Compagnie d'assurance-vie doit être avisée avant que la personne assurée ne commence à recevoir des soins médicaux. Si la maladie diagnostiquée de la personne assurée l'empêche de le faire, une autre personne doit alors communiquer avec Co-operators Compagnie d'assurance-vie. Il incombe à la personne assurée de veiller à ce que Co-operators Compagnie d'assurance-vie a été avisée le plus tôt possible avant de recevoir des soins médicaux.

Si la personne assurée n'obtient pas à l'avance les frais admissibles, la seule obligation de Co-operators Compagnie d'assurance-vie consiste alors à rembourser la personne assurée des frais engagés selon les recommandations qui auraient été faites si la demande de détermination des frais avait été présentée et la personne assurée est responsable du versement de la différence entre le montant réellement engagé et les frais raisonnables et courants remboursés par Co-operators Compagnie d'assurance-vie.

DISPONIBILITÉ OU QUALITÉ DES SOINS – RESTRICTIONS
Co-operators Compagnie d'assurance-vie n'est pas responsable de la disponibilité ni de la qualité des soins médicaux (ni de leurs résultats) ni du transport à la destination des vacances ni du défaut de la personne assurée d'obtenir des soins médicaux pendant la période de protection.

FOURNITURES ET SERVICES COUVERTS :
Pour être admissible à la protection, la personne assurée doit être couverte par l'assurance maladie de sa province de résidence.

Toute autre prestation autrement payable aux termes de la présente police est réduite de tout montant reçu par la personne assurée ou auquel elle est admissible aux termes :

i) d'un régime d'assurance maladie de l'État; ou
ii) d'une loi sur les accidents du travail ou d'une loi similaire; ou
iii) d'un régime d'assurance hospitalisation, d'assurance soins médicaux ou d'assurance soins dentaires, payable ou non; ou
iv) d'une autre assurance couvrant la personne assurée.

Lorsque le régime d'assurance maladie de l'État prévoit le versement d'une somme globale plutôt que le remboursement des frais des fournitures et des services médicaux, la personne assurée est considérée avoir reçu la somme globale maximale disponible à moins de stipulation contraire dans l'avis de versement. La personne assurée doit remettre une copie de cet avis en même temps que tous les reçus à Co-operators Compagnie d'assurance-vie.

Des prestations sont payables de la façon indiquée dans la présente police une fois que la somme versée correspond à la somme globale qui a été dépensée pour les frais couverts à l'égard desquels la somme a été accordée. Lorsque le versement est effectué aux termes d'un régime d'une œuvre de bienfaisance ou d'un autre régime, la disposition **Coordination des prestations** s'applique.

SOINS D'URGENCE À L'EXTÉRIEUR DE LA PROVINCE OU DU CANADA
Des soins d'urgence peuvent être donnés à l'extérieur de la province ou du Canada à une personne assurée n'ayant pas encore atteint l'âge indiqué dans le **Barème des prestations** pour la période de protection indiquée dans le **Barème des prestations** :

i) si les soins sont devenus nécessaires par suite d'une urgence médicale pendant que la personne assurée se trouvait à l'extérieur de sa province ou de son territoire de résidence pour des vacances ou un voyage d'affaires ou d'études; et
ii) si la personne assurée est couverte par le régime d'assurance maladie de sa province de résidence.

Par « urgence » ou « soins d'urgence », on entend la survenance d'une maladie ou d'une blessure pendant la période de protection qui nécessite un traitement médical immédiat pour le soulagement d'une douleur aiguë ou des souffrances, autres qu'un traitement expérimental ou un traitement de deuxième intention, lequel traitement ne peut attendre le retour de la personne assurée au Canada et ne comprend pas les soins médicaux pour la surveillance de l'état de la personne.

Pendant une urgence (avant l'admission ou pendant la période d'hospitalisation couverte), Co-operators Compagnie d'assurance-vie se réserve le droit :

- de transférer la personne assurée à l'un des prestataires de soins médicaux choisis par elle, et/ou
- de retourner la personne assurée dans sa province ou son territoire de résidence,

pour recevoir des soins médicaux pour le traitement de la blessure ou de la maladie lorsque cela ne suscite aucun danger pour la vie ou la santé de la personne assurée. Si la personne assurée refuse le transfert ou le retour alors que son état est considéré comme médicalement stable par la directrice ou le directeur médical de Co-operators Compagnie d'assurance-vie la compagnie d'assurance est libérée de toute responsabilité à l'égard des frais engagés pour la maladie ou la blessure après la date proposée du transfert ou du retour. Co-operators Compagnie d'assurance-vie prend toutes les dispositions nécessaires selon la maladie diagnostiquée pour la personne assurée pour choisir le mode de transfert ou de retour, et dans le cas d'un transfert, pour choisir un hôpital approuvé.

Une fois que l'état de la personne assurée est considéré comme suffisamment stable pour retourner au Canada (avec ou sans escorte médicale) selon l'opinion de la directrice ou du directeur médical de Co-operators Compagnie d'assurance-vie ou parce que la personne assurée a obtenu son congé de l'établissement hospitalier, il est considéré que l'urgence a pris fin et toute nouvelle consultation, tout nouveau traitement, toute récurrence ou toute complication liés à l'urgence ne sont plus couverts par la présente police.

Co-operators Compagnie d'assurance-vie rembourse les frais raisonnables et courants engagés par la personne assurée en excédent de ceux couverts par le régime d'assurance maladie de sa province, pour les services et fournitures suivants lorsqu'ils sont liés à des soins médicaux d'urgence :

i) Soins donnés par une ou un médecin.

ii) Radiographies de diagnostic et services de laboratoire – tests en laboratoire et radiographies effectués par la ou le médecin traitant et faisant partie du traitement d'urgence. La police ne couvre pas l'imagerie par résonance magnétique (IRM), le cathétérisme cardiaque, la tomodensitométrie (TDM), les échogrammes, les ultrasons ni les biopsies, à moins que ces services ne soient autorisés au préalable par Co-operators Compagnie d'assurance-vie.

iii) Séjour dans un hôpital approuvé dans une salle commune ou une chambre à deux lits ou dans une unité de soins coronariens ou de soins intensifs (si médicalement nécessaires), si le séjour commence pendant que la personne assurée est couverte aux termes de la présente disposition. Si la protection prend fin, quelle que soit la raison, pendant le séjour de la personne assurée à l'hôpital, le versement des prestations se poursuit jusqu'au congé de l'hôpital de la personne assurée, jusqu'à concurrence d'une année. En aucun cas, les dépenses d'une personne soignée interne ne sont remboursées pour un séjour supérieur à 365 jours par personne assurée.

iv) Fournitures médicales fournies pendant un séjour à l'hôpital couvert, si elles ont été approuvées au préalable par Co-operators Compagnie d'assurance-vie; petits appareils comme des béquilles, des plâtres, des attelles, des cannes, des écharpes, des bandages herniaires; appareils orthopédiques, ambulateurs, location temporaire d'un fauteuil roulant sur ordonnance de la ou du médecin traitant, obtenus à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence de la personne assurée et considérés comme médicalement nécessaires.

v) Soins paramédicaux lorsqu'ils sont autorisés au préalable par Co-operators Compagnie d'assurance-vie jusqu'à concurrence du maximum indiqué dans le **Barème des prestations**.

vi) Médicaments sur ordonnance, y compris les médicaments injectables et le sérum qui ne peuvent être obtenus que sur ordonnance médicale, qui sont prescrits par une ou un médecin et qui sont fournis par une pharmacienne autorisée ou un pharmacien autorisé lorsqu'ils sont médicalement nécessaires pour le traitement d'urgence, sauf s'ils sont nécessaires pour stabiliser une maladie chronique ou une maladie dont souffrait déjà la personne assurée avant le voyage. La garantie se limite à une provision de 30 jours, à moins que la personne assurée ne soit hospitalisée.

vii) Services d'ambulance, lorsqu'ils sont raisonnables et médicalement nécessaires, fournis par une société de transport par ambulance autorisée au centre le plus près en mesure de donner les soins essentiels.

viii) Transport d'urgence par voie aérienne lorsqu'il est approuvé au préalable par Co-operators Compagnie d'assurance-vie. Transport par ambulance aérienne à l'établissement hospitalier le plus près en mesure de donner les soins ou à un hôpital canadien pour recevoir des soins d'urgence immédiats. Transport par une compagnie aérienne autorisée avec une accompagnatrice ou un accompagnateur (si nécessaire) pour retourner dans la province ou le territoire de résidence de la personne assurée.

ix) Traitement d'un accident dentaire jusqu'à concurrence du maximum indiqué dans le **Barème des prestations** par personne assurée dans le cas d'un traitement dentaire d'urgence pour réparer des dents naturelles, essentielles et saines ou des dents artificielles attachées de façon permanente, à la condition que la blessure ait été causée par un coup accidentel et externe porté à la bouche ou au visage. La personne assurée doit consulter une ou un médecin ou une ou un dentiste immédiatement après la blessure. Le traitement doit commencer pendant la période de protection et être terminé avant le retour de la personne assurée dans sa province ou son territoire de résidence. Il est nécessaire d'obtenir un rapport de l'accident de la ou du médecin ou de la ou du dentiste pour la présentation de la demande de règlement.

x) Soins infirmiers privés, services professionnels d'une infirmière privée autorisée ou d'un infirmier privé autorisé, lorsqu'ils sont médicalement nécessaires et pendant l'hospitalisation, jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le **Barème des prestations** par personne assurée, lorsqu'ils sont approuvés au préalable par Co-operators Compagnie d'assurance-vie.

xi) Transport médical d'urgence – lorsqu'il est approuvé et arrangé par Co-operators Compagnie d'assurance-vie la protection est offerte pour un service de transport médical d'urgence pour retourner la personne assurée dans sa province ou son territoire de résidence dans le but d'obtenir un traitement médical d'urgence. Si la personne assurée est en voyage à l'extérieur du Canada, la protection couvre également le coût du transport d'urgence à un hôpital du Canada lorsque la personne assurée est considérée comme médicalement transportable, à la condition que le transport ait été au préalable approuvé et arrangé par Co-operators Compagnie d'assurance-vie.

xii) Transport au chevet du malade – lorsqu'il a été approuvé au préalable par Co-operators Compagnie d'assurance-vie, remboursement des frais pour un trajet simple aller-retour du Canada, jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le **Barème des prestations** pour le coût des repas et de l'hébergement dans un établissement commercial pour soit la conjointe ou le conjoint, la parente ou le parent, l'enfant, le frère ou la sœur ou la personne associée du malade, pour :

- rejoindre la personne assurée si la personne assurée voyageait seule et a été hospitalisée à titre de personne soignée dans un hôpital approuvé pendant au moins trois jours de suite à l'extérieur de sa province ou de son territoire de résidence et que la ou le médecin traitant fournit une attestation par écrit que la situation était suffisamment grave pour justifier cette visite; ou
- pour identifier le corps de la personne assurée décédée avant la remise du corps, le cas échéant.

Co-operators Compagnie d'assurance-vie ne rembourse que les frais couverts accompagnés des reçus originaux.

xiii) Retour de la compagne ou du compagnon de voyage – Si la personne assurée est retournée dans sa province ou son territoire de résidence aux termes de la garantie **Transport médical d'urgence** ou de la garantie **Retour de la personne décédée**, Co-operators Compagnie d'assurance-vie rembourse le coût du retour en classe économique, trajet simple, de sa compagne ou de son compagnon de voyage, à la condition qu'elle soit approuvée au préalable par Co-operators Compagnie d'assurance-vie.

xiv) Repas et hébergement – jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le **Barème des prestations** par personne assurée, pour le coût de l'hébergement dans un établissement commercial et des repas pour la personne assurée ou de ses personnes à charge lorsque leur voyage se prolonge au-delà du dernier jour du voyage prévu en raison de la maladie ou de la blessure dont souffre la personne assurée. La prestation doit être autorisée au préalable par Co-operators Compagnie d'assurance-vie. L'incapacité de la personne assurée à se déplacer doit être confirmée par la ou le médecin traitant et appuyée par les reçus originaux des établissements commerciaux.

xv) Retour du véhicule – jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le **Barème des prestations** si ni la personne assurée ni la personne qui voyage avec elle n'est capable de conduire le véhicule de la personne assurée, qu'il s'agisse d'un véhicule personnel ou loué pendant le voyage, par suite d'une maladie ou d'une blessure. Les arrangements et le paiement doivent être effectués pour le retour du véhicule dans la province ou le territoire de résidence de la

personne assurée à l'agence de location la plus proche. Seuls sont remboursés les frais engagés par une seule personne pour le retour du véhicule à la condition qu'il soit approuvé au préalable par Co-operators Compagnie d'assurance-vie. La garantie ne couvre pas le salaire perdu par la personne conduisant le véhicule. Co-operators Compagnie d'assurance-vie ne rembourse que les frais couverts accompagnés des reçus originaux.

xvi) Retour de la personne décédée – jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le **Barème des prestations** pour la préparation et le transport de la personne assurée décédée à sa province ou territoire de résidence dans le cas d'un décès par suite d'une blessure ou d'une maladie. Dans le cas d'une incinération ou d'un enterrement au lieu du décès de la personne assurée, le remboursement des frais se limite à 2 500 $. Le coût du cercueil ou de l'urne n'est pas couvert.

xvii) Frais accessoires – jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le **Barème des prestations** à l'égard des menues dépenses de la personne assurée comme des frais de téléphone, de location de télévision et de stationnement pendant que la personne assurée est hospitalisée par suite d'urgence, ces frais devant être le résultat direct de cette hospitalisation. Co-operators Compagnie d'assurance-vie ne rembourse que les frais couverts accompagnés des reçus originaux.

PROTECTION À L'ÉGARD D'UN TRAITEMENT MÉDICAL REÇU À L'EXTÉRIEUR DU CANADA SUR RECOMMANDATION D'UNE OU D'UN MÉDECIN

Recommandation d'une ou d'un médecin vers un traitement médical donné à l'extérieur de la province de résidence ou du Canada de la personne soignée qui n'est pas offert au Canada, jusqu'à concurrence du maximum pour la Protection à l'égard d'un traitement médical reçu à l'extérieur du Canada sur recommandation d'une ou d'un médecin indiqué dans le **Barème des prestations**. Cette garantie n'a pas pour objet d'éviter les attentes ni de recevoir plus tôt un traitement offert au Canada ou dans la province de résidence de la personne couverte.

Pour que les frais du traitement médical recommandé donné à l'extérieur de la province de résidence ou du Canada soient admissibles au remboursement, Co-operators Compagnie d'assurance-vie exige :

- que le traitement soit recommandé par une ou un médecin pratiquant au Canada;
- que la personne assurée soit couverte par le régime d'assurance maladie de sa province de résidence;
- que le traitement soit approuvé et couvert, en totalité ou en partie, par le régime d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée; et
- qu'un plan de traitement détaillé soit présenté avec une estimation des coûts avant le début du traitement.

Co-operators Compagnie d'assurance-vie avise alors la personne employée de toute prestation qui sera versée.

Co-operators Compagnie d'assurance-vie couvre les frais raisonnables et courants en excédent de la protection offerte par le régime d'assurance maladie de la province de la personne assurée ou qui auraient été remboursables si la proposition avait été présentée correctement, pour

les services et fournitures suivants lorsque liés au traitement médical recommandé :

- services médicaux;
- frais d'hospitalisation dans une salle commune;
- coût des services hospitaliers;
- frais d'hospitalisation pour soins donnés à une personne soignée externe;
- services d'ambulance autorisés, y compris une ambulance aérienne pour transporter la personne soignée à l'hôpital ou l'établissement hospitalier le plus près en mesure de donner le traitement nécessaire;
- évacuation sanitaire pour une admission dans un hôpital ou un établissement hospitalier dans la province de résidence habituelle de la personne soignée.

Les autres frais engagés à l'extérieur de la province de résidence sont remboursables au même titre que les frais couverts engagés dans la province de résidence.

RESTRICTIONS GÉNÉRALES ET EXCLUSIONS

Aucune prestation n'est versée dans les cas suivants :

1. Frais que la loi interdit aux compagnies d'assurance privées de couvrir.
2. Services ou fournitures dont les frais sont remboursables en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou d'une loi similaire ou par une tierce partie ou auxquels la personne assurée a le droit sans frais ou pour lesquels des frais sont demandés uniquement parce que la personne assurée a une protection d'assurance.
3. Services ou fournitures qui ne constituent pas des frais raisonnables et courants dans le cas de la maladie diagnostiquée pour la personne assurée.
4. Services ou fournitures associés :
   - à un traitement effectué seulement à des fins esthétiques;
   - à un loisir ou à un sport plutôt qu'aux activités de la vie quotidienne;
   - à des services ou des fournitures liés au changement de genre;
   - à un traitement anti-obésité, y compris les médicaments, les protéines de complément et les compléments alimentaires, prescrits ou non pour une raison médicale;
   - à un diagnostic ou un traitement de l'infertilité;
   - à la contraception, autres que les médicaments contraceptifs.
5. Services ou fournitures :
   - ne faisant pas partie de la liste des frais couverts; ou
   - associés à des frais couverts, à moins qu'ils ne fassent partie de la liste des frais couverts.
6. Services ou fournitures reçus à l'extérieur du Canada sauf s'ils font partie de la liste des frais couverts aux termes de la disposition **Protection à l'extérieur de la province ou du Canada**.
7. Frais engagés pour :
   - remplir les demandes de règlement;
   - obtenir des renseignements médicaux concernant les demandes de remboursement des frais couverts;
   - le dépistage et les examens pour l'utilisation par une tierce partie; ou
   - des rendez-vous manqués ou des frais de voyage ou de communication engagés par une praticienne ou un praticien.

8. Frais découlant :
   - de la guerre, d'une révolution ou d'une puissance militaire, d'une insurrection, de mouvements populaires, d'actes de terrorisme ou de la participation volontaire à une émeute; ou
   - d'un service actif à titre de membre d'une branche des forces armées d'un État.
9. Frais supplémentaires qui peuvent être attribuables au fait que la praticienne ou le praticien ou une ou un autre spécialiste de la santé ne participe pas au régime d'assurance maladie provincial. La protection est fournie sur la même base que si la praticienne ou le praticien ou une ou un autre spécialiste participait au régime d'assurance maladie provincial.
10. Frais médicaux ou frais qui sont fournis ou couverts par un régime d'assurance maladie provincial, une tierce partie, une loi sur les accidents du travail ou une loi similaire ou une œuvre de bienfaisance, même si la personne assurée ne participe plus au régime.
11. Soins médicaux qui ont été rendus nécessaires, en totalité ou en partie, directement ou indirectement, à la suite de voies de fait ou de la perpétration d'un acte criminel ou de la tentative d'en commettre.
12. Frais médicaux engagés à la suite de blessures subies directement ou indirectement, dans un accident automobile lorsque la personne assurée conduisait le véhicule impliqué dans l'accident :
    - avait dans son sang un taux d'alcool supérieur à 80 milligrammes par 100 millilitres de sang; ou
    - sa capacité de conduire était affaiblie en raison de l'usage de drogues ou d'alcool.
13. Traitement ou services normalement couverts ou remboursables aux termes d'un régime d'assurance maladie provincial ou d'un autre régime couvrant la personne assurée.
14. Toute condition qui existait avant le départ de la personne assurée à moins que cette condition préexistante ne soit stable (c'est-à-dire pas de changement dans les symptômes, pas d'hospitalisation, pas de changement dans la condition, pas de nouveaux médicaments sur ordonnance ou pas de changement d'ordonnance dans le traitement ou la médication) immédiatement avant le départ de la personne assurée à l'égard de la période de stabilité pour une condition préexistante indiquée dans le **Barème des prestations**.
15. Tout voyage réservé ou commencé en dépit d'un avis médical contraire ou après le diagnostic d'une maladie terminale.
16. Tout état pour lequel, avant le départ, une preuve médicale suggère selon des attentes raisonnables que le traitement ou l'hospitalisation pourrait être nécessaire pendant le voyage.
17. Traitement, intervention chirurgicale, médication, services ou fournitures qui ne sont pas nécessaires pour le soulagement immédiat de la douleur aiguë et des souffrances ou que la personne assurée choisit de recevoir à l'extérieur de sa province ou territoire de résidence lorsque la preuve médicale indique que la personne assurée pourrait retourner dans sa province ou territoire de résidence pour les recevoir. Le délai pour recevoir le traitement dans la province ou le territoire de résidence n'a pas de conséquence pour l'application de cette exclusion.

18. Traitement ou intervention chirurgicale subi pendant un voyage lorsque le voyage est entrepris à des fins de sécurité ou avec l'intention de recevoir des soins médicaux ou hospitaliers, que le voyage soit entrepris ou non sur la recommandation d'une ou d'un médecin. Cette exclusion ne s'applique pas à la Protection à l'égard d'un traitement médical reçu à l'extérieur du Canada sur recommandation d'une ou d'un médecin.
19. Cathétérisme cardiaque, angioplastie ou chirurgie cardiovasculaire, y compris tout test diagnostic ou tous frais associés à moins que ces soins ne soient approuvés par Co-operators Compagnie d'assurance-vie avant d'être donnés, sauf dans le cas de circonstances extrêmes lorsqu'une telle chirurgie est effectuée d'urgence immédiatement après l'admission à l'hôpital.
20. Imagerie par résonance magnétique (IRM), tomodensitométrie (TDM), échogrammes, ultrasons et biopsies, à moins que ces services ne soient au préalable approuvés par Co-operators Compagnie d'assurance-vie.
21. Hospitalisation ou services rendus relativement aux examens médicaux, au traitement d'une maladie, soins pour une maladie chronique, soins à domicile, à l'investigation, soins de réadaptation ou soins donnés pour la toxicomanie (drogue, médicaments, alcool ou autre substance) ou non-conformité lorsque la thérapie médicale ou le traitement médical prescrit à la suite d'une maladie grave ou d'une blessure est donné après l'expiration de la période d'urgence (déterminée par la directrice ou le directeur médical de Co-operators Compagnie d'assurance-vie).
22. Troubles, maladie, état ou symptôme émotionnels, psychologiques ou mentaux, à moins que la personne assurée ne soit hospitalisée.
23. Transport d'urgence par voie aérienne ou location d'une automobile, à moins qu'il ne soit approuvé ou arrangé au préalable par Co-operators Compagnie d'assurance-vie.
24. Traitement non donné sous la supervision d'une ou d'un médecin ou d'une ou d'un dentiste autorisé.
25. Traitement ou hospitalisation d'une mère ou d'une ou d'un enfant par suite d'une grossesse, d'une fausse-couche, d'un accouchement ou des complications de ces conditions survenues au cours des quatre semaines ayant précédé ou suivi la date prévue de l'accouchement.
26. Terrorisme ou toute activité ou décision d'un organisme gouvernemental ou d'un autre groupe pour prévenir, répondre ou mettre fin au terrorisme sauf pour les pertes et les dommages qui résultent directement du feu ou d'une explosion. Ces pertes ou ces dommages sont exclus sans tenir compte de toute autre cause ou de tout événement qui contribue simultanément ou dans tout ordre aux pertes ou aux dommages.
27. Suicide (y compris toute tentative de suicide) ou blessure intentionnelle, que la personne assurée soit saine d'esprit ou non.
28. Participation à un sport à titre d'athlète professionnelle ou professionnel (pour laquelle ou lequel la personne assurée est rémunérée), ou courses motorisées ou assistées mécaniquement ou concours de vitesse (définis comme une activité organisée d'une nature compétitive pour laquelle la vitesse est un facteur déterminant dans les résultats de l'événement).

29. Pertes d’appareils auditifs, de lunettes, de lunettes de soleil, de lentilles cornéennes ou de prothèses dentaires, de membres ou d’appareils ou dommages subis et l’ordonnance qui en résulte.
30. Remplacement d’une ordonnance existante à la suite d’une perte, à moins d’indication contraire ailleurs dans la présente police, renouvellement ou provision insuffisante ou achat de médicaments (y compris des vitamines) qui sont habituellement disponibles sans ordonnance ou qui ne sont pas inscrits légalement ni approuvés au Canada ou qui ne sont pas devenus nécessaires par suite d’une urgence.
31. Hausses des frais ou pénalités d’annulation pour des billets d’avions, à moins d’une autorisation préalable par Co-operators Compagnie d’assurance-vie.
32. Coût de tout billet d’avion couvert aux termes de la présente police lorsque le billet de la personne assurée peut être échangé ou utilisé pour les mêmes fins.
33. Couronnes et canaux radiculaires.
34. Traitement ou services reçus dans la province où la personne assurée fréquente l’école ou travaille à temps plein ou dans son pays d’origine, si la personne assurée est une étudiante ou un étudiant étranger fréquentant un établissement d’enseignement au Canada ou une personne non résidente travaillant au Canada.

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DEMANDES DE RÈGLEMENT

PREUVE DE SINISTRE

Pour avoir droit au versement des prestations prévues aux termes de la présente police, la personne assurée, en son nom ou au nom de ses personnes à charge, autorise toute ou tout médecin, toute personne professionnelle de la santé, tout hôpital, toute institution et tout organisme à faire parvenir à Co-operators Compagnie d'assurance-vie, ou à ses représentantes ou représentants les renseignements, rapports ou documents qu'elles ou ils pourront demander.

La personne assurée autorise, par les présentes, la compagnie d'assurance à communiquer directement avec toute ou tout médecin, toute personne professionnelle de la santé, tout hôpital, toute institution et tout organisme pour obtenir les renseignements nécessaires à l'évaluation des demandes de règlement et libère les personnes intéressées de toute responsabilité légale qui pourrait découler de la divulgation de ces renseignements.

Chaque personne employée doit prouver son droit aux prestations aux termes de la présente police et doit fournir un avis de sinistre conformément aux conditions de la présente police. Tous les frais alors engagés sont à la charge de la personne employée.

DEMANDE DE RÈGLEMENT

La personne employée doit remettre une demande pour les prestations aux termes de la présente police sur un formulaire de demande de règlement de la compagnie d'assurance remis à la personne employée par Avantage Maximum ou la société participante au moment du sinistre. La demande de règlement doit être remplie par la personne employée, la société participante et lorsque nécessaire, par une ou un médecin.

QUAND PRÉSENTER LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

Demande de règlement présentée à la suite d'une urgence à l'extérieur de la province ou du Canada

- Dans le cas d'une demande de règlement présentée à la suite d'une urgence survenue à l'extérieur de sa province au Canada ou à l'extérieur du Canada, la personne assurée doit immédiatement aviser Co-operators Compagnie d'assurance-vie et l'omission de le faire pourra limiter les prestations payables aux termes de la présente police.
- Si la personne assurée engage des frais sans le consentement préalable de Co-operators Compagnie d'assurance-vie ces frais sont couverts sauf lorsque la police indique que l'approbation ou l'autorisation préalable de Co-operators Compagnie d'assurance-vie est nécessaire, selon les frais raisonnables et courants dont le remboursement aurait été accordé par la compagnie d'assurance conformément aux conditions de la police. Si les frais engagés sont plus élevés que le montant accordé, la personne assurée est responsable du paiement de la différence entre le montant des frais qu'elle a engagés et les frais raisonnables et courants remboursés par la compagnie d'assurance.

- Si Co-operators Compagnie d'assurance-vie n'est pas immédiatement avisée, la personne assurée, ou la personne bénéficiaire qui a le droit de présenter une demande de règlement, ou la représentante ou le représentant de l'une de ces parties, doit :
  - dans les 30 jours suivant la date de survenance du sinistre aux termes de la police, remettre un avis de sinistre par écrit en mains propres ou par un envoi par courrier recommandé à Co-operators Compagnie d'assurance-vie;
  - dans les 90 jours suivant la date de survenance du sinistre aux termes de la police, fournir à Co-operators Compagnie d'assurance-vie la preuve de sinistre qu'il est raisonnablement possible d'obtenir selon les circonstances de l'urgence médicale.

OMISSION DE PRÉSENTER UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT OU UNE PREUVE DE SINISTRE – AUCUNE PRESTATION PAYABLE

La personne employée n'a droit à aucune prestation dans les cas suivants :

- frais engagés pour une urgence à l'extérieur de la province ou du Canada : la personne employée présente la demande de règlement ou une autre preuve de sinistre plus de 12 mois après avoir reçu les services ou les fournitures;
- expiration de la police ou de la protection de la société participante aux termes de la présente police : la personne employée présente la demande de règlement pour les frais engagés plus de 90 jours après la date d'expiration.

Présentation de la preuve dans un délai raisonnable

Lorsque Co-operators Compagnie d'assurance-vie demande des renseignements nécessaires au traitement, initial ou ultérieur, à l'approbation des prestations ou à l'autorisation d'une demande, ces renseignements doivent être soumis dans le délai indiqué dans la lettre ou la demande de la compagnie d'assurance. Si Co-operators Compagnie d'assurance-vie ne les reçoit pas dans le délai prévu, elle n'est pas tenue de verser de prestations.

ACTION EN JUSTICE

Aucune action ou poursuite en justice, en droit ou équité, ne pourra être intentée contre Co-operators Compagnie d'assurance-vie pour recouvrir des prestations payables aux termes de la présente police :

i) avant l'expiration de la période de 60 jours suivant la présentation de la demande de règlement conformément aux conditions de la police;

ii) Elle peut cependant être intentée :
   - si aucune prestation n'a été versée à la personne employée, à la première des éventualités suivantes : dans l'année précédant l'expiration du délai au cours duquel la demande de règlement doit être présentée pour la première fois (Dispositions relatives aux demandes de règlement – Quand présenter la demande de règlement) ou la date à laquelle Co-operators Compagnie d'assurance-vie rejette pour la première fois la demande de règlement;

- si des prestations ont été versées aux termes de la disposition visant les prestations payables, dans l'année suivant la date à laquelle Co-operators Compagnie d'assurance-vie met fin au versement des prestations aux termes de la disposition.

Le délai prescrit pour intenter une action ou une poursuite expire à la date indiquée dans la présente disposition et ne peut en aucun cas être prolongé pour s'appliquer aux versements mensuels accumulés après cette date.

COORDINATION DES PRESTATIONS

Co-operators Compagnie d'assurance-vie coordonnera les prestations payables aux termes de la présente police avec les autres régimes qui couvrent également la personne assurée par une protection similaire.

Si la personne employée ou la personne à charge qui est couverte par l'assurance soins médicaux complémentaire ou la Protection à l'extérieur de la province ou du Canada aux termes de la présente police est aussi couverte par un autre régime offrant une protection similaire, le montant des prestations payables aux termes de la présente police pour les frais admissibles engagés pendant une année d'indemnisation est coordonné avec les prestations payables à partir de tous les régimes et le total ne doit pas être supérieur à 100 % des frais admissibles.

Régimes coordonnés avec la présente police

Aux fins de la coordination des prestations, on entend par régime :

- un régime d'assurance collective;
- tout autre arrangement de protection pour des personnes composant un groupe, dans le but d'obtenir une assurance ou non, y compris une protection de paiement anticipé, un régime de capitation, un contrat d'assurance collective à adhésion facultative spéciale ou un régime de services;
- une assurance voyage individuelle.

Lorsque le remboursement est offert aux termes d'un régime d'État, les frais couverts sont réduits de tout montant payable aux termes de ce régime. Les frais couverts ainsi réduits sont alors considérés comme des frais couverts aux termes de toutes les dispositions de coordination. Ils sont assujettis à toute franchise applicable et à tout pourcentage de coassurance ou de quote-part ainsi qu'au maximum fixé aux termes de la présente police. Les régimes d'État sont des régimes prescrits par la loi, capitalisés ou gérés par un gouvernement.

Le montant payable est réduit lorsque cette police est secondaire à un autre régime collectif. La réduction correspond au montant par lequel le total des paiements aux termes de tous les régimes collectifs dépasserait les frais admissibles. Les frais admissibles correspondent à la partie des frais courants engagés pour des soins raisonnables et courants couverts par la présente police.

Lorsque les versements sont réduits, chaque prestation est réduite au prorata. Seul le montant réduit de la prestation s'applique au versement maximum. Les régimes collectifs sont des régimes offerts exclusivement aux personnes employées ou membres de groupes particuliers et non au public en général.

Les régimes couvrant les accidents à l'égard des étudiantes et étudiants ne sont pas considérés comme des régimes collectifs. Un régime secondaire est un régime qui détermine ses prestations en fonction d'un autre régime.

Ordre de versement des prestations

1. Le régime qui ne comporte pas de disposition relative à la coordination des prestations dans la police ou les dispositions du régime est considéré comme celui qui verse les prestations en premier (à la compagnie d'assurance en première ligne).
2. Si tous les régimes comportent une disposition relative à la coordination des prestations, les règles suivantes s'appliquent pour déterminer l'ordre de versement des prestations. Les règles applicables dépendent de la façon dont la personne est couverte par le régime.

Le régime est considéré comme le premier régime s'il couvre la personne à titre de personne employée.

Si la personne est couverte à titre de personne employée aux termes de plus d'un régime, l'ordre de versement est le suivant :

i) le régime couvrant la personne à titre de personne employée active à temps plein;

ii) le régime couvrant la personne à titre de personne employée active à temps partiel;

iii) le régime couvrant la personne à titre de personne retraitée.

Le régime est considéré comme le second régime s'il couvre la personne à titre de personne à charge :

Si la personne assurée est couverte à titre de personne à charge de plus d'une personne, l'ordre de versement est le suivant :

i) le régime couvrant la personne à titre de conjointe ou conjoint à charge;

ii) le régime couvrant la personne à titre d'enfant à charge de la parente ou du parent dont l'anniversaire de naissance tombe en premier dans l'année civile;

iii) le régime couvrant la personne à titre d'enfant à charge de la parente ou du parent dont le prénom commence par la lettre qui tombe en premier dans l'alphabet, si les deux parentes ou parents ont la même date d'anniversaire.

Parentes divorcées ou séparées ou parents divorcés ou séparés :
Les régimes aux termes desquels les prestations de l'enfant sont déterminées suivent l'ordre de versement suivant :

i) le régime de la parente ou du parent ayant la garde de l'enfant;
ii) le régime de la conjointe ou du conjoint de la parente ou du parent qui a la garde de l'enfant;
iii) le régime de la parente ou du parent qui n'a pas la garde de l'enfant;
iv) le régime de la conjointe ou du conjoint de la parente ou du parent qui n'a pas la garde de l'enfant.

Accidents dentaires
Dans le cas d'accidents dentaires, les régimes d'assurance soins dentaires sont les deuxièmes après une assurance soins médicaux complémentaire comportant une assurance pour les accidents dentaires.

Frais médicaux engagés à l'extérieur de la province ou du Canada
Lorsqu'une personne est aussi couverte par plus d'une protection (par exemple une assurance collective établie par son employeuse ou employeur, une assurance maladie ou voyage individuelle ou collective, une protection offerte par une carte de crédit ou toute autre assurance privée), la protection est coordonnée avec celle des autres polices conformément aux lignes directrices sur la coordination de la protection pour les frais médicaux engagés à l'extérieur de la province ou du Canada établies par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP).

Régimes de capitation
Si une autre protection existe aux termes d'un régime de capitation (régime prépayé), les prestations sont coordonnées conformément aux lignes directrices établies par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes.

Renseignements généraux
Si des prestations ont déjà été versées par un autre régime collectif, cette police devient d'office la seconde police.

Si ces règles n'établissent pas l'ordre de versement des prestations ou si un autre régime comporte des règles différentes, les prestations sont divisées entre les régimes, au prorata des montants disponibles avant la coordination.

La coordination des prestations s'applique également à la présente police si la personne est couverte à la fois à titre de personne employée et de personne à charge aux termes de la présente police; ou si une personne est couverte à titre de personne à charge de deux personnes employées aux termes de la présente police.

Autres sources
Le montant payable est également réduit lorsque cette police est la seconde par rapport à des sources autres que des régimes d'État ou collectifs. La réduction correspond à la somme par laquelle le total des versements de toutes les sources dépasse les frais couverts. Lorsque les versements sont réduits, chaque prestation est réduite proportionnellement. Seul le montant de la prestation réduite s'applique au versement maximum. Ce régime est considéré comme le second seulement si un versement a déjà été effectué d'une autre source.

Droit de recouvrement

Si des versements ont été effectués par Co-operators Compagnie d'assurance-vie à l'égard des frais admissibles pour un montant total supérieur au montant maximum des versements nécessaires pour satisfaire à l'intention de la présente disposition, Co-operators Compagnie d'assurance-vie se réserve le droit de recouvrer ces versements, jusqu'à concurrence de l'excédent, de l'une ou de plusieurs des sources ci-dessous, déterminées par Co-operators Compagnie d'assurance-vie :

i) toute personne à qui les versements ont été effectués; ou
ii) toute personne à l'égard de qui les versements ont été effectués; ou
iii) toute autre compagnie d'assurance-vie; ou
iv) tout autre organisme.

RESPONSABILITÉ D'UNE TIERCE PARTIE

En dépit des autres dispositions contenues dans la présente police, dans les cas où :

i) la personne employée ayant une invalidité totale par suite d'une blessure ou d'une maladie; ou
ii) une personne assurée devient admissible au remboursement de frais médicaux ou dentaires assurés par suite d'une blessure ou d'une maladie, pour laquelle un tiers peut, directement ou indirectement, en totalité ou en partie, être légalement responsable, Co-operators Compagnie d'assurance-vie n'est pas tenue de verser des prestations à la personne employée ou à la personne assurée aux termes de la présente police, autres que conformément à la présente disposition.

Co-operators Compagnie d'assurance-vie verse des prestations aux termes de la police sous réserve des conditions suivantes :

i) la personne employée ou la personne assurée rembourse à Co-operators Compagnie d'assurance-vie la totalité des prestations versées ou à verser aux termes de la présente police; et
ii) la personne employée ou la personne assurée conclut un accord de remboursement conformément aux conditions établies par Co-operators Compagnie d'assurance-vie; et
iii) la personne employée ou la personne assurée, selon le cas, prend toutes les mesures nécessaires pour recouvrir de la tierce partie la perte de revenu ou les frais avancés ou qui seront avancés ou remboursés aux termes de la présente police et tous les autres frais couverts par les prestations de la tierce partie, y compris, mais sans restriction, une poursuite contre la tierce partie et si Co-operators Compagnie d'assurance-vie l'exige, la cession du droit aux dommages-intérêts ou fonds reçus par voie de règlement de la tierce partie à Co-operators Compagnie d'assurance-vie à titre de garantie pour toutes les prestations versées aux termes de la présente police.

« Prestations recouvrables » désigne des prestations qui sont versées aux termes de la présente police par suite d'une blessure ou d'une maladie pour laquelle une tierce partie est ou pourrait être, directement ou indirectement, en totalité ou en partie, légalement responsable.

Omission d'obtenir un consentement
La personne employée ou la personne à charge doit obtenir le consentement par écrit de Co-operators Compagnie d'assurance-vie avant d'intenter ou de régler une action ou une poursuite contre la tierce partie, tel qu'il est exigé dans la section relative à la tierce partie. Le défaut d'obtenir le consentement de Co-operators Compagnie d'assurance-vie annulera le droit de la personne employée ou de la personne à charge au versement de nouvelles prestations aux termes de la présente police et libérera Co-operators Compagnie d'assurance-vie de toutes ses obligations vis-à-vis de la personne employée ou de la personne à charge aux termes de la présente police. Le consentement ne sera pas refusé de manière déraisonnable par Co-operators Compagnie d'assurance-vie.

ÂGE
Co-operators Compagnie d'assurance-vie se réserve le droit de demander la preuve de l'âge de la personne assurée avant d'effectuer un versement aux termes de la présente police.

CESSION
Les prestations payables aux termes de la présente police ne sont cessibles qu'au prestataire des services.

BÉNÉFICIAIRE
Les prestations payables aux termes de la présente police le sont à la personne employée ou, moyennant une autorisation, au prestataire des services.

DEVOIR DE DIVULGATION
Si Co-operators Compagnie d'assurance-vie ou la tierce administratrice ou le tiers administrateur demande une preuve de santé pour l'assurabilité, la personne employée ou la personne à charge doit, au moment de la demande, indiquer tout fait qu'il ou qu'elle connaît qui peut avoir une incidence sur l'assurance demandée aux termes de la présente police. Par exemple :

- une preuve de bonne santé; et
- un rapport d'un examen médical; et
- toute déclaration faite par écrit ou toute réponse donnée comme preuve d'assurabilité.

OMISSION DE DIVULGATION

La totalité de la protection aux termes de la présente police est annulable si la compagnie d'assurance détermine, avant ou après le sinistre, que la personne titulaire de la police ou la personne assurée a caché, présenté de manière inexacte ou omis de divulguer un fait important concernant la police ou les droits de la police, ou si la personne titulaire de la police ou la personne assurée refuse de divulguer des renseignements ou de permettre l'utilisation de ces renseignements concernant l'une des personnes assurées aux termes de la présente police. À la suite d'un sinistre, aucune prestation n'est alors payable par la compagnie d'assurance et la personne assurée est la seule responsable de tous les frais engagés pour ce sinistre, y compris des frais médicaux de rapatriement. Co-operators Compagnie d'assurance-vie peut contester la validité de toute protection d'assurance de la personne assurée si elle se rend compte de toute omission de divulgation ou de fausse représentation d'un fait, avant que la protection de la personne assurée n'ait été en vigueur pendant une période continue d'au moins deux ans la vie durant de la personne assurée.

EXCEPTION RELATIVE À LA RESTRICTION DE DEUX ANNÉES

En dépit de la clause **Omission de divulgation**, lorsque la personne assurée présente une demande de règlement aux termes de la présente police à la suite d'une maladie qui a commencé ou d'une blessure qui a été subie avant que la protection de la personne assurée n'ait été en vigueur pendant au moins deux ans, Co-operators Compagnie d'assurance-vie peut à tout moment contester la validité de l'assurance.

DÉFINITIONS

« Accident » désigne un événement fortuit, non prévu et non intentionnel attribuable exclusivement à une cause externe entraînant une blessure corporelle.

« Blessure » désigne une blessure corporelle imprévue causée par un accident et subie par la personne assurée pendant la période de protection et qui nécessite un traitement d'urgence couvert aux termes de la présente police.

« Condition préexistante » désigne toute condition (blessure ou maladie) qui existait avant le départ de la personne assurée.

« Congé autorisé » désigne un congé temporaire approuvé par la société participante. La protection peut demeurer en vigueur pendant un congé autorisé à la condition que la personne assurée demeure couverte par l'assurance maladie du régime collectif de la société participante et que les primes soient versées.

« Congé de maternité » désigne la période accordée en vertu des lois provinciales sur les normes du travail ou la période déterminée selon une entente conclue entre la personne employée et la société participante et qui commence à la première des dates suivantes : la date convenue par la personne employée et la société participante ou la date de l'accouchement.

« Congé parental » désigne la période accordée en vertu de la loi sur les normes du travail de la province et qui commence à la première des dates suivantes : la date convenue par la personne employée et la société participante ou la date qui suit immédiatement la fin du congé parental.

« Demande approuvée de la société participante » désigne la demande dûment signée présentée à la tierce administratrice ou au tiers administrateur qui résume les prestations applicables de la société telles qu'elles sont décrites dans la police et dans le régime d'assurance collective de la société.

« Dentiste » désigne une personne qui est légalement autorisée à pratiquer la dentisterie dans la province, le territoire ou toute autre juridiction dans laquelle elle pratique.

« Denturologiste » désigne une personne qui est légalement autorisée à donner à quiconque des soins complets relatifs à une prothèse dans la province, le territoire ou toute autre juridiction dans laquelle elle pratique.

« Évaluation médicale » désigne les examens médicaux indépendants, les évaluations et les tests effectués par une ou un ou plusieurs praticiennes ou praticiens et comprend, mais sans s'y restreindre, les évaluations psychologiques et les évaluations neuropsychologiques pour lesquelles sont utilisés un système de classification généralement reconnu, des examens physiologiques et des évaluations de la capacité fonctionnelle, des examens psychométriques et des tests neuropsychologiques.

« Expiration en raison de l'âge » désigne l'âge auquel la protection de la personne employée expirera, tel qu'indiqué dans la demande de la société participante. Les personnes à charge ayant dépassé cet âge peuvent demeurer couvertes à la condition que la personne employée ne l'ait pas atteint.

« Frais » désigne les frais tels qu'ils sont établis dans le guide approuvé des tarifs destiné aux praticiennes ou praticiens généralistes et publié par l'association dentaire de la province ou du territoire de résidence de la personne employée ou les frais des services rendus par une ou un denturologiste tels qu'ils sont indiqués dans le barème des frais publié par les organismes pertinents dans la province ou le territoire de résidence de la personne employée.

« Frais admissibles » désigne les frais des services et des fournitures indiqués à la disposition « Personne assurée » et qui sont réellement engagés par une personne assurée pour le traitement d'une maladie diagnostiquée.

« Frais raisonnables et courants » désigne les frais engagés pour des soins et des fournitures médicaux couverts et approuvés qui ne dépassent pas les frais standards demandés par d'autres prestataires de services de même compétence dans la même région et pour le même traitement d'une maladie similaire.

« Hôpital approuvé » désigne un établissement considéré en vertu des lois applicables comme un hôpital et répondant à toutes les conditions suivantes :

- L'établissement est légalement considéré comme un hôpital dans les provinces ou les territoires où de telles lois existent; et
- Au Canada, l'établissement est approuvé par la province ou le territoire dans lequel il est situé pour fournir des services hospitaliers assurés conformément au régime d'assurance maladie de la province ou du territoire; et
- L'établissement dispose d'installations médicales, chirurgicales ou de diagnostic; et
- L'établissement est ouvert 24 heures par jour et compte toujours au moins une ou un médecin de garde dans son personnel; et
- L'établissement fournit des soins médicaux 24 heures par jour donnés par des infirmières autorisées ou infirmiers autorisés ou sous leur supervision; et
- L'établissement fournit des soins actifs, de convalescence ou palliatifs.

« Hôpital pour personnes convalescentes » désigne une institution (ou une division d'un hôpital pour soins actifs ou un centre de réadaptation physique fournissant des soins de convalescence) :

- qui a conclu un accord de transfert avec un ou plusieurs hôpitaux et qui s'engage régulièrement à fournir, contre rémunération dans le cas d'une personne hospitalisée, des soins d'une infirmière autorisée ou d'un d'infirmier autorisé pendant la période de convalescence ou de réadaptation physique à la suite d'une blessure ou d'une maladie;

- dont les frais pour une hospitalisation en chambre standard de la personne assurée sont couverts par le régime d'assurance maladie de la province. Le terme « hôpital pour personnes convalescentes » ne comprend jamais un établissement ou une partie d'un établissement servant principalement de maison de repos, de résidence pour personnes âgées ou d'unité pour soins donnés aux malades chroniques.

« Jour » désigne un jour civil.

« Maladie » désigne une maladie qui entraîne un sinistre pendant que la protection est en vigueur. La maladie doit être suffisamment grave pour inciter une personne raisonnablement prudente à consulter une ou un médecin dans le but d'obtenir des soins.

« Maladie diagnostiquée » désigne une maladie ou une blessure qui a été diagnostiquée conformément à un système de classification généralement accepté, comprenant mais sans s'y restreindre, des radiographies, une imagerie par résonance magnétique, une scintigraphie osseuse, une biopsie, un tomodensitogramme, un test psychométrique comprenant le M.M.P.I.-2, ou un test hématologique ou par ultrasons.

« Maladie permanente » désigne une maladie grave diagnostiquée qui exige des soins continus après la période d'urgence, tel qu'il est déterminé par la directrice ou le directeur médical médical de la compagnie d'assurance.

« Maladie terminale » désigne une maladie qui selon l'avis de la ou du médecin entraînera la mort de la personne assurée dans moins de six mois.

« Médecin » désigne une praticienne ou un praticien dont la capacité juridique et professionnelle dans sa juridiction est équivalente à celle d'une ou d'un docteur en médecine au Canada et qui est dûment autorisé à pratiquer la médecine dans sa juridiction, qui prescrit des médicaments ou qui effectue des interventions chirurgicales et qui donne des soins médicaux dans les limites de sa compétence. La ou le médecin ne peut pas être la personne assurée ni être lié à la personne assurée.

« Médicalement nécessaires » désigne, dans le cas de services ou de fournitures, les services ou fournitures :
- qui sont appropriés et essentiels au diagnostic selon les normes généralement reconnues dans le domaine de la santé;
- qui ne servent pas à un traitement de nature expérimentale ni de deuxième intention;
- qui ne peuvent pas être omis sans nuire au traitement de la maladie diagnostiquée pour la personne assurée ou à la qualité des soins;
- qui ne peuvent pas attendre le retour de la personne assurée dans sa province ou son territoire de résidence.

« Membre de la famille immédiate » désigne la conjointe ou le conjoint, le fils, la fille, le père, la mère, le frère, la sœur, le beau-fils, la belle-fille, le beau-père, la belle-mère, la mère de la conjointe ou du conjoint, le père de la conjointe ou du conjoint, le gendre, la bru, le beau-frère, la belle-sœur, le petit-fils, la petite-fille, le grand-père ou la grand-mère de la personne assurée.

« Naissance » désigne l'expulsion ou l'extraction complète du fœtus du corps de la mère, quelle que soit la durée de la grossesse, et qui, après la séparation complète de la mère, respire et montre des signes de vie.

« Période de protection » désigne le nombre de jours consécutifs, tel qu'indiqué dans le certificat d'assurance de la personne assurée. La période de protection débute à partir de la date du début du voyage.

« Période de stabilité pour une condition préexistante » désigne la période indiquée dans le **Barème des prestations**, précédant immédiatement le départ, pendant laquelle la condition de santé préexistante doit demeurer stable (c'est-à-dire pas de changements dans les symptômes, pas d'hospitalisation, pas de changement dans la condition, pas de nouveaux médicaments sur ordonnance ni de changement d'ordonnance dans le traitement ou la médication).

« Personne à charge » désigne une conjointe ou un conjoint ou une ou un enfant à charge admissible, comme défini dans le **Barème des prestations** du régime d'assurance soins médicaux complémentaire de la personne employée avec Avantage Maximum.

« Personne assurée » désigne une personne employée ou une personne à charge admissible, comme défini dans le **Barème des prestations** du régime d'assurance soins médicaux complémentaire de la personne employée avec Avantage Maximum.

« Personne employée » désigne une personne qui est admissible à la protection aux termes de la police, conformément à la définition de personne employée inscrite dans le **Barème des prestations** du régime d'assurance de soins médicaux complémentaire de la personne employée avec Avantage Maximum.

« Personne employée active/Activement au travail » désigne, dans le cas d'une personne employée, une personne considérée comme activement au travail, tel que défini dans le **Barème des prestations** du régime d'assurance soins médicaux complémentaire de la personne employée avec Avantage Maximum.

« Personne soignée interne » désigne une personne admise dans un hôpital approuvé pendant plus de 24 heures pour recevoir des soins médicaux et dont l'admission a été recommandée par une ou un médecin comme médicalement nécessaire.

« Police antérieure » désigne la police collective établie à la personne titulaire de la police collective ou à la société participante par une compagnie d'assurance et qui prévoit le versement de prestations comparables à celles de la présente police, mais qui a pris fin et a été remplacée moins de 31 jours plus tard par la présente police.

« Praticienne ou praticien » désigne une ou un médecin, une ou un spécialiste, une ou un psychiatre, une ou un psychologue, une ou un physiothérapeute et une ou un ergothérapeute. Les médecins, spécialistes et psychiatres doivent être légalement autorisés à pratiquer la médecine dans la province ou le territoire où les soins sont donnés et

doivent être inscrits auprès du collège des médecins et des chirurgiennes et chirurgiens de la province ou du territoire dans lequel elles ou ils pratiquent. Les psychologues, physiothérapeutes et ergothérapeutes doivent détenir un permis pour pratiquer leur profession auprès des autorités de la province ou du territoire dans lequel les soins sont donnés; si ces autorités n'existent pas, elles ou ils doivent être titulaires d'un certificat de compétence de l'association professionnelle qui établit les normes de compétence et le code de déontologie de cette profession. La praticienne ou le praticien ne doit pas avoir de lien avec la personne employée.

« Praticienne ou praticien paramédical » désigne une personne qui est membre d'une profession paramédicale et qui est dûment autorisée à pratiquer sa profession dans la province ou le territoire de sa pratique. Par autorisée, on entend que la personne détient un permis pour pratiquer sa profession auprès des autorités applicables dans la province ou le territoire où les soins sont donnés. Si ces autorités n'existent pas, la personne doit être titulaire d'un certificat de compétence auprès d'un corps professionnel qui établit les normes de compétence et le code d'éthique pour cette profession. La praticienne ou le praticien ne peut pas être lié à la personne employée.

« Prestations d'un régime d'État » désignent les prestations qui, en raison d'une maladie ou d'une blessure, sont payables à la personne employée par un organisme gouvernemental. Ces prestations comprennent sans restriction les prestations que la personne employée reçoit ou auxquelles elle a droit aux termes du Régime de pensions du Canada, du Régime de rentes du Québec (à l'exclusion des prestations pour personnes à charge et des augmentations du coût de la vie) ou de toute loi sur les accidents du travail ou loi similaire.

« Prestations d'une assurance automobile » désigne les prestations versées à la personne employée pour remplacer son revenu à la suite d'un accident d'automobile et payables par :

- un régime d'État; ou
- une compagnie d'assurance privée; et
- qui comprennent, sans restriction, les prestations qu'elle a reçues ou auxquelles elle a droit en vertu d'un régime d'assurance automobile, et plus particulièrement les prestations sans égard à la faute versées en vertu de la **Loi sur la Société d'assurance publique du Manitoba**, de la **Saskatchewan Automobile Accident Insurance Act** et de la **Loi sur l'assurance automobile du Québec** ou de toute loi qui remplace l'une des lois citées ci-dessus, à la condition que les prestations payables en vertu de la **Loi sur l'assurance-emploi** n'entrent pas dans le calcul de la somme des prestations versées aux termes d'un régime d'assurance automobile provincial.

« Prestations d'une partie tierce » désigne les prestations versées ou qui seront versées aux termes du contrat à une personne assurée ou à une partie tierce au nom de la personne assurée.

« Province » désigne la province ou le territoire de résidence de la personne assurée.

« Régime d'assurance maladie provincial » désigne les lois provinciales, territoriales ou fédérales et les règlements afférents à ces lois, telles qu'elles sont modifiées de temps à autre, qui prévoient le versement de prestations d'assurance hospitalisation, d'assurance médicaments, d'assurance soins dentaires et d'assurance maladie à l'égard de personnes domiciliées au Canada, y compris mais sans s'y restreindre les régimes d'assurance soins dentaires provinciaux, les régimes d'assurance maladie provinciaux, les régimes d'assurance hospitalisation provinciaux, les régimes d'assurance médicaments provinciaux, les lois sur les soins médicaux ou dentaires fédérales ou provinciales ainsi que la **Loi sur l'assurance hospitalisation et les services diagnostiques** (Canada).

« Société participante » désigne une société qui a accepté de participer au **Barème des prestations** du régime d'assurance soins médicaux complémentaire avec Avantage Maximum et dont la participation a été approuvée par la tierce administratrice ou le tiers administrateur au nom de la compagnie d'assurance.

« Soins actifs » désigne une intervention active rendue nécessaire pour diagnostiquer ou traiter un état qui autrement se détériorerait.

« Soins de convalescence » désigne un traitement actif ou de réadaptation qui pourra considérablement améliorer un état et qui suit immédiatement au moins trois jours d'hospitalisation dans un hôpital pour soins actifs approuvés.

« Soins médicaux » désignent des soins, des fournitures ou des interventions chirurgicales médicalement nécessaires, y compris l'hospitalisation, fournis ou prescrits par une ou un médecin pour le traitement de la blessure ou de la maladie dont souffre la personne assurée.

« Soins palliatifs » désigne les soins donnés pour le soulagement de la douleur en phase terminale d'une maladie.

« Urgence » ou « soins d'urgence » désigne la survenance d'une maladie ou d'une blessure pendant la période de protection qui nécessite un traitement médical immédiat pour le soulagement de la douleur aiguë ou des souffrances, autre qu'un traitement expérimental ou un traitement de deuxième intention, lequel traitement ne peut attendre le retour de la personne assurée au Canada et ne comprend pas les soins médicaux pour la surveillance de l'état de la personne.

EN CAS D'URGENCE MÉDICALE EN VOYAGE, VEUILLEZ COMPOSER (24 HEURES SUR 24) LE :

1 888 440-2667
(sans frais) du Canada et des États-Unis

1 416 340-1316
(à frais virés) depuis d'autres pays

Pour toute question concernant la police d'assurance, veuillez communiquer avec :
Avantage Maximum – 1 888 558-7609

1051, rue King Edward, Winnipeg (Manitoba) R3H 0R4
Tél. : 1 888 558-7609 | Téléc. : 1 877 526-2515
Winnipeg Tél. : 204 774-6677 | Téléc. : 204 774-6698

avantagemaximum.ca

Fièrement administré par Johnston group
CANADA LES SOCIÉTÉS LES MIEUX GÉRÉES | Membre platine