



# Northern Employee Benefits Services Numéro de groupe G. 799



NORTHERN EMPLOYEE  
BENEFITS SERVICES

ᐅᑦᑦᑦᑦᑦᑦᑦᑦᑦᑦᑦᑦᑦᑦᑦᑦ  
ᐃᑦᑦᑦᑦᑦᑦᑦᑦᑦᑦᑦᑦᑦᑦᑦᑦ ᐱᑦᑦᑦᑦᑦᑦᑦᑦ



|   |           |
|---|-----------|
| <b>INTRODUCTION</b> .....   | <b>1</b>  |
| <b>TABLEAU DES PRESTATIONS</b> .....  | <b>3</b>  |
| <i>ASSURANCE VIE DE BASE</i> .....  | 3         |
| <i>ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE</i> .....   | 5         |
| <i>ASSURANCE VIE FACULTATIVE</i> .....  | 5         |
| <i>ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE</i> .....   | 6         |
| <i>(si votre employeur a choisi cette option)</i> .....   | 6         |
| <i>ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE</i> .....   | 8         |
| <i>ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE</i> .....   | 10        |
| <i>(si votre employeur a choisi cette option)</i> .....   | 10        |
| <i>GARANTIE SOINS DENTAIRE</i> .....  | 12        |
| <b>GÉNÉRALITÉS</b> .....  | <b>14</b> |
| <i>Personnes à charge admissibles</i> .....   | 14        |
| <i>Comment puis-je adhérer au régime?</i> .....   | 15        |
| <i>Ai-je différents choix?</i> .....  | 15        |
| <i>Que faire si le régime d'assurance maladie complémentaire ou de soins dentaires de mon conjoint m'offre déjà une protection semblable?</i> ..... | 15        |
| <i>Preuve d'assurabilité</i> .....  | 16        |
| <i>Quand mon assurance débute-t-elle?</i> .....   | 16        |
| <i>Quand l'assurance d'une personne à charge débute-t-elle?</i> .....   | 16        |
| <i>Mise à jour de votre dossier</i> .....   | 16        |
| <i>Désignation de bénéficiaire</i> .....  | 16        |
| <i>Quand les modifications afférentes au montant d'assurance prennent-elles effet?</i> .....  | 17        |
| <i>Qu'entend-on par « salaire »?</i> .....  | 17        |
| <i>Responsabilité civile/Subrogation</i> .....  | 20        |
| <b>ASSURANCE VIE DE BASE</b> .....  | <b>21</b> |
| <i>Quelle est ma protection?</i> .....  | 21        |
| <i>Qu'arrive-t-il si je deviens atteint d'une maladie en phase terminale?</i> .....   | 21        |
| <i>Délai pour présenter une demande de règlement d'assurance vie</i> .....  | 21        |
| <i>Droit de transformation de l'assurance vie</i> .....   | 22        |
| <b>ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE</b> .....   | <b>23</b> |
| <i>Quelle est ma protection?</i> .....  | 23        |
| <i>Exonération des primes en cas d'invalidité totale</i> .....  | 23        |
| <i>Délai pour présenter une demande de règlement d'assurance vie des personnes à charge</i> .....   | 23        |
| <b>ASSURANCE VIE FACULTATIVE</b> .....  | <b>24</b> |
| <i>Quelle est ma protection?</i> .....  | 24        |
| <i>Comment puis-je y adhérer?</i> .....   | 24        |
| <i>Plafond de garantie</i> .....  | 24        |
| <i>Fin de l'assurance vie facultative</i> .....   | 24        |
| <i>Exonération des primes en cas d'invalidité totale</i> .....  | 24        |
| <i>Suicide</i> .....  | 24        |
| <i>Délai pour présenter une demande de règlement d'assurance vie facultative</i> .....  | 24        |
| <i>Droit de transformation de l'assurance vie</i> .....   | 25        |
| <b>ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE</b> .....   | <b>26</b> |
| <i>Quelle est ma protection?</i> .....  | 26        |
| <i>Évaluation médicale indépendante</i> .....   | 26        |
| <i>Participation à un programme de réadaptation</i> .....   | 26        |
| <i>Versement des prestations d'invalidité de courte durée</i> .....   | 26        |
| <i>Quand l'indemnisation commence-t-elle?</i> .....   | 26        |
| <i>Quelle est la durée de l'indemnisation?</i> .....  | 26        |
| <i>Récidive d'invalidité totale</i> .....   | 26        |
| <i>Calcul des prestations au prorata pour les semaines incomplètes</i> .....  | 26        |
| <i>Mes prestations sont-elles imposables?</i> .....   | 26        |

TABLE DES MATIÈRES

|  |           |
|--|-----------|
| <i>Programme de réadaptation</i> .....   | 27        |
| <i>Réductions de la prestation</i> .....   | 27        |
| <i>Quand mes prestations d'invalidité de courte durée prennent-elles fin?</i> .....  | 28        |
| <i>Restrictions applicables aux prestations d'invalidité de courte durée</i> .....   | 29        |
| <i>Délai pour présenter une demande de prestations d'invalidité de courte durée</i> .....                                  | 29        |
| <b>ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE</b> .....  | <b>30</b> |
| <i>Quelle est ma protection?</i> .....   | 30        |
| <i>Modalités à remplir avant et pendant l'indemnisation</i> .....  | 30        |
| <i>Évaluation médicale indépendante</i> .....  | 30        |
| <i>Obligation continue</i> .....   | 30        |
| <i>Participation à un programme de réadaptation</i> .....  | 30        |
| <i>Restriction applicable aux affections préexistantes</i> .....   | 30        |
| <i>Versement des prestations mensuelles</i> .....  | 31        |
| <i>Pendant la période afférente à la propre profession</i> .....   | 31        |
| <i>Après la période afférente à la propre profession</i> .....   | 31        |
| <i>Quand l'indemnisation commence-t-elle?</i> .....  | 31        |
| <i>Récidive d'invalidité totale</i> .....  | 31        |
| <i>Calcul des prestations au prorata pour les mois incomplets</i> .....  | 32        |
| <i>Mes prestations sont-elles imposables?</i> .....  | 32        |
| <i>Programme de réadaptation</i> .....   | 32        |
| <i>Réductions de la prestation</i> .....   | 32        |
| <i>Plafond des prestations mensuelles (maximum de toutes sources)</i> .....  | 32        |
| <i>Réductions directes (revenus de toutes sources)</i> .....   | 33        |
| <i>Réductions indirectes (revenus de toutes sources)</i> .....   | 33        |
| <i>Exonération des primes en cas d'invalidité totale</i> .....   | 34        |
| <i>Quand mes prestations d'invalidité de longue durée prennent-elles fin?</i> .....  | 34        |
| <i>Congé de maternité, congé parental, congé pour raisons familiales, congé temporaire ou mise à pied temporaire</i> ..... | 35        |
| <i>Restrictions applicables aux prestations d'invalidité de longue durée</i> .....   | 35        |
| <i>Délai pour présenter une demande de prestations d'invalidité de longue durée</i> .....                                  | 35        |
| <b>ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE</b> .....  | <b>36</b> |
| <i>Quelle est ma protection?</i> .....   | 36        |
| <i>Faut-il obtenir un plan de traitement?</i> .....  | 36        |
| <i>Services et fournitures couverts par l'assurance maladie complémentaire :</i> .....                                     | 37        |
| <i>Ambulance</i> .....   | 37        |
| <i>Hospitalisation</i> .....   | 37        |
| <i>Soins infirmiers à domicile</i> .....   | 38        |
| <i>Soins d'urgence à l'étranger</i> .....  | 40        |
| <i>Assurance voyage Plus</i> .....   | 41        |
| <i>Assistance en cas d'urgence médicale en voyage</i> .....  | 42        |
| <i>Soins paramédicaux</i> .....  | 43        |
| <i>Frais d'examen des yeux facturés par un optométriste ou un ophtalmologiste</i> .....                                    | 43        |
| <i>Médicaments d'ordonnance</i> .....  | 43        |
| <i>Restrictions applicables aux médicaments d'ordonnance</i> .....   | 44        |
| <i>Fournitures médicales</i> .....   | 45        |
| <i>Fournitures pour diabétiques</i> .....  | 45        |
| <i>Frais d'analyses diagnostiques</i> .....  | 46        |
| <i>Équipement médical</i> .....  | 46        |
| <i>Équipement thérapeutique</i> .....  | 46        |
| <i>Oxygène et matériel d'administration d'oxygène</i> .....  | 46        |
| <i>Chaussures orthopédiques et orthèses plantaires</i> .....   | 46        |
| <i>Fauteuils roulants et lits d'hôpital</i> .....  | 47        |
| <i>Perruques et postiches</i> .....  | 47        |
| <i>Prothèses</i> .....   | 47        |
| <i>Aides à la communication</i> .....  | 47        |
| <i>Appareillage pour stomisés</i> .....  | 47        |
| <i>Accidents dentaires</i> .....   | 48        |
| <i>Soins de la vue</i> .....   | 48        |
| <i>Transport médical dans le Nord</i> .....  | 48        |
| <i>Droit de transformation de l'assurance maladie complémentaire</i> .....   | 48        |

---

TABLE DES MATIÈRES

---

|   |           |
|---|-----------|
| <i>Prestation de survivant des personnes à charge</i> .....                                   | 48        |
| <i>Restrictions générales applicables à l'assurance maladie complémentaire</i> .....          | 48        |
| <i>Délai pour présenter une demande de règlement d'assurance maladie complémentaire</i> ..... | 50        |
| <i>Coordination des prestations d'assurance maladie complémentaire</i> .....                  | 50        |
| <b>GARANTIE SOINS DENTAIRES</b> .....   | <b>51</b> |
| <i>Quelle est ma protection?</i> .....  | 51        |
| <i>Soins dentaires pour les adhérents tardifs</i> .....                                       | 51        |
| <i>Faut-il obtenir un plan de traitement?</i> .....   | 51        |
| <i>Guide des tarifs dentaires</i> .....   | 51        |
| <i>Somme remboursable</i> .....   | 51        |
| <i>Radiographies</i> .....  | 52        |
| <i>Laboratoire</i> .....  | 52        |
| <i>Choix du traitement</i> .....  | 52        |
| <i>Soins dentaires couverts</i> .....   | 52        |
| <i>Niveau 1 – Soins de prévention et de restauration de base couverts</i> .....               | 52        |
| <i>Niveau 2 – Soins de restauration mineure (endodontie et parodontie)</i> .....              | 53        |
| <i>Niveau 3 – Soins de restauration majeure couverts</i> .....                                | 54        |
| <i>Niveau 4 – Soins d'orthodontie couverts</i> .....  | 55        |
| <i>Droit de transformation de la garantie soins dentaires</i> .....                           | 56        |
| <i>Prestation de survivant des personnes à charge</i> .....                                   | 56        |
| <i>Restrictions générales applicables à la garantie soins dentaires</i> .....                 | 56        |
| <i>Délai pour présenter une demande de règlement pour soins dentaires</i> .....               | 57        |
| <i>Prolongation de la garantie pour les soins dentaires en cours</i> .....                    | 57        |
| <i>Coordination des prestations pour soins dentaires</i> .....                                | 57        |

## INTRODUCTION

### VOTRE RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

Nous sommes heureux de vous fournir une gamme complète de garanties d'assurance collective offertes par votre employeur avec la collaboration de Co-operators Compagnie d'assurance-vie. Votre régime d'assurance collective vous procure une précieuse protection en cas de maladie ou de décès. Le présent document décrit votre régime en vigueur à la date indiquée sur la couverture.

Vous y trouverez des renseignements généraux sur votre régime d'assurance collective. Une lecture attentive du présent livret vous permettra de bien comprendre les garanties qui vous sont offertes par votre employeur. Veuillez conserver ce document afin de vous y référer au besoin. Pour toute question, veuillez communiquer avec votre employeur ou l'administrateur de votre régime.

Tous les employeurs qui participent au régime d'assurance collective offrent les garanties suivantes :

- Assurance vie de base
- Assurance vie des personnes à charge
- Assurance invalidité de longue durée

Toutefois, les garanties facultatives offertes dans le cadre du régime d'assurance collective de Northern Employee Benefits Services (NEBS) varient selon l'employeur. Voici les garanties facultatives pouvant être offertes :

- Assurance invalidité de courte durée
- Assurance maladie complémentaire
- Garantie soins dentaires
- Assurance pour les conseillers élus, les membres nommés au conseil et les dirigeants élus/nommés

Les garanties suivantes sont offertes aux employeurs qui souhaitent offrir une assurance pour les conseillers élus, les membres nommés au conseil ou les dirigeants élus/nommés :

- Assurance vie de base

Votre employeur ou l'administrateur de votre régime doit s'assurer que les employés sont couverts pour les garanties auxquelles ils ont droit. Pour ce faire, il doit régler les primes exigibles et verser les dépôts requis, signaler les nouvelles adhésions, les résiliations et les modifications de salaire ou de garantie, et tenir les dossiers à jour.

À titre de participant au régime d'assurance collective, c'est vous qui devez transmettre à votre employeur ou à l'administrateur de votre régime les renseignements dont il a besoin pour remplir ces tâches.

**LE PRÉSENT LIVRET EST DISTRIBUÉ À TITRE INFORMATIF SEULEMENT. IL S'AGIT D'UN DOCUMENT IMPORTANT QUE NOUS VOUS CONSEILLONS DE CONSERVER, POUR VOUS Y RÉFÉRER AU BESOIN.**

**La police-cadre et le texte du régime G. 799, établis par Co-operators Compagnie d'assurance-vie au nom du titulaire de police/promoteur de régime Northern Employee Benefits Services, fait foi pour le règlement de tous les sinistres. En cas de divergence ou de conflit entre le présent livret et la police ou le texte du régime, la police et le texte du régime prévalent.**

### **Régime d'assurance maladie complémentaire**

Le promoteur de régime finance une partie du régime d'assurance maladie complémentaire. Cela signifie qu'il a l'entière responsabilité légale et financière des garanties et qu'il doit fournir les fonds nécessaires pour payer les demandes de règlement jusqu'à concurrence du seuil d'excédent de pertes dont il a convenu. Co-operators Vie ne fait qu'administrer le régime jusqu'à concurrence du seuil d'excédent de pertes. Les sommes inférieures au seuil d'excédent de pertes ne sont pas garanties par Co-operators Compagnie d'assurance-vie. Cette dernière se dégage de toute responsabilité à l'égard des participants au régime, notamment en ce qui concerne le versement des prestations avant l'atteinte du seuil d'excédent de pertes.

### **Régime de soins dentaires**

Le promoteur de régime finance le régime de soins dentaires. Cela signifie qu'il a l'entière responsabilité légale et financière de cette garantie et qu'il doit fournir les fonds nécessaires pour payer les demandes de règlement. Co-operators Vie ne fait qu'administrer le régime de soins dentaires. Le régime de soins dentaires n'est pas garanti par Co-operators Compagnie d'assurance-vie. Cette dernière se dégage de toute responsabilité à l'égard des participants au régime, notamment en ce qui concerne le versement des prestations au titre du régime.

Votre employeur ou l'administrateur de votre régime se réserve le droit de réviser, de modifier, de nuancer, de réduire, de suspendre ou de résilier à tout moment – y compris après le départ à la retraite d'un employé – les garanties fournies aux employés et aux anciens employés (incluant les retraités) par la police-cadre d'assurance collective ou le texte du régime.

## TABLEAU DES PRESTATIONS

Le tableau des prestations doit être lu en tenant compte des garanties décrites dans le présent livret.

### Catégories d'employés :

- Employés
- Conseillers élus
- Membres nommés au conseil
- Dirigeants élus/nommés

### Minimum d'heures par semaine :

Effectivement au travail à temps plein à raison d'au moins 20 heures par semaine.

### ASSURANCE VIE DE BASE

Assurance prise en charge par Co-operators Compagnie d'assurance-vie

#### Catégorie admissible :

Employés

#### OPTION 1

#### Calcul de la prestation :

300 % du salaire annuel, arrondi à la tranche supérieure de 1 000 \$, s'il n'en est pas déjà un multiple.

#### Montant d'assurance :

Le montant obtenu selon le calcul de la prestation.  
Le montant maximal d'assurance est le suivant :

Maximum sans preuve d'assurabilité : 300 000 \$

Maximum avec preuve d'assurabilité : 300 000 \$

À 65 ans, le montant d'assurance est réduit de 50 %, jusqu'à concurrence d'un maximum de 150 000 \$.

À 70 ans, le montant d'assurance est encore réduit de 50 %, jusqu'à concurrence d'un maximum de 75 000 \$.

#### Prestation d'assistance avant le décès

50 % du montant d'assurance, jusqu'à concurrence d'un maximum de 50 000 \$. La garantie prend fin à 65 ans.

#### Âge de terminaison :

75<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'employé

#### Période d'attente relative à l'exonération des primes d'assurance vie :

Correspond au délai de carence de l'invalidité de longue durée. L'exonération s'applique rétroactivement à compter du début de l'invalidité totale. La définition d'invalidité totale pour l'exonération des primes d'assurance vie de base correspond à la définition d'invalidité totale pour l'assurance invalidité de longue durée indiquée dans la police. L'exonération des primes prend fin à 65 ans.



## Tableau des prestations

### OPTION 2

|  |   |
|--|---|
| <b>Calcul de la prestation :</b>   | 150 % du salaire annuel, arrondi à la tranche supérieure de 1 000 \$, s'il n'en est pas déjà un multiple.   |
| <b>Montant d'assurance :</b>   | Le montant obtenu selon le calcul de la prestation.<br>Le montant maximal d'assurance est le suivant :<br><br>Maximum sans preuve d'assurabilité : 150 000 \$<br>Maximum avec preuve d'assurabilité : 150 000 \$<br><br>À 65 ans, le montant d'assurance est réduit de 50 %, jusqu'à concurrence d'un maximum de 75 000 \$.<br><br>À 70 ans, le montant d'assurance est encore réduit de 50 %, jusqu'à concurrence d'un maximum de 37 500 \$. |
| <b>Prestation d'assistance avant le décès</b>                                  | 50 % du montant d'assurance, jusqu'à concurrence d'un maximum de 50 000 \$. La garantie prend fin à 65 ans.   |
| <b>Âge de terminaison :</b>  | 75 <sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'employé  |
| <b>Période d'attente relative à l'exonération des primes d'assurance vie :</b> | Correspond au délai de carence de l'invalidité de longue durée. L'exonération s'applique rétroactivement à compter du début de l'invalidité totale. La définition d'invalidité totale pour l'exonération des primes d'assurance vie de base correspond à la définition d'invalidité totale pour l'assurance invalidité de longue durée indiquée dans la police. L'exonération des primes prend fin à 65 ans.                                  |
| <b>Catégorie admissible :</b>  | <b>Conseillers élus</b><br><b>Membres nommés au conseil</b><br><b>Dirigeants élus/nommés</b><br><i>(si votre employeur a choisi cette option)</i>   |
| <b>Calcul de la prestation :</b>   | Somme fixe de 100 000 \$ par employé  |
| <b>Montant d'assurance :</b>   | Le montant obtenu selon le calcul de la prestation.<br>Le montant maximal d'assurance est le suivant :<br><br>Maximum sans preuve d'assurabilité : 100 000 \$<br>Maximum avec preuve d'assurabilité : 100 000 \$<br><br>À 65 ans, le montant d'assurance est réduit de 50 %, jusqu'à concurrence d'un maximum de 50 000 \$.<br><br>À 70 ans, le montant d'assurance est encore réduit de 50 %, jusqu'à concurrence d'un maximum de 25 000 \$. |

## Tableau des prestations

|  |   |
|--|---|
| <b>Prestation d'assistance avant le décès :</b>            | 50 % du montant d'assurance, jusqu'à concurrence d'un maximum de 50 000 \$. La garantie prend fin à 65 ans. |
| <b>Âge de terminaison :</b>                                | 75 <sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'employé  |
| <b>Exonération des primes en cas d'invalidité totale :</b> | Sans objet  |

### ***ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE***

*Assurance prise en charge par Co-operators Compagnie d'assurance-vie*

|  |  |
|--|--|
| <b>Catégorie admissible :</b>                              | <b>Employés</b>  |
| <b>Montant d'assurance :</b>                               | Conjoint : 10 000 \$<br>Enfant : 5 000 \$ (dès la naissance) |
| <b>Âge de terminaison :</b>                                | 70 <sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'employé       |
| <b>Exonération des primes en cas d'invalidité totale :</b> | Lorsque les primes d'assurance vie de base sont exonérées.   |

### ***ASSURANCE VIE FACULTATIVE***

*Assurance prise en charge par Co-operators Compagnie d'assurance-vie*

|  |  |
|--|--|
| <b>Catégorie admissible :</b>                              | <b>Employés</b>  |
| <b>Montant d'assurance :</b>                               | L'employé ou son conjoint peuvent souscrire un montant d'assurance variant de 10 000 \$ à 200 000 \$, offert par tranches de 10 000 \$.<br><br>Un parent à charge peut souscrire un montant d'assurance de 5 000 \$. |
| <b>Âge de terminaison :</b>                                | 70 <sup>e</sup> anniversaire de naissance  |
| <b>Exonération des primes en cas d'invalidité totale :</b> | Lorsque les primes d'assurance vie de base sont exonérées.   |

**ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE**

(si votre employeur a choisi cette option)

Assurance prise en charge par Co-operators Compagnie d'assurance-vie

**Catégorie admissible :** Employés

**OPTION 1**

**Calcul de la prestation :** 60 % du salaire hebdomadaire, arrondi à la tranche supérieure de 1 \$, s'il n'en est pas déjà un multiple.

**Prestation hebdomadaire :** Le montant obtenu selon le calcul de la prestation ou le maximum de toutes sources, selon le moins élevé de ces montants.

**Prestation hebdomadaire maximale :** 1 535 \$

**Maximum de toutes sources :** 85 % du salaire net d'avant l'invalidité

**Garantie professionnelle :** Oui, assurance 24 heures sur 24

**Délai de carence :**  
- Blessure .....0 jour consécutif  
- Maladie .....7 jours consécutifs

**Premier jour d'hospitalisation :** Non

**Période d'indemnisation :** 17 semaines à compter du début de l'invalidité

**Récidive d'invalidité totale :** 4 semaines

**Semaine d'indemnisation :** 5 jours

**Statut fiscal :** Non imposable

**Réductions RPC/RRQ :** Primaires

**Âge de terminaison :** 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'employé

**Période d'attente pour l'exonération des primes :** Correspond au délai de carence de l'invalidité de courte durée. L'exonération s'applique rétroactivement à compter du début de l'invalidité totale. L'exonération des primes prend fin à 65 ans.



### ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Assurance prise en charge par Co-operators Compagnie d'assurance-vie

|  |  |
|--|--|
| <b>Catégorie admissible :</b>                            | <b>Employés</b>  |
| <b><u>OPTION 1</u></b>                                   |  |
| <b>Calcul de la prestation :</b>                         | 60 % du salaire mensuel, arrondi à la tranche supérieure de 1 \$, s'il n'en est pas déjà un multiple.  |
| <b>Prestation mensuelle :</b>                            | Le montant obtenu selon le calcul de la prestation. La prestation mensuelle maximale correspond au moins élevé des montants suivants : 6 600 \$ ou le maximum de toutes sources.                 |
|  | Maximum sans preuve d'assurabilité : 6 600 \$<br>Maximum avec preuve d'assurabilité : 6 600 \$   |
| <b>Maximum de toutes sources :</b>                       | 85 % du salaire net d'avant l'invalidité   |
| <b>Garantie professionnelle :</b>                        | Oui, assurance 24 heures sur 24  |
| <b>Délai de carence :</b>                                | - Blessure ..... 119 jours consécutifs<br>- Maladie ..... 119 jours consécutifs  |
| <b>Période afférente à la propre profession :</b>        | Durant le délai de carence et les 24 mois qui suivent; par la suite, l'employé doit être incapable d'exercer les fonctions de toute profession.  |
| <b>Période maximale d'indemnisation :</b>                | Jusqu'à 65 ans   |
| <b>Récidive d'invalidité totale :</b>                    | 6 mois   |
| <b>Statut fiscal :</b>                                   | Non imposable  |
| <b>Réductions RPC/RRQ :</b>                              | Primaires  |
| <b>Âge de terminaison :</b>                              | 65 <sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'employé   |
| <b>Période d'attente pour l'exonération des primes :</b> | Correspond au délai de carence de l'invalidité de longue durée. L'exonération s'applique rétroactivement à compter du début de l'invalidité totale. L'exonération des primes prend fin à 65 ans. |

## Tableau des prestations

### OPTION 2

|  |  |
|--|--|
| <b>Calcul de la prestation :</b>                         | 70 % du salaire mensuel, arrondi à la tranche supérieure de 1 \$, s'il n'en est pas déjà un multiple.  |
| <b>Prestation mensuelle :</b>                            | Le montant obtenu selon le calcul de la prestation. La prestation mensuelle maximale correspond au moins élevé des montants suivants : 6 600 \$ ou le maximum de toutes sources.<br><br>Maximum sans preuve d'assurabilité : 6 600 \$<br>Maximum avec preuve d'assurabilité : 6 600 \$ |
| <b>Maximum de toutes sources :</b>                       | 85 % du salaire brut d'avant l'invalidité  |
| <b>Garantie professionnelle :</b>                        | Oui, assurance 24 heures sur 24  |
| <b>Délai de carence :</b>                                | - Blessure ..... 119 jours consécutifs<br>- Maladie ..... 119 jours consécutifs  |
| <b>Période afférente à la propre profession :</b>        | Durant le délai de carence et les 24 mois qui suivent; par la suite, l'employé doit être incapable d'exercer les fonctions de toute profession.  |
| <b>Période maximale d'indemnisation :</b>                | Jusqu'à 65 ans   |
| <b>Récidive d'invalidité totale :</b>                    | 6 mois   |
| <b>Statut fiscal :</b>                                   | Imposable  |
| <b>Réductions RPC/RRQ :</b>                              | Primaires  |
| <b>Âge de terminaison :</b>                              | 65 <sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'employé   |
| <b>Période d'attente pour l'exonération des primes :</b> | Correspond au délai de carence de l'invalidité de longue durée. L'exonération s'applique rétroactivement à compter du début de l'invalidité totale. L'exonération des primes prend fin à 65 ans.   |

**ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE**

(si votre employeur a choisi cette option)

Garantie administrée par Co-operators Compagnie d'assurance-vie

**Le terme « année » désigne « année civile »; « mois » désigne « mois consécutifs ».**

**Catégorie admissible :**

**Tous les employés**

**Franchise :**

- Hospitalisation ..... 0 \$ par année
- Soins d'urgence à l'étranger et Assurance voyage Plus ..... 0 \$ par année
- Médicaments d'ordonnance ..... 0 \$ par année
- Soins de la vue ..... 0 \$ par année
- Tous autres soins médicaux complémentaires :
  - ⇒ Employé ..... 0 \$ par année
  - ⇒ Employé avec personnes à charge ..... 0 \$ par année

**Liste de choix (médicaments) :**

- Règlement direct par carte-médicaments.
- Substitution obligatoire par un médicament générique équivalent seulement (médicament interchangeable le moins cher).
- Le Programme obligatoire de tarification des biosimilaires est inclus.
- Les frais d'exécution d'ordonnance supérieurs au montant raisonnable ou habituel par ordonnance ne sont pas couverts.

**Règle proportionnelle :**

- Hospitalisation ..... 100 %
- Soins d'urgence à l'étranger et Assurance voyage Plus ..... 100 %
- Soins de la vue ..... 100 %
- Équipement thérapeutique ..... 100 %
- Médicaments d'ordonnance ..... 100 %
- Tous autres soins médicaux complémentaires ..... 100 %

**Maximums par personne couverte :**

- Maximum pour soins d'urgence à l'étranger par blessure ou maladie .... 1 000 000 \$
- Maximum par année civile pour soins médicaux complémentaires ..... illimité
- Assurance voyage Plus

Durée maximale du séjour à l'étranger ..... 90 jours

**Prestations maximales d'assurance maladie complémentaire :**

- Hospitalisation ..... chambre à deux lits
- \*Hôpital de convalescence ..... 20 \$ par jour pour 120 jours
- \*Soins infirmiers à l'extérieur de l'hôpital de convalescence ..... 10 \$ par jour pour 120 jours





## Tableau des prestations

- d'inhalation, percuteur de la cage thoracique, plateau de drainage et crachoir, canule (tube) de trachéotomie et pompe d'aspiration)
- dispositifs d'administration pour diabétiques (pompes à perfusion d'insuline) et glycomètre (appareil permettant de mesurer le taux de glycémie).....500 \$, la vie durant
  - Membres et yeux artificiels .....25 000 \$ chacun, la vie durant
  - Bas prothétiques (couvre-moignons).....5 paires par année
  - Postiches et perruques à la suite d'une chirurgie ou d'un traitement ...200 \$, la vie durant
  - Prothèses mammaires externes (postmastectomie).....1 par 5 ans
  - Soutiens-gorge chirurgicaux .....2 par année
  - Bas de contention gradués .....2 paires par année
  - Appareils et équipement respiratoires (dont IPPB, AUTO-CPAP (APAP), CPAP, biphasique (BiPAP) ou tout autre équipement ou machine respiratoire nécessaire à des fins médicales) ..... 1 500 \$ par 60 mois
  - Transport médical dans le Nord :
    - Pour un aller simple.....200 \$
    - Pour un aller-retour.....400 \$

**Prestation de survivant des personnes à charge :**..... 1 an

**Âge de terminaison des prestations pour soins d'urgence à l'étranger (y compris l'Assurance voyage Plus) :**.....65<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'employé

**Âge de terminaison pour les autres prestations d'assurance maladie complémentaire :** .....70<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'employé

### **GARANTIE SOINS DENTAIRES**

(si votre employeur a choisi cette option)

Garantie administrée par Co-operators Compagnie d'assurance-vie

**À moins d'indication contraire, le terme « année » désigne « année civile » ; « mois » désigne « mois consécutifs ».**

**Catégorie admissible :** **Tous les employés**

**Franchise par année civile :**

- Employé.....25 \$
- Employé avec personnes à charge .....50 \$

**Règle proportionnelle :**

- Niveau 1.....Soins de restauration de base .....100 %
- Niveau 2.....Soins d'endodontie et de parodontie .....100 %
- Niveau 3.....Soins de restauration majeure .....60 %

## Tableau des prestations

- Niveau 4.....*Soins orthodontiques*..... 50 %

### Prestations maximales pour soins dentaires :

- Niveau 1 .... *Soins de restauration de base* .....
  - Niveau 2.....*Soins d'endodontie et de parodontie*.....
  - Niveau 3.....*Soins de restauration majeure* .....
  - Niveau 4.....*Soins orthodontiques* ..... 3 500 \$, la vie durant
- } Maximum global  
de 2 000 \$  
par année

**Guide des tarifs dentaires des généralistes et des spécialistes :** ..... Année en cours

### Autres renseignements sur les soins dentaires :

- ⇒ Examens de rappel, 2 radiographies interproximales et nettoyage, à raison de deux fois tous les 12 mois.
- ⇒ Application de fluorure chez les enfants de moins de 21 ans, à raison de deux fois tous les 12 mois.
- ⇒ Application de fluorure chez les adultes, à raison d'une fois tous les 12 mois.
- ⇒ Soins orthodontiques pour les enfants à charge jusqu'à 19 ans.
- ⇒ Les conseils d'hygiène buccale sont couverts une seule fois la vie durant (niveau 1).
- ⇒ Restriction applicable au remplacement d'une dent manquante dans le cadre des soins de restauration majeure (prothèses, ponts ou implants).
- ⇒ Scellants des puits et fissures chez les enfants à charge de moins de 14 ans.
- ⇒ Le détartrage parodontal, le surfaçage radiculaire, ainsi que l'ajustement et l'équilibrage de l'occlusion sont couverts, à raison d'un maximum de 8 unités de temps par année pour chaque soin.

**Prestation de survivant des personnes à charge :** ..... 1 an

**Âge de terminaison :** ..... 70<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'employé

## GÉNÉRALITÉS

Pour être admissible au régime, vous devez :

- être effectivement au travail sur une base régulière et permanente, à raison du minimum d'heures par semaine indiqué dans le tableau des prestations;
- participer à un régime public d'assurance maladie et résider au Canada;
- avoir moins de 75 ans pour l'assurance vie de base, moins de 70 ans pour l'assurance vie des personnes à charge et l'assurance vie facultative, moins de 65 ans pour toucher des prestations d'invalidité de courte durée ou de longue durée et moins de 70 ans pour bénéficier des garanties maladie complémentaire et soins dentaires;
- être employé depuis le nombre de mois sélectionné par l'employeur.

Les employés temporaires qui remplissent les conditions susmentionnées sont admissibles aux garanties suivantes :

- Emploi d'une durée de 24 mois ou plus : toutes les garanties;
- Emploi d'une durée de moins de 24 mois mais de plus de 12 mois : toutes les garanties sauf l'assurance invalidité;
- Emploi d'une durée de moins de 12 mois : aucune garantie.

Vous êtes « effectivement au travail » si :

- vous travaillez réellement dans l'établissement de votre employeur ou tout autre endroit où vous devez travailler au Canada à sa demande;
- vous êtes capable d'exercer toutes les fonctions habituelles de votre profession et que vous les exercez réellement, à plein salaire, de façon régulière et sans interruption durant le nombre d'heures habituellement prévues pour la journée;
- vous êtes absent en raison de vacances prévues, fins de semaine, jours fériés ou quarts de travail variables.

### Personnes à charge admissibles

Votre conjoint et vos enfants à charge peuvent participer au régime à compter de la date où vous y êtes admissible, sinon à compter du moment où ils répondent aux critères d'admissibilité si cette date est ultérieure. Pour être admissible, la personne à charge doit être inscrite au régime public d'assurance maladie provincial et résider au Canada.

- « Conjoint » désigne votre époux ou une personne avec qui vous vivez en union de fait depuis au moins 12 mois. Cette exigence de 12 mois est levée si vous et votre conjoint avez adopté un enfant conjointement ou si un enfant est né de votre union.
  - Veuillez noter que vous ne pouvez assurer qu'une seule personne comme « conjoint » pour toutes les garanties à un moment quelconque.
- Vos enfants à charge sont vos enfants ou ceux de votre conjoint qui ne sont pas mariés, qu'il s'agisse de vos enfants naturels ou adoptés ou d'un beau-fils ou d'une belle-fille, ou de tout autre enfant non marié pour qui vous ou votre conjoint êtes le tuteur légal.
- Pour être admissible au régime, votre enfant à charge doit :
  - avoir moins de 21 ans et ne pas travailler plus de 30 heures par semaine, sauf s'il est aux études à plein temps;
  - avoir au moins 25 ans et être inscrit comme étudiant dans un collège, une université, une école de métiers ou dans tout autre établissement d'enseignement semblable et assister aux cours à plein temps;



### **Preuve d'assurabilité**

Sur présentation de votre formulaire d'adhésion, vous pourriez devoir fournir une preuve de bonne santé avant le début de l'assurance si :

- vous ou vos personnes à charge êtes des adhérents tardifs, c'est-à-dire que vous avez transmis votre demande plus de 31 jours après votre admissibilité à l'assurance;
- vous souscrivez un montant d'assurance supérieur à celui sans preuve de bonne santé;
- vous souscrivez une garantie que vous avez déjà refusée.

### ***Quand mon assurance débute-t-elle?***

Votre assurance prend effet à la dernière des dates suivantes, à condition que vous soyez effectivement au travail à cette date :

- le jour où vous répondez aux critères d'admissibilité, si vous avez adhéré au régime dans les 31 jours qui suivent votre admissibilité;
- si une preuve de bonne santé est requise, le jour où votre demande est approuvée.

Si vous n'êtes pas effectivement au travail le jour où votre assurance prendrait normalement effet ou augmenterait, l'assurance débute le premier jour complet où vous êtes de nouveau effectivement au travail.

### ***Quand l'assurance d'une personne à charge débute-t-elle?***

L'assurance de votre personne à charge prend effet à la dernière des éventualités suivantes :

- le jour où votre assurance débute;
- le jour où votre personne à charge répond aux critères d'admissibilité;
- si une preuve de bonne santé est requise, le jour où votre demande est approuvée.

L'assurance maladie complémentaire d'une personne à charge hospitalisée, à l'exception d'un nouveau-né, débute le premier jour suivant son congé de l'hôpital.

### ***Mise à jour de votre dossier***

Pour maintenir à jour votre protection, il est essentiel de signaler sans délai tout changement à votre employeur ou à l'administrateur de votre régime :

- changement relatif à une personne à charge;
- perte des garanties offertes par le régime de votre conjoint;
- changement de nom ou d'adresse;
- changement de bénéficiaire.

### ***Désignation de bénéficiaire***

À votre décès, votre bénéficiaire désigné reçoit les sommes dues aux termes de l'assurance vie de base et, le cas échéant, de l'assurance vie facultative. Il est donc très important de nommer un bénéficiaire dès votre adhésion au régime.

Vous avez le droit de nommer un bénéficiaire au moment de votre adhésion à l'assurance et de le changer en tout temps, lorsque la loi le permet. Pour ce faire, vous devez remplir le formulaire nécessaire disponible auprès de votre employeur ou de l'administrateur de votre régime. Si votre bénéficiaire décède avant vous, ou si vous n'avez pas de bénéficiaire, les sommes dues sont versées à votre succession. Si votre bénéficiaire est mineur, les sommes dues sont versées au fiduciaire (si vous en avez nommé un) ou à un curateur public (si vous n'avez pas désigné de fiduciaire pour les bénéficiaires mineurs). Le bénéficiaire de l'assurance vie de base est, sauf indication contraire, le bénéficiaire de toutes les garanties prévues par votre régime. Vous devriez revoir votre désignation de bénéficiaire de temps à autre pour vous assurer qu'elle reflète vos véritables intentions.

### ***Quand les modifications afférentes au montant d'assurance prennent-elles effet?***

#### ***Augmentation du montant d'assurance :***

Si la modification entraîne une augmentation du montant d'assurance, l'augmentation prend effet à la dernière des éventualités suivantes :

- la date de la modification;
- le premier jour complet où vous retournez au travail à plein salaire, si ce n'était pas déjà le cas à la date de la modification;
- si une preuve de bonne santé est requise, le jour où votre demande est approuvée.

#### ***Diminution du montant d'assurance :***

La diminution entre en vigueur à la date de la modification.

### ***Qu'entend-on par « salaire »?***

Le terme « salaire » désigne votre salaire habituel sur une base annuelle (avant retenues) versé par votre employeur. Sont exclus les bonis, les commissions, les dividendes, les heures supplémentaires, les jours de vacances payés, les frais de déplacement, les allocations de subsistance et de loyer, les indemnités de déménagement, les honoraires, les frais ou toute autre somme versée en plus du salaire de base. Votre salaire net correspond à votre salaire brut, moins les retenues obligatoires (impôts sur le revenu, AE et RPC ou RRQ).

### ***Qu'arrive-t-il si mon salaire est sous-estimé ou surestimé?***

Lors d'une demande de règlement, le montant de votre prestation est calculé d'après votre salaire, selon le moins élevé des montants suivants :

- le montant déclaré sur le formulaire de demande de règlement;
- le montant déclaré par votre employeur ou l'administrateur de votre régime à Co-operators Vie, et pour lequel les primes ont été payées.

### ***Quand l'assurance prend-elle fin?***

#### ***Votre assurance prend fin à la première des éventualités suivantes :***

- le jour de votre cessation d'emploi, y compris le départ à la retraite;
- le jour où vous n'êtes plus effectivement au travail, à l'exception d'un congé de maternité, d'un congé parental ou d'un congé pour raisons familiales lorsque la loi l'impose ou d'un congé de formation;
- le jour où vous n'êtes plus effectivement au travail (à l'exception d'un licenciement, d'un congé temporaire ou d'une mise à pied temporaire) lorsque l'assurance peut être maintenue en vigueur pour la période minimale requise par la loi en cas de licenciement ou jusqu'à 90 jours en cas de congé temporaire, à la demande de l'employeur et sans discrimination à l'égard d'un autre employé, à condition que les primes ou les dépôts continuent à être versés;
- la fin de la période pour laquelle les primes ou les dépôts ont été versés pour votre protection;
- le jour où vous n'appartenez plus à une catégorie d'employés admissibles à la protection;
- le jour où vous atteignez l'âge de terminaison indiqué dans le tableau des prestations pour chaque garantie;
- le jour où la police collective ou le texte du régime de votre employeur prend fin.

#### ***L'assurance de votre personne à charge prend fin à la première des éventualités suivantes :***

- le jour où votre assurance prend fin;
- le jour où votre personne à charge ne répond plus aux critères d'admissibilité;
- la fin de la période pour laquelle les primes ou les dépôts ont été versés pour l'assurance des personnes à charge.

### Processus de demande de règlement

#### Où puis-je me procurer un formulaire de demande de règlement?

Vous pouvez obtenir les formulaires de demande de règlement auprès de votre employeur, de l'administrateur de votre régime ou sur notre site Web au [nebsnorth.com](http://nebsnorth.com).

Vous pouvez également joindre le Centre de service à la clientèle de Co-operators Vie par téléphone, courriel ou via la fonction *Poser une question* de leur site sécurisé Clic Avantages<sup>MD</sup> pour les participants.

Visitez le site [www.cooperators.ca/collective](http://www.cooperators.ca/collective) > Garanties collectives et cliquez sur Clic Avantages<sup>MD</sup> pour les participants au régime pour obtenir de plus amples renseignements sur votre régime. Une fois votre session ouverte, vous pouvez présenter une demande de règlement au titre des garanties d'assurance maladie ou soins dentaires ou en vérifier l'état, adhérer au dépôt direct de vos remboursements, imprimer des formulaires, obtenir des conseils relatifs au contrôle des coûts, accéder à des liens vers des sites de santé et de bien-être, etc.

Pour éviter les retards de traitement, veuillez répondre à toutes les questions du formulaire et inscrire ce qui suit :

- votre nom complet tel qu'il figure sur votre talon de paie
- votre numéro d'identification personnelle (ou numéro de certificat)
- le nom de votre employeur
- le numéro de votre police collective/texte du régime

Assurez-vous d'inclure les reçus ainsi que le relevé des prestations de tout autre régime en vigueur. Il faut dater et signer la demande de règlement, puis conserver une copie du formulaire rempli et des pièces justificatives qui s'y rapportent, pour vos dossiers.

#### Dans combien de temps ma demande de règlement sera-t-elle traitée?

Le délai de traitement dépend du mode de présentation de la demande et du mode de remboursement choisi. Vous pouvez envoyer un formulaire papier à l'adresse qui y figure, ou accéder à Clic Avantages<sup>MD</sup> pour les participants et produire une demande électronique via Co-op NET.

Co-op NET comporte de nombreux avantages par rapport au formulaire papier.

**Rapide** – Plus aucun délai de la poste

**Pratique** – Accès exclusif via Clic Avantages<sup>MD</sup> pour les participants

**Écologique** – Plus besoin de formulaire papier

**Fiable** – Un courriel de confirmation vous est envoyé

Vous devrez fournir vos coordonnées bancaires pour recevoir vos remboursements par dépôt direct ainsi que votre adresse courriel pour les avis électroniques (incluant le courriel de confirmation). Grâce à Co-op NET, Co-operators Vie reçoit votre demande plus rapidement et vous obtenez votre remboursement directement dans votre compte bancaire, en moins de temps qu'avec les formulaires papier.





Lorsque la loi autorise l'application d'un délai de prescription différent, aucune poursuite ou poursuite en équité ne peut être intentée contre Co-operators Vie en vue de récupérer des prestations payables aux termes de la police/du texte du régime ou à toute autre fin :

- avant l'expiration d'un délai de 60 jours suivant la présentation de la demande de règlement selon les exigences de la police-cadre/du texte du régime;
- un tel recours ne peut non plus être intenté à moins que et seulement :
  - lorsque aucune prestation n'a été versée – en moins d'un an suivant l'expiration du délai au cours duquel les clauses de la police/texte du régime prévoient qu'une demande de règlement doit être présentée ou à compter de la date où Co-operators Vie rejette pour la première fois la demande d'indemnisation, selon la première de ces éventualités;
  - lorsque des prestations ont été versées aux termes de la police/du texte du régime – en moins d'un an suivant la date où Co-operators Vie met fin aux prestations.

Le délai au cours duquel il est possible d'intenter un recours expire aux dates précisées dans cette clause, et en aucun cas il n'est prolongé par les prestations mensuelles accumulées après ces dates.

### Accès à votre dossier

Conformément à la loi, en ce qui concerne les garanties souscrites, vous avez le droit de demander une copie de votre demande d'adhésion à la protection, ainsi qu'une copie de toute déclaration écrite ou de tout autre document qui ne fait autrement pas partie de la demande d'assurance mais que vous avez fourni à Co-operators Vie comme preuve d'assurabilité. Pour les garanties souscrites, vous pouvez également demander une copie de la police-cadre/texte du régime, sous certaines conditions. La première copie vous est remise gratuitement, mais des frais s'appliquent pour chaque copie subséquente. Il faut en faire la demande au Centre de service à la clientèle de Co-operators Vie.

### Responsabilité civile/Subrogation

Lorsque vous ou l'une de vos personnes à charge assurées devenez totalement invalide par suite d'une blessure ou d'une maladie dont un tiers est, ou pourrait être, légalement responsable, ou que vous devenez admissible au remboursement de frais médicaux ou dentaires couverts à la suite d'une blessure ou d'une maladie dont un tiers est, ou pourrait être, légalement responsable, vous ou votre personne à charge devez signer une entente de remboursement et la transmettre à Co-operators Vie avant d'obtenir les prestations. Cette entente stipule les modalités touchant le remboursement des sommes appropriées à Co-operators Vie lorsque vous réglez la réclamation avec le tiers. Pour demeurer admissible aux prestations, il est important que vous ou votre personne à charge obteniez le consentement écrit de Co-operators Vie avant de régler toute réclamation avec le tiers concerné.

## ASSURANCE VIE DE BASE

*Assurance prise en charge par Co-operators Compagnie d'assurance-vie*

### **Quelle est ma protection?**

Si votre décès survient en cours de garantie, Co-operators Vie verse à votre bénéficiaire désigné le montant d'assurance vie de base pour lequel vous êtes assuré, tel qu'indiqué dans le tableau des prestations.

Si vous avez droit à un montant d'assurance supérieur au maximum sans preuve indiqué dans le tableau des prestations, vous pouvez augmenter votre montant d'assurance vie collective de base, sans toutefois excéder le maximum avec preuve indiqué dans le tableau des prestations, à condition que Co-operators Vie approuve votre assurabilité par écrit.

### **Qu'arrive-t-il si je deviens atteint d'une maladie en phase terminale?**

La prestation d'assistance avant le décès est versée sous forme d'avance sur votre montant d'assurance vie de base pour vous aider à régler certains frais médicaux et autres frais se rapportant à la santé et au bien-être, si vous êtes atteint d'une maladie en phase terminale et que l'exonération des primes d'assurance vie en cas d'invalidité totale (le cas échéant) a été approuvée avant vos 65 ans.

La prestation n'est versée que si votre employeur approuve votre demande, et si Co-operators Vie confirme que vous remplissez les conditions du programme. La prestation d'assistance avant le décès peut atteindre 50 % de votre montant d'assurance vie de base, jusqu'à concurrence d'un maximum de 50 000 \$.

### **Délai pour présenter une demande de règlement d'assurance vie**

Votre bénéficiaire ou votre succession doit présenter la demande dans les 6 mois qui suivent la date de votre décès.

Si vous devenez totalement invalide (au sens défini dans la police) avant vos 65 ans, vous pouvez demander l'exonération des primes et, si celle-ci est approuvée, votre assurance vie demeurera en vigueur sans paiement de primes jusqu'à la première des éventualités suivantes : votre 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance; votre rétablissement; votre départ à la retraite ou votre décès. Vous devez fournir à Co-operators Vie une preuve de votre invalidité totale dans les 6 mois qui suivent le début de l'invalidité et, par la suite, de façon périodique.

Le défaut de présenter une preuve pendant ce délai n'a pas pour effet d'annuler ni de réduire la prestation s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de fournir la preuve, et que cette dernière a été fournie dès que raisonnablement possible. Toutefois, en aucune circonstance, cette période ne peut dépasser 12 mois à compter de la date du sinistre ou du début de l'invalidité.



## ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

*Assurance prise en charge par Co-operators Compagnie d'assurance-vie*

### **Quelle est ma protection?**

Au décès d'une personne à charge admissible pendant que vous êtes assuré par cette garantie, vous obtenez le montant de l'assurance vie des personnes à charge indiqué dans le tableau des prestations.

### **Exonération des primes en cas d'invalidité totale**

Si les primes de votre assurance vie de base font l'objet d'une exonération, il en est de même pour les primes de l'assurance vie des personnes à charge, tant que la garantie et la protection de votre employeur aux termes de la garantie demeurent en vigueur.

### **Délai pour présenter une demande de règlement d'assurance vie des personnes à charge**

Il faut présenter la demande de règlement à Co-operators Vie au cours des 6 mois qui suivent le décès.

Le défaut de présenter une preuve du sinistre pendant ce délai n'a pas pour effet d'annuler ni de réduire la prestation s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de présenter la preuve, et que cette dernière a été fournie dès que raisonnablement possible. Toutefois, en aucune circonstance, cette période ne peut dépasser 12 mois à compter du décès.

## **ASSURANCE VIE FACULTATIVE**

*Assurance prise en charge par Co-operators Compagnie d'assurance-vie*

### **Quelle est ma protection?**

Vous, votre conjoint assuré ou votre parent à charge pouvez demander un montant supplémentaire d'assurance vie, comme indiqué dans le tableau des prestations.

### **Comment puis-je y adhérer?**

Une demande écrite doit être présentée au moyen des formulaires fournis par Co-operators Vie, et l'assurance ne prend effet que le premier jour du mois suivant la date où l'assurabilité est approuvée par écrit par Co-operators Vie. Co-operators Vie prend en charge les frais se rapportant à l'obtention des renseignements médicaux nécessaires à l'étude de la demande.

### **Plafond de garantie**

Vous, votre conjoint et votre parent à charge ne pouvez souscrire un montant d'assurance vie facultative supérieur au maximum indiqué dans le tableau des prestations.

### **Fin de l'assurance vie facultative**

L'assurance vie facultative prend fin à la première des éventualités suivantes :

- la fin de votre assurance vie collective de base;
- la fin de l'assurance vie facultative;
- le non-paiement des primes de l'assurance vie facultative;
- le jour où la personne couverte atteint l'âge de terminaison indiqué dans le tableau des prestations.

### **Exonération des primes en cas d'invalidité totale**

Si les primes de votre assurance vie de base aux termes de la police font l'objet d'une exonération, il en est de même pour les primes de votre assurance vie facultative.

### **Suicide**

Aucune prestation n'est payable dans le cas d'un suicide dans les 2 années qui suivent le début de l'assurance de la personne couverte ou dans les 2 années qui suivent la date d'effet de toute augmentation.

### **Délai pour présenter une demande de règlement d'assurance vie facultative**

Il faut présenter la demande de règlement à Co-operators Vie au cours des 6 mois qui suivent le décès.

Le défaut de présenter une preuve du sinistre pendant ce délai n'a pas pour effet d'annuler ni de réduire la prestation s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de présenter la preuve, et que cette dernière a été fournie dès que raisonnablement possible. Toutefois, en aucune circonstance, cette période ne peut dépasser 12 mois à compter du décès.

### **Droit de transformation de l'assurance vie**

*Ne s'applique pas aux conseillers élus, ni aux membres nommés au conseil ni aux dirigeants élus/nommés*

Si votre assurance prend fin à votre 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance ou avant, vous pourriez avoir le droit de transformer votre assurance vie collective en une police individuelle, sans preuve de bonne santé. Co-operators Vie doit recevoir la proposition d'assurance individuelle, accompagnée de la première prime, dans les 31 jours qui suivent la terminaison de votre assurance vie collective. Un délai de 31 jours s'applique également si votre assurance prend fin le jour de votre 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance. Advenant votre décès pendant cette période, le montant d'assurance vie collective admissible à la transformation est versé à votre bénéficiaire ou à votre succession, et ce, même si vous n'avez présenté aucune demande de transformation. Le droit de transformation n'est plus en vigueur après votre 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance.

Seuls certains types de régimes individuels sont offerts dans le cadre d'une transformation et ceux-ci n'incluent aucune garantie en cas d'invalidité ou de décès accidentel ni aucune autre garantie spéciale. Pour l'assurance vie collective, le maximum transformable ne peut excéder le montant total d'assurance vie de base, moins le montant d'assurance que vous avez déjà ou auquel vous avez droit au titre d'un contrat d'assurance collective de tout assureur le jour où votre police transformée prend effet. Toutefois, le montant de la police individuelle ne doit en aucun cas excéder 200 000 \$.

Selon les modalités de votre régime, vous pourriez également transformer l'assurance vie facultative de votre conjoint en une police individuelle. Si vous avez le droit de transformer une autre garantie au titre de votre régime, la somme des montants admissibles à la transformation ne peut excéder 200 000 \$. Le contrat d'assurance vie individuelle prend effet à la fin de la période de transformation de 31 jours.

Pour faire une demande de transformation, veuillez obtenir le formulaire requis auprès du bureau de Co-operators de votre région.

## **ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE**

*Assurance prise en charge par Co-operators Compagnie d'assurance-vie*

### **Quelle est ma protection?**

L'assurance invalidité de courte durée vise à prévenir la perte de revenus si vous devenez totalement invalide (au sens défini dans la police) en cours de garantie. Vous pourriez avoir droit à indemnisation après l'application du délai de carence indiqué dans le tableau des prestations.

### ***Évaluation médicale indépendante***

Si Co-operators Vie l'exige, avant le versement initial des prestations ou en cours d'indemnisation, vous devez subir une évaluation médicale par le ou les professionnels de la santé choisis par Co-operators Vie.

### ***Participation à un programme de réadaptation***

Si Co-operators Vie l'exige, avant le versement des prestations ou en cours d'indemnisation, vous devez participer à un programme de réadaptation que Co-operators Vie juge approprié, notamment un programme de réadaptation offert en vertu d'une loi sur l'indemnisation des accidents du travail ou autre loi semblable.

### **Versement des prestations d'invalidité de courte durée**

Co-operators Vie verse une prestation hebdomadaire sur réception d'une preuve satisfaisante que :

- vous êtes totalement invalide depuis le début de l'invalidité;
- vous avez subi une perte de revenus;
- vous recevez et suivez un traitement raisonnable et habituel prescrit et exécuté par un omnipraticien, ou par un spécialiste lorsque Co-operators Vie le juge approprié;
- vous remplissez toutes les autres conditions pertinentes de la police.

### ***Quand l'indemnisation commence-t-elle?***

L'indemnisation commence le jour qui suit la fin du délai de carence indiqué dans le tableau des prestations. Le délai de carence correspond à la période d'attente que vous devez observer au début de la période d'invalidité totale, avant de pouvoir présenter une demande d'indemnisation.

### ***Quelle est la durée de l'indemnisation?***

L'indemnisation ne peut se prolonger au-delà du nombre de semaines (à compter du début de l'invalidité) indiquées dans le tableau des prestations.

### ***Récidive d'invalidité totale***

L'invalidité totale est considérée comme une récidive si elle est attribuable à la même maladie ou blessure, ou à une cause connexe, et si elle survient dans les 4 semaines qui suivent la fin de l'indemnisation.

### ***Calcul des prestations au prorata pour les semaines incomplètes***

Dans le cas d'une période d'indemnisation de moins d'une semaine, la prestation correspond au cinquième (1/5) ou au septième (1/7) de la prestation applicable, selon ce qui est indiqué dans le tableau des prestations.

### ***Mes prestations sont-elles imposables?***

Vos prestations sont imposables si votre employeur paie une partie de la prime. C'est à l'aide de ses dossiers actuels et des renseignements fournis par votre employeur que Co-operators Vie détermine le statut fiscal indiqué dans le tableau des prestations.

### Programme de réadaptation

Il s'agit d'un programme offert à la discrétion exclusive de Co-operators Vie. Lorsque vous participez à un emploi de réadaptation approuvé par Co-operators Vie, votre prestation est réduite de 50 % de vos revenus de réadaptation. Pour le calcul des prestations hebdomadaires payables pendant l'emploi de réadaptation, Co-operators Vie doit obtenir les revenus de réadaptation pour chaque période de 2 semaines. Les prestations hebdomadaires sont versées chaque semaine et rajustées périodiquement.

Vos prestations peuvent être réduites davantage de façon à limiter le total de vos revenus à 100 % du salaire hebdomadaire pour lequel vous étiez assuré immédiatement avant le début de l'invalidité. Si vos prestations ne sont pas imposables, le total de vos revenus se limite à 100 % du salaire pour lequel vous étiez assuré immédiatement avant le début de l'invalidité, moins les retenues pour l'impôt sur le revenu, l'AE et le RPC ou le RRQ.

### ***Le versement des prestations d'invalidité de courte durée est suspendu dans les cas suivants :***

- le jour où vous refusez de participer activement à un programme de réadaptation que nous avons recommandé ou approuvé, notamment un programme offert en vertu d'une loi sur l'indemnisation des accidents du travail ou autre loi semblable, d'un régime d'assurance automobile ou du RPC ou du RRQ;
- lorsque Co-operators Vie retire son approbation de votre programme de réadaptation.

### Réductions de la prestation

#### ***Plafond des prestations d'invalidité de courte durée (maximum de toutes sources)***

Votre prestation se limite au montant d'assurance pour lequel vous êtes couvert ou au maximum de toutes sources indiqué dans le tableau des prestations, selon le moins élevé de ces montants.

#### ***Réductions directes (revenus de toutes sources)***

Votre prestation est directement réduite lorsque vous recevez ou êtes admissible à recevoir la ou les indemnités ci-dessous, au début ou en cours d'indemnisation :

- toute indemnité versée aux termes d'un régime public (laquelle est considérée comme une rémunération admissible selon le règlement sur l'assurance-emploi).

#### ***Réductions indirectes (revenus de toutes sources)***

Votre prestation est réduite davantage si le total des revenus de toutes sources et de votre prestation hebdomadaire est supérieur au maximum de toutes sources indiqué dans le tableau des prestations dans la proportion suivante :

- toute indemnité d'un régime d'assurance automobile (à condition que les prestations versées dans le cadre de l'assurance-emploi ne soient pas prises en compte);
- rente de retraite du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec demandée, approuvée et reçue après le début de votre invalidité;
- toute indemnité de remplacement du revenu financée par un employeur à laquelle vous avez droit en raison de votre invalidité;
- toute compensation à titre de rémunération ou profit que vous recevez ou êtes admissible à recevoir en cours d'emploi, à l'exclusion des revenus de réadaptation qui sont pris en compte dans le cadre du programme de réadaptation;
- toute somme (considérée comme une rémunération admissible selon le règlement sur l'assurance-emploi) que l'employeur vous verse du fait de votre cessation d'emploi;
- toute prestation d'invalidité à laquelle vous avez droit au titre d'un autre régime d'assurance collective en tant qu'employé d'un groupe.



### ***Défaut de demander d'autres prestations***

Sauf dans le cas d'une rente de retraite, les indemnités indiquées à titre de revenus de toutes sources auxquelles vous avez droit sont considérées comme payées, qu'elles aient ou non été accordées ou reçues. Si elles n'ont pas été accordées ou reçues, Co-operators Vie se réserve le droit d'en estimer le montant selon les modalités des régimes ou des lois concernés (ne s'applique pas aux 16 premières semaines d'invalidité). Une rente de retraite est considérée comme payable lorsqu'elle est effectivement reçue.

Lorsque vous n'avez pas droit à une partie ou à la totalité des revenus de toutes sources en raison du non-respect des délais et modalités applicables à la présentation d'une demande (ou d'un appel, à la recommandation de Co-operators Vie), Co-operators Vie se réserve le droit de retenir de votre prestation le montant auquel vous auriez eu droit ou que vous auriez reçu, si la demande ou l'appel avait été présenté en bonne et due forme.

### ***Transformation d'un versement unique en prestation hebdomadaire***

Si vous recevez ou avez la possibilité de recevoir, en tout ou en partie, une somme de toutes sources en une somme forfaitaire, Co-operators Vie transforme, sur une base raisonnable, la somme forfaitaire en une somme au prorata et réduit votre prestation hebdomadaire comme si la somme forfaitaire avait été versée sur une base hebdomadaire.

### ***Remboursement des prestations***

Lorsque vous touchez des revenus de toutes sources (notamment pour une période où des prestations ont déjà été versées), Co-operators Vie transforme le paiement en un paiement hebdomadaire et recalcule la prestation qui aurait dû vous être versée. Vous devez rembourser à Co-operators Vie toute prestation versée en trop.

### ***Exonération des primes en cas d'invalidité totale***

Lorsque vous recevez des prestations d'invalidité, les primes sont exonérées rétroactivement à compter du début de votre invalidité totale.

## **Quand mes prestations d'invalidité de courte durée prennent-elles fin?**

### **Aucune prestation n'est versée après :**

- le nombre de semaines indiquées dans le tableau des prestations;
- le jour où vous n'êtes plus totalement invalide;
- le jour où vous atteignez l'âge de terminaison indiqué dans le tableau des prestations. Toutefois, si vous êtes alors totalement invalide et que vous remplissez les autres conditions de la police, vous avez droit à une période maximale d'indemnisation de 15 semaines;
- votre décès;
- votre départ à la retraite ou la date prévue de votre retraite.

### **Aucune prestation n'est versée pour toute période où vous :**

- purgez une condamnation pour une infraction criminelle ou provinciale, que vous soyez incarcéré dans un foyer de transition ou un établissement de correction ou que vous ayez toute autre forme de détention;
- devenez invalide lors d'un arrêt de travail, notamment une grève, un lock-out ou une suspension;
- êtes en congé temporaire, ou en congé de maternité, ou en congé parental ou en congé de compassion, et recevez des prestations d'assurance-emploi, des prestations de maternité ou des prestations parentales de toute autre source;
- refusez de participer activement à un programme de traitement raisonnable et habituel approuvé par Co-operators Vie;
- exercez une activité professionnelle, sauf comme prévu dans le programme de réadaptation.



## ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Assurance prise en charge par Co-operators Compagnie d'assurance-vie

### Quelle est ma protection?

Pour avoir droit aux prestations, vous devez démontrer de façon satisfaisante que vous êtes incapable de travailler par suite d'une invalidité totale (au sens défini dans la police) survenue en cours de garantie.

Cette garantie vise à prévenir la perte de revenus si vous êtes incapable de travailler par suite d'une invalidité totale attribuable à une maladie ou à une blessure médicalement diagnostiquée. Par conséquent, s'il n'y a aucune perte de revenus, aucune prestation n'est payable.

Votre prestation mensuelle est établie d'après votre salaire mensuel et le calcul de la prestation indiqué dans le tableau des prestations. La somme payable correspond à la prestation mensuelle, moins les retenues indiquées plus loin à la clause « Réductions de la prestation ».

### Assurance invalidité de longue durée excédentaire

Si votre salaire vous permet d'obtenir un montant d'assurance supérieur au maximum sans preuve d'assurabilité indiqué dans le tableau des prestations, vous pouvez augmenter votre assurance invalidité de longue durée, sans toutefois excéder le maximum avec preuve d'assurabilité indiqué dans le tableau des prestations, à condition que votre assurabilité soit approuvée par écrit par Co-operators Vie.

### Modalités à remplir avant et pendant l'indemnisation

#### Évaluation médicale indépendante

Si Co-operators Vie l'exige, avant le versement initial des prestations ou en cours d'indemnisation, vous devez subir une évaluation médicale par le ou les professionnels de la santé choisis par Co-operators Vie.

#### Obligation continue

L'obligation de subir une évaluation médicale s'applique pendant toute période où vous présentez une demande d'indemnisation.

#### Participation à un programme de réadaptation

Si Co-operators Vie l'exige, avant le versement des prestations ou en cours d'indemnisation, vous devez participer à un programme de réadaptation qu'elle juge approprié, notamment un programme de réadaptation offert en vertu d'une loi sur l'indemnisation des accidents du travail ou autre loi semblable.

#### Restriction applicable aux affections préexistantes

« Affection préexistante » désigne une maladie ou une blessure pour laquelle vous avez requis ou obtenu une évaluation médicale, un diagnostic, des mesures diagnostiques, un traitement, des soins, des médicaments ou des conseils médicaux, ou qui s'est manifestée par des symptômes qui auraient amené une personne agissant de manière raisonnable à requérir ou à obtenir une évaluation médicale, un diagnostic, des mesures diagnostiques, un traitement, des soins, des médicaments ou des conseils médicaux, dans les 12 mois précédant immédiatement le début de son assurance invalidité de longue durée.

Aucune prestation mensuelle n'est payable pour toute période d'invalidité totale ayant pour cause directe ou indirecte une affection préexistante, sauf si :

- vous n'avez pas requis de traitement, de médicament ni de conseils médicaux pour cette affection durant une période ininterrompue d'au moins 12 mois suivant immédiatement la date d'effet de votre assurance invalidité de longue durée;

- vous êtes couvert de façon continue par votre assurance invalidité de longue durée depuis au moins 12 mois (à compter du début ou de la remise en vigueur de votre assurance) et ne vous êtes pas absenté du travail en raison de l'affection préexistante au cours de ces 12 mois. Vous n'êtes pas considéré comme ayant été absent du travail si le total cumulatif des absences au cours de cette période de 12 mois ne dépasse pas 10 jours de travail.

### Versement des prestations mensuelles

#### *Pendant la période afférente à la propre profession*

Lorsque Co-operators Vie reçoit une preuve valable établissant que :

- vous êtes totalement invalide depuis le début de l'invalidité;
- vous avez subi une perte de revenus;
- vous recevez et suivez un traitement raisonnable et habituel prescrit et exécuté par un omnipraticien, ou par un spécialiste lorsque Co-operators Vie le juge approprié;
- vous remplissez toutes les autres conditions pertinentes de la police.

Co-operators Vie vous verse, sous réserve des modalités de la police, une prestation mensuelle à compter du jour qui suit la fin du délai de carence. La période d'indemnisation ne peut se prolonger au-delà de la période afférente à la propre profession indiquée dans le tableau des prestations.

#### *Après la période afférente à la propre profession*

Lorsque Co-operators Vie reçoit une preuve satisfaisante que :

- vous êtes totalement invalide depuis le début de l'invalidité;
- vous avez subi une perte de revenus;
- vous recevez et suivez un traitement raisonnable et habituel prescrit et exécuté par un médecin, ou par un spécialiste lorsque Co-operators Vie le juge approprié;
- vous remplissez toutes les autres conditions pertinentes de la police.

Co-operators Vie continue à vous verser une prestation mensuelle, sous réserve des modalités de la police.

#### *Quand l'indemnisation commence-t-elle?*

L'indemnisation commence le jour qui suit la fin du délai de carence indiqué dans le tableau des prestations ou le jour suivant la fin de la période où vous touchiez des prestations d'invalidité de courte durée aux termes du régime ou des prestations de maintien du salaire d'une autre source, selon la dernière de ces éventualités.

Le délai de carence correspond à la période d'attente que vous devez observer, au début de la période d'invalidité totale, avant de pouvoir présenter une demande d'indemnisation. Pendant cette période, aucune prestation n'est payable et il n'y a pas d'exonération des primes.

#### *Qu'arrive-t-il si je travaille pendant le délai de carence?*

Si vous retournez effectivement au travail pendant 7 jours consécutifs ou moins, on considère que votre délai de carence est ininterrompu; toutefois, les jours travaillés sont ajoutés à la fin de votre délai de carence. Si vous retournez effectivement au travail pendant plus de 7 jours, votre délai de carence est rétabli et vous devez observer de nouveau le délai de carence avant d'avoir droit aux prestations.

#### *Récidive d'invalidité totale*

L'invalidité totale est considérée comme une récidive si elle est attribuable à la même maladie ou blessure, ou à une cause connexe, et si elle survient dans les 6 mois qui suivent la fin de l'indemnisation.

***Calcul des prestations au prorata pour les mois incomplets***

Dans le cas d'une période d'indemnisation de moins d'un mois, les prestations payables sont calculées au prorata du nombre de jours d'indemnisation.

***Mes prestations sont-elles imposables?***

Vos prestations sont imposables si votre employeur paie une partie de la prime. C'est à l'aide de ses dossiers actuels et des renseignements fournis par votre employeur que Co-operators Vie détermine le statut fiscal indiqué dans le tableau des prestations.

**Programme de réadaptation**

Offert à la discrétion de Co-operators Vie, le programme de réadaptation comprend parfois une évaluation, un emploi, un traitement ou des services de réadaptation recommandés et approuvés par Co-operators Vie.

***Approbation d'un programme de réadaptation***

Co-operators Vie se réserve le droit de déterminer si un programme de réadaptation est approprié pour l'employé et s'il doit lui être offert ou non. Lorsque le programme de réadaptation est approuvé, Co-operators Vie verse des prestations mensuelles à l'employé, à condition qu'il y soit admissible et qu'il participe activement au programme.

Co-operators Vie détermine la durée du programme de réadaptation, qui ne peut toutefois pas se prolonger au-delà de la période afférente à la propre profession indiquée dans le tableau des prestations ou 24 mois après le début de l'invalidité totale, selon la dernière de ces éventualités, sauf si elle en recommande la prolongation et l'approuve par écrit.

***Calcul des prestations mensuelles pendant la participation à un emploi de réadaptation***

Lorsque vous participez à un emploi de réadaptation approuvé par Co-operators Vie, votre prestation est réduite de 50 % de vos revenus de réadaptation. Pour le calcul des prestations mensuelles payables pendant l'emploi de réadaptation, Co-operators Vie doit obtenir les revenus de réadaptation pour chaque période de 4 semaines. Les prestations mensuelles sont versées chaque mois et rajustées périodiquement.

Vos prestations peuvent être de plus réduites de façon à ce que le total de vos revenus de toutes sources se limite à 100 % du salaire mensuel pour lequel vous étiez assuré immédiatement avant le début de l'invalidité. Si vos prestations ne sont pas imposables, le total de vos revenus de toutes sources se limite à 100 % du salaire pour lequel vous étiez assuré immédiatement avant le début de l'invalidité, moins les retenues pour l'impôt sur le revenu, l'AE et le RPC ou le RRQ.

***Le versement des prestations mensuelles prend fin à la première des éventualités suivantes :***

- le jour où vous refusez de participer activement à un programme de réadaptation recommandé ou approuvé par Co-operators Vie, notamment un programme offert en vertu d'une loi sur l'indemnisation des accidents du travail ou autre loi semblable, d'un régime d'assurance automobile ou du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec;
- lorsque Co-operators Vie retire son approbation de votre programme de réadaptation.

**Réductions de la prestation**

**Quelles réductions entrent dans le calcul de ma prestation mensuelle?**

***Plafond des prestations mensuelles (maximum de toutes sources)***

Pour les régimes où les prestations d'invalidité de longue durée ne sont pas imposables, le montant de votre prestation se limite au montant d'assurance pour lequel vous êtes couvert ou à 85 % du salaire mensuel net que vous touchiez avant votre invalidité, selon le moins élevé de ces montants.



### ***Remboursement des prestations***

Lorsque vous touchez une somme de toutes sources qui couvre une période où des prestations mensuelles ont été versées, Co-operators Vie transforme la somme en un paiement mensuel et recalcule la prestation mensuelle qui aurait dû vous être versée. Vous devez rembourser à Co-operators Vie toute prestation d'invalidité de longue durée versée en trop.

### ***Exonération des primes en cas d'invalidité totale***

Co-operators Vie renonce au paiement des primes de votre assurance invalidité de longue durée lorsque vous touchez des prestations.

### **Quand mes prestations d'invalidité de longue durée prennent-elles fin?**

Aucune prestation mensuelle n'est versée après :

- le jour où vous n'êtes plus totalement invalide;
- la période d'indemnisation indiquée dans le tableau des prestations ou votre 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance, selon la première de ces éventualités;
- le jour où vous recommencez à travailler, sauf comme prévu dans le programme de réadaptation;
- le jour où vous refusez de participer activement à un programme de réadaptation recommandé ou approuvé par Co-operators Vie, notamment un programme de réadaptation offert en vertu d'une loi sur l'indemnisation des accidents du travail ou autre loi semblable;
- le jour où vous refusez de participer activement à un programme de traitement raisonnable et habituel approuvé par Co-operators Vie;
- votre décès;
- votre départ à la retraite ou la date prévue de votre retraite;
- le jour où vous retirez ou recevez une rente de retraite financée par un employeur.

#### **« Programme de traitement raisonnable et habituel » désigne un traitement méthodique :**

- qui est généralement accepté et reconnu par le corps médical canadien comme traitement efficace, approprié et essentiel de l'affection médicalement diagnostiquée;
- dont la nature, l'intensité, la fréquence et la durée sont essentielles au diagnostic ou à la gestion de l'affection médicalement diagnostiquée;
- qui est prescrit et exécuté par un médecin, ou par un spécialiste lorsque Co-operators Vie le juge nécessaire en raison de la nature de l'affection médicalement diagnostiquée.

### **Aucune prestation mensuelle n'est versée pour toute période où vous :**

- purgez une condamnation pour une infraction criminelle ou provinciale, que vous soyez incarcéré dans un foyer de transition ou un établissement de correction ou que vous ayez toute autre forme de détention;
- quittez le Canada pendant plus de 3 mois pour quelque raison que ce soit, sauf si Co-operators Vie accepte à l'avance par écrit de maintenir vos prestations pendant cette période;
- recevez des prestations d'invalidité de courte durée aux termes du régime ou des prestations de maintien du salaire d'une autre source;
- êtes en congé de maternité, en congé parental ou en congé pour raisons familiales, et recevez ou êtes admissible à recevoir des prestations d'assurance-emploi, des prestations de maternité ou des prestations parentales de toute autre source;
- devenez invalide lors d'un arrêt de travail, notamment une grève, une mise à pied, un lock-out, une suspension ou un congé autorisé, sauf dans les cas indiqués ci-après.





## ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Garantie administrée par Co-operators Compagnie d'assurance-vie

### Quelle est ma protection?

Cette garantie contribue au règlement des frais médicaux et hospitaliers admissibles, s'ils sont engagés par vous et vos personnes à charge couvertes. Vous obtiendrez le remboursement des frais admissibles engagés, sous réserve des franchises, pourcentages et maximums indiqués dans le tableau des prestations.

### Faut-il obtenir un plan de traitement?

Lorsqu'il est probable que les coûts d'un traitement excèdent 400 \$, Co-operators Vie recommande qu'un plan de traitement détaillé lui soit présenté avant le début du traitement. Co-operators Vie vous indique alors la portion des frais à votre charge, ce qui vous permet de rechercher un autre traitement si vous le désirez. Rappelons que pour avoir droit aux prestations, vous devez être admissible à la garantie le jour où les frais sont effectivement engagés.

### Normes d'évaluation

Les frais admissibles sont remboursables au titre de la garantie d'assurance maladie s'ils représentent un traitement raisonnable et habituel de l'affection médicalement diagnostiquée chez la personne couverte.

« Traitement raisonnable et habituel » désigne un traitement méthodique :

- ▶ qui est généralement accepté et reconnu par le corps médical canadien comme traitement efficace, approprié et essentiel de l'affection médicalement diagnostiquée;
- ▶ dont la nature, l'intensité, la fréquence et la durée sont essentielles au diagnostic ou à la gestion de l'affection médicalement diagnostiquée;
- ▶ qui est prescrit et exécuté par un médecin, ou par un spécialiste lorsque Co-operators Vie le juge nécessaire en raison de la nature de l'affection médicalement diagnostiquée.

Le médecin, spécialiste ou professionnel de la santé ne doit pas être un collègue ou un membre de la famille de la personne couverte ni travailler ou habiter avec elle.

### Frais admissibles

Les frais admissibles correspondent aux frais effectivement engagés ou aux frais raisonnables et habituels liés aux services et fournitures couverts, selon le moins élevé de ces montants.

Sont remboursés les frais admissibles qui :

- représentent un traitement raisonnable et habituel de l'affection médicalement diagnostiquée chez la personne couverte;
- sont engagés pendant que vous et vos personnes à charge êtes couverts par ce régime.

### Les frais raisonnables et habituels correspondent au moins élevé des montants suivants :

- ▶ les tarifs représentatifs de la région où les services, fournitures ou médicaments d'ordonnance ont été fournis, notamment les frais d'exécution d'ordonnance, la marge bénéficiaire et le coût des ingrédients;
- ▶ les tarifs indiqués dans le guide des tarifs de l'association professionnelle pertinente;
- ▶ les tarifs maximums prévus par la loi.

### Règle proportionnelle et franchise

Les frais admissibles sont remboursés selon le pourcentage indiqué dans le tableau des prestations, jusqu'à concurrence du maximum précisé pour les services et fournitures couverts.

Les franchises sont indiquées dans le tableau des prestations. Elles correspondent au montant que vous devez payer avant de recevoir un remboursement au titre de votre régime. Aucune franchise n'est applicable dans le cas de certains frais indiqués dans le tableau des prestations. La règle proportionnelle désigne la portion des frais qui est couverte au titre de votre régime.

### ***Date où les frais sont engagés***

Aux fins des calculs effectués pour le régime d'assurance maladie, on considère que les frais admissibles sont engagés le jour où la personne couverte reçoit les services et fournitures.

### **Services et fournitures couverts par l'assurance maladie complémentaire :**

Pour être admissible à la garantie, la personne couverte (c.-à-d. vous et vos personnes à charge couvertes) doit participer à un régime provincial d'assurance maladie.

Les prestations par ailleurs payables par ce régime sont réduites dans la proportion du montant que la personne couverte reçoit ou est admissible à recevoir des sources suivantes :

- régime provincial d'assurance maladie;
- loi sur l'indemnisation des accidents du travail ou autre loi semblable;
- régime public d'assurance hospitalisation, d'assurance soins médicaux, d'assurance soins dentaires ou d'assurance maladie, qu'il produise ses effets ou non.

Lorsque le régime provincial d'assurance maladie prévoit une allocation pour l'achat de fournitures médicales ou la prestation de services médicaux au lieu du remboursement des frais s'y rapportant, la personne couverte est réputée avoir reçu l'allocation maximale, sauf indication contraire dans son avis d'allocation. La personne couverte doit présenter à Co-operators Vie, à des fins d'examen, une copie de son avis d'allocation accompagnée des reçus originaux et du formulaire de demande signé.

### ***Ambulance***

Sont couverts les frais de transport par ambulance, y compris par ambulance aérienne, si le transport est fourni par une compagnie d'ambulance qualifiée. L'ambulance doit se rendre à destination de l'hôpital approuvé le plus proche où un traitement raisonnable et habituel est offert, ou à partir d'un hôpital approuvé à destination d'un hôpital de convalescence. Les frais de transport d'un (1) accompagnateur sont également couverts en cas de nécessité médicale.

### ***Hospitalisation***

Les soins prodigués à l'hôpital sont couverts si :

- ils débutent pendant que la personne couverte bénéficie de la présente garantie maladie complémentaire;
- il s'agit de soins de courte durée, de soins de convalescence ou de soins palliatifs.

Sont exclus les soins prodigués à l'hôpital pour une affection médicalement diagnostiquée si une amélioration ou une détérioration importante est peu probable dans les 12 prochains mois, car il s'agit de soins de longue durée. Sont également exclus les soins qui sont principalement prodigués comme des soins de longue durée, des soins de garde ou des soins de base, comme l'entretien ménager et l'apprentissage de l'hygiène personnelle.

La garantie couvre la différence entre le tarif habituel en salle commune de l'hôpital approuvé et le type de chambre indiqué dans le tableau des prestations, à condition que la personne couverte ait expressément demandé par écrit ce type de chambre. L'hôpital doit disposer des installations nécessaires pour établir un diagnostic et réaliser des traitements médicaux et des interventions chirurgicales majeures. Les séjours dans les établissements suivants ne sont pas couverts : centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), établissement de soins de longue durée, maison de repos, foyer pour personnes âgées ou pour malades chroniques, sanatorium ou centre de désintoxication.

Sont couverts les soins reçus à l'extérieur de la province ou du territoire à la consultation externe d'un hôpital approuvé, lesquels ne sont pas couverts par le régime public d'assurance maladie de la province ou du territoire de résidence de la personne couverte.

Les prestations en cas d'hospitalisation à l'étranger ne sont payables que selon la clause « Soins d'urgence à l'étranger ».

### *Hôpital de convalescence*

Co-operators Vie couvre les frais de séjour dans un hôpital de convalescence pour une affection médicalement diagnostiquée nécessitant des soins de convalescence. Le séjour dans un hôpital de convalescence doit suivre immédiatement un séjour d'au moins 3 jours dans un hôpital approuvé pour une affection médicalement diagnostiquée qui nécessite des soins de courte durée.

Co-operators Vie couvre la différence entre le tarif habituel en salle commune de l'hôpital de convalescence et le type de chambre indiqué dans le tableau des prestations. En cas d'hospitalisation à l'extérieur de la province ou du territoire (au Canada), la garantie couvre également la différence entre le tarif habituel en salle commune de l'hôpital de convalescence et l'allocation attribuée par le régime public d'assurance maladie de la province ou du territoire de résidence de la personne couverte.

Le séjour dans un hôpital de convalescence se limite au nombre de jours indiqués dans le tableau des prestations. Ce maximum est rétabli pour un autre séjour dans un hôpital de convalescence dans les cas suivants :

- après une période d'au moins 30 jours où aucun séjour n'a été nécessaire dans un hôpital approuvé ou dans un hôpital de convalescence;
- l'hospitalisation est nécessaire pour une affection médicalement diagnostiquée qui n'est pas connexe à une affection ayant déjà fait l'objet d'une indemnisation.

On considère que les affections médicalement diagnostiquées sont connexes lorsqu'elles existent en même temps ou si elles sont attribuables à la même cause ou à une cause connexe.

Les séjours dans les établissements suivants ne sont pas couverts : centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), établissement de soins de longue durée, maison de repos, foyer pour personnes âgées ou pour malades chroniques, sanatorium ou centre de désintoxication.

### *Soins infirmiers de convalescence*

Les soins exécutés à l'extérieur de l'hôpital de convalescence par une infirmière autorisée ou une infirmière auxiliaire, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin et qu'ils sont nécessaires à des fins médicales; de plus, l'infirmière ne doit pas habiter avec le patient ni être membre de sa famille.

Les soins infirmiers exécutés à l'extérieur de l'hôpital de convalescence doivent commencer dans les 48 heures qui suivent le congé de l'hôpital et sont assujettis au maximum indiqué dans le tableau des prestations.

Aucune nouvelle période maximale ne sera offerte à moins que la personne couverte ne soit hospitalisée dans un hôpital ou un hôpital de convalescence pendant au moins 30 jours et que l'hospitalisation subséquente soit attribuable à une blessure ou maladie complètement différente.

### *Soins infirmiers à domicile*

Les soins infirmiers à domicile sont couverts si :

- ils débutent pendant que la personne couverte bénéficie de la présente garantie maladie complémentaire;
- il s'agit de soins de courte durée, de soins de convalescence ou de soins palliatifs.





### ***Étudiant à charge à l'étranger***

Puisqu'une personne à charge qui étudie à l'étranger n'est pas admissible à la garantie des soins d'urgence à l'étranger après la durée indiquée dans le tableau des prestations, il est important que vous souscriviez une autre protection, comme une assurance voyage, avant que votre étudiant à charge quitte le pays.

### ***Assurance voyage Plus***

Vous avez droit aux garanties supplémentaires suivantes si :

- ▶ l'urgence médicale survient à l'étranger ou à l'extérieur de la province ou du territoire;
- ▶ l'urgence médicale survient dans la province ou territoire de résidence de la personne couverte, à plus de 500 kilomètres de son domicile.

Les soins d'urgence à l'étranger s'accumulent jusqu'au maximum en cas d'urgence à l'étranger indiqué dans le tableau des prestations. Les soins d'urgence au Canada s'accumulent jusqu'au maximum global pour soins médicaux complémentaires, comme indiqué dans le tableau des prestations.

- Transport d'urgence à l'hôpital – Est pris en charge le transport d'urgence vers l'hôpital le plus proche habilité à effectuer le traitement. En cas de voyage à l'étranger, le transport d'urgence vers un hôpital situé au Canada est pris en charge, pourvu que la personne couverte soit réputée médicalement apte à emprunter le moyen de transport choisi et que les réservations soient effectuées et approuvées au préalable par Co-operators Vie.
- Accompagnateur médical habilité – Sont pris en charge les honoraires raisonnables, y compris le billet d'avion et les frais de séjour et de repas, demandés par un accompagnateur médical (sauf un membre de la famille) qui escorte la personne couverte lors de son vol de retour à bord d'un avion commercial, pourvu que le médecin traitant l'exige et que les réservations soient effectuées et approuvées au préalable par Co-operators Vie.
- Transport des membres de la famille – Si la personne couverte est incapable de retourner dans sa province ou son territoire de résidence en raison d'une maladie ou d'une blessure couverte et que son billet de retour est prépayé, la garantie rembourse le coût d'un billet d'avion aller seulement en classe économique, moins le remboursement du billet non utilisé, pour la personne couverte et les personnes à charge. En outre, lorsque la personne couverte est transportée par ambulance aérienne ou en civière commerciale, la garantie couvre le coût d'un billet d'avion aller en classe économique à destination de la ville de résidence des personnes à charge, pourvu que les réservations soient effectuées et approuvées au préalable par Co-operators Vie. Elle couvre également les frais raisonnables et habituels, y compris le billet d'avion aller simple ou aller-retour en classe économique, d'un accompagnateur qui escortera les enfants à charge à la maison, au besoin et avec l'approbation préalable de Co-operators Vie.
- Au chevet du malade – Si la personne couverte est hospitalisée par suite d'une blessure ou d'une maladie couverte, le coût d'un billet d'avion aller-retour en classe économique selon le trajet le plus direct emprunté par un transporteur public est pris en charge, lorsque le médecin traitant exige qu'un membre de la famille ou un ami proche se rende au chevet du malade.
- Retour du véhicule – Si la personne couverte est incapable de retourner à la maison au moyen du véhicule utilisé pour le voyage en raison d'une blessure ou d'une maladie couverte, la garantie rembourse jusqu'à concurrence d'un maximum de 3 000 \$ le tarif raisonnable et habituel d'une agence qui se charge de ramener le véhicule à la maison de la personne couverte ou, dans le cas d'un véhicule loué, à l'agence de location la plus proche.

## Assurance maladie complémentaire

En cas d'évacuation d'urgence par air, le coût d'un billet d'avion aller seulement en classe économique à destination de la ville où l'évacuation a débuté pour récupérer le véhicule. Si, pendant l'évacuation, la personne couverte était accompagnée d'une autre personne couverte, cette dernière a également droit à un billet d'avion aller en classe économique à destination de la ville où l'évacuation a débuté. Le maximum global des frais pris en charge est de 3 000 \$.

- Débours – Si la personne couverte est hospitalisée, cette garantie rembourse jusqu'à concurrence d'un maximum de 2 500 \$ les frais raisonnables et habituels visant la subsistance, la garde d'enfant, les appels téléphoniques et les déplacements en taxi essentiels, engagés par la personne couverte ou par ceux qui demeurent avec elle pendant son hospitalisation.
- Rapatriement de la dépouille mortelle – Si le décès de la personne couverte est directement attribuable à une blessure ou à une maladie couverte, Co-operators verse un maximum de 10 000 \$ pour :
  - l'incinération de la dépouille mortelle sur les lieux du décès;
  - les frais raisonnables et habituels engagés pour la préparation et le transport de la dépouille mortelle à la province ou territoire de résidence, à condition que le défunt ne bénéficie d'aucune autre prestation de rapatriement au titre de la police ou de toute autre police d'assurance. (À noter que le cercueil n'est pas remboursable.)
- Identification du défunt – Si la personne couverte décède des suites d'une blessure ou d'une maladie couverte alors qu'elle voyage seule, le coût d'un billet d'avion aller-retour en classe économique selon le trajet le plus direct emprunté par un transporteur public est pris en charge pour qu'un membre de la famille identifie le défunt si les autorités publiques le demandent. Si vous voyagez seul, Co-operators Vie vous conseille de vous inscrire auprès de l'ambassade canadienne du pays visité.

### ***Assistance en cas d'urgence médicale en voyage***

Il est essentiel d'apporter votre carte d'assistance en cas d'urgence médicale en voyage quand vous voyagez à l'étranger. On y trouve des numéros de téléphone importants dont vous pourriez avoir besoin. Si vous avez égaré votre carte, communiquez immédiatement avec votre employeur ou l'administrateur de votre régime.

Si une situation d'urgence médicale se présente pendant un voyage, vous devez communiquer avec le service d'assistance en cas d'urgence médicale en voyage dans les 48 heures qui suivent votre admission à l'hôpital. Sinon, les prestations seront réduites.

Lorsque vous communiquez avec le service d'assistance, vous devez donner les renseignements suivants : votre nom, le lieu où vous vous trouvez, le nom de votre employeur, votre numéro de police collective/texte du régime, votre numéro de compte et les circonstances entourant votre urgence.

Une fois la garantie confirmée, un représentant attiré se chargera de vous donner des renseignements au sujet des médecins et des hôpitaux de la région, de confirmer votre garantie aux médecins, de maintenir le contact avec le médecin traitant, de verser un acompte (au besoin) et de donner des précisions sur votre état à votre famille ou à votre employeur.

Grâce à l'assistance voyage, vous bénéficiez également d'autres services, notamment services juridiques, médecins anglophones, références dans les consulats et ambassades et interprétation par téléphone.

Il se peut que certains des services décrits ci-dessus soient limités ou suspendus en raison de différentes circonstances, notamment guerre, insurrection, hostilités d'une puissance étrangère, émeute, rébellion, soulèvement militaire, conflit de travail, loi martiale, grève, accident nucléaire ou cas de force majeure.





(iii) Les médicaments essentiels au maintien de la vie qui, selon la loi, ne nécessitent pas d'ordonnance sont couverts si :

- ils sont prescrits par un fournisseur de soins qui est dûment autorisé à les prescrire dans sa province ou territoire;
- ils sont considérés comme des médicaments essentiels au maintien de la vie, par exemple : insuline ou nitroglycérine à action rapide.

### ***Restrictions applicables aux médicaments d'ordonnance***

Ne sont pas remboursables les médicaments d'ordonnance suivants :

- les médicaments qui ne portent pas d'identification numérique du médicament (DIN), comme défini par la *Loi sur les aliments et drogues* (Canada);
- les médicaments ou produits qui peuvent être achetés en vente libre;
- les médicaments à action immédiate sont couverts jusqu'à un approvisionnement maximal de 34 jours, si le médecin prescripteur le précise. Les médicaments d'entretien sont couverts jusqu'à un approvisionnement maximal de 100 jours. La durée de l'approvisionnement maximal peut être réduite si le médicament doit être préautorisé;
- les frais pour les médicaments d'ordonnance dont la posologie ou la quantité excède le maximum nécessaire pour le traitement de la personne couverte;
- les médicaments fournis par un médecin, un dentiste, un autre fournisseur de soins ou une clinique, ou par une pharmacie dans un hôpital qui n'est pas agréé;
- les médicaments reçus lors d'une hospitalisation ou d'une consultation externe dans un hôpital approuvé;
- les médicaments considérés comme cosmétiques, comme le minoxidil topique pour prévenir la perte de cheveux ou un écran solaire, qu'ils soient prescrits pour des raisons médicales ou non;
- les frais d'administration d'un médicament injectable, notamment : sérum, vaccin, vitamine, insuline et extraits d'allergènes;
- les sérums anti-allergiques, la plupart des vitamines, les vaccins (sauf s'ils sont expressément couverts par votre régime d'assurance médicaments), les aliments naturels, les suppléments nutritionnels, les hormones de croissance, les médicaments homéopathiques, naturopathiques ou aux plantes médicinales, les pastilles, les produits d'hygiène buccodentaire et les rince-bouche;
- les médicaments prescrits pour traiter la dysfonction érectile, la stérilité, l'obésité ou le tabagisme, qu'ils soient prescrits ou non pour des raisons médicales, à moins d'indication contraire dans le tableau des prestations;
- les médicaments qui auraient été pris en charge par le régime provincial si une demande avait été présentée en bonne et due forme;
- les médicaments qui ne sont pas officiellement indiqués par Santé Canada pour l'affection médicalement diagnostiquée de la personne couverte;
- les médicaments qui ne sont pas recommandés par l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) pour l'affection médicalement diagnostiquée de la personne couverte;
- les médicaments qui sont recommandés sous certaines conditions par l'ACMTS pour l'affection médicalement diagnostiquée de la personne couverte;
- le remboursement d'un médicament se limite au prix du médicament interchangeable ou équivalent le moins cher, à moins d'indication contraire dans le tableau des prestations.

Les médicaments interchangeables comprennent notamment ce qui suit :

Un équivalent générique d'un médicament d'origine considéré comme interchangeable selon la législation où le médicament est délivré ou un produit biologique ultérieur, ou un médicament biosimilaire ou un autre médicament synthétique.

### ***Programme obligatoire de tarification des biosimilaires***

La protection à l'égard des médicaments biologiques d'origine se limite au coût de la version biosimilaire, le cas échéant. Le médicament biosimilaire ressemble au médicament biologique d'origine, sauf qu'il coûte généralement moins cher. Le médicament biosimilaire doit être considéré comme un traitement raisonnable et habituel de l'affection diagnostiquée par un médecin chez la personne couverte.

### ***Médicaments spécialisés et préautorisation***

Certains médicaments d'ordonnance nécessitent une préautorisation de Co-operators Vie avant de vous être remboursés. Une préautorisation (ou autorisation préalable) est un processus au cours duquel Co-operators Vie approuve, par écrit, la prise en charge de médicaments spécialisés ou très coûteux selon certains critères médicaux. Ces médicaments d'ordonnance sont remboursables uniquement lorsqu'ils remplissent les critères cliniques définis par Co-operators Vie et si la personne couverte a obtenu une autorisation préalable de Co-operators Vie. Vous ou votre personne à charge devez faire remplir une demande d'autorisation préalable par votre médecin et payer les frais y afférents.

### ***Assurance médicaments provinciale***

Les personnes couvertes qui résident dans une province ou un territoire du Canada où les médicaments d'ordonnance sont couverts par un régime public d'assurance maladie peuvent se faire rembourser une partie de leurs médicaments d'ordonnance par l'assurance médicaments provinciale.

L'assurance médicaments du présent régime est complémentaire à l'assurance médicaments provinciale et couvre habituellement les médicaments admissibles qui ne sont pas remboursés par le régime public. Par conséquent, les frais des médicaments couverts par le régime public d'assurance maladie se limitent à la franchise et à la portion que la personne couverte doit régler par elle-même.

La personne couverte doit s'inscrire à l'assurance médicaments provinciale même si les médicaments d'ordonnance sont couverts par le présent régime afin d'éviter tout retard de règlement. Si la personne couverte ne fournit pas la preuve de son inscription à l'assurance médicaments provinciale, les médicaments admissibles seront remboursés jusqu'à concurrence du seuil établi par Co-operators Vie, puis refusés jusqu'à réception de la preuve. Le remboursement des médicaments admissibles non couverts par l'assurance provinciale reprendra lorsque Co-operators Vie aura reçu une copie de la preuve de l'inscription.

### ***Plafond pour le remboursement des médicaments d'ordonnance***

Le maximum payable par année civile pour les frais de médicaments d'ordonnance est illimité, sauf indication contraire dans le tableau des prestations.

### **Fournitures médicales**

**Sont couverts les frais raisonnables et habituels liés aux services et aux fournitures médicales décrits dans cette section, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin ou un autre fournisseur de soins dûment autorisé à les prescrire pour le traitement raisonnable et habituel d'une affection médicalement diagnostiquée. Pour les fournitures offertes en location, les frais de location, ou d'achat à la discrétion de Co-operators Vie, sont couverts.**

### ***Fournitures pour diabétiques***

Sont couvertes les fournitures pour diabétiques suivantes, dans la limite d'une quantité jugée raisonnable par Co-operators Vie et jusqu'à concurrence du maximum indiqué dans le tableau des prestations :

- ▶ les stylos injecteurs d'insuline;
- ▶ les ensembles de perfusion d'insuline et les pompes à perfusion;
- ▶ les seringues;

- ▶ les aiguilles de stylo;
- ▶ les lancettes;
- ▶ les bandelettes réactives.

L'équipement de surveillance et d'administration pour diabétiques est couvert selon la clause « Équipement thérapeutique ».

### ***Frais d'analyses diagnostiques***

Sont couverts les services diagnostiques de laboratoire et de radiologie lorsqu'ils ne sont pas pris en charge par le régime public d'assurance maladie, étant précisé que les services doivent être reçus dans votre province ou territoire de résidence et fournis par un technicien de laboratoire dûment autorisé. Aucune prestation n'est versée pour les services d'un médecin ou d'un spécialiste exerçant dans le privé ou pour les services reçus dans un hôpital ou une pharmacie.

### ***Équipement médical***

Sont pris en charge les frais initiaux se rapportant à l'équipement médical suivant, nécessaire en raison d'une affection médicalement diagnostiquée :

- ▶ béquilles, plâtre, bandage herniaire, aide à la marche (marchette) et canne;
- ▶ vêtements de compression pour traiter les brûlures;
- ▶ bas de contention gradués, jusqu'à concurrence du maximum indiqué dans le tableau des prestations;
- ▶ succédanés alimentaires devant être administrés par gavage. Sont également couverts l'équipement et les pompes de gavage;
- ▶ attelle, y compris une chaussure attachée à une attelle. Les attelles intra-buccales ne sont pas couvertes;
- ▶ appareil orthopédique : un appareil orthopédique portable fait d'un matériau rigide, comme le métal ou le plastique robuste, pour maintenir différentes parties du corps en bonne position. Les soutiens élastiques et les orthèses podologiques ne sont pas considérés comme des appareils orthopédiques. Les appareils d'orthodontie ne sont pas couverts par le régime d'assurance maladie.

### ***Équipement thérapeutique***

Co-operators Vie prend en charge les frais de location, ou d'achat à sa discrétion, de l'équipement médical indiqué dans le tableau des prestations qui est nécessaire en raison d'une affection médicalement diagnostiquée.

Le remboursement de l'équipement thérapeutique couvert est assujéti au pourcentage et au maximum viager indiqués dans le tableau des prestations pour chaque appareil semblable.

### ***Oxygène et matériel d'administration d'oxygène***

Sont couverts les frais d'oxygène et le matériel nécessaire pour administrer l'oxygène lorsqu'ils sont prescrits par un médecin pour traiter une affection médicalement diagnostiquée.

### ***Chaussures orthopédiques et orthèses plantaires***

Sont couvertes les chaussures orthopédiques et les orthèses plantaires sur mesure, nécessaires en raison d'une affection médicalement diagnostiquée. Les modifications apportées aux chaussures orthopédiques sont également couvertes. Le maximum payable par personne couverte par année civile est indiqué dans le tableau des prestations.

Les chaussures orthopédiques et les orthèses doivent être :

- prescrites par un médecin ou un spécialiste du pied (p. ex. podiatre, chiropraticien ou podologue);
- fabriquées sur mesure par un orthésiste, un podo-orthésiste, un podiatre ou un podologue;

- fournies par un orthésiste, un podio-orthésiste, un podiatre, un chiropraticien ou un podologue.

La personne couverte doit accompagner chaque demande de règlement ou devis des pièces suivantes :

- une copie détaillée de l'ordonnance rédigée par le médecin ou le spécialiste du pied;
- le diagnostic posé, l'examen biomécanique, l'analyse de la démarche, des précisions sur la technique de moulage et les reçus officiels du fournisseur agréé.

### ***Fauteuils roulants et lits d'hôpital***

Sont couverts :

- les fauteuils roulants manuels, y compris les frais de réparation raisonnables et habituels. Les fauteuils roulants spéciaux nécessaires pour exercer de façon autonome des activités de la vie quotidienne sont également couverts. Ne sont pas couverts les accessoires destinés principalement à faire du sport;
- si un fauteuil roulant spécial est fourni dans des circonstances où l'affection médicalement diagnostiquée ne justifie pas un tel fauteuil, Co-operators Vie verse une indemnité de remplacement selon le type de fauteuil roulant qui permettrait d'exercer de façon autonome des activités de la vie quotidienne;
- les lits d'hôpital et les frais raisonnables et habituels se rapportant au type de lit d'hôpital requis pour l'affection médicalement diagnostiquée de la personne couverte, les lits d'hôpital fluidisés n'étant pas couverts.

### ***Perruques et postiches***

Sont couverts les frais se rapportant à l'achat de perruques et de postiches après une opération traumatique ou lors d'un traitement de chimiothérapie. Le maximum viager par personne couverte est indiqué dans le tableau des prestations.

### ***Prothèses***

Sont couverts les frais raisonnables et habituels pour les prothèses suivantes, lorsqu'elles sont requises pour l'affection médicalement diagnostiquée de la personne couverte, jusqu'à concurrence du maximum par appareil, tel qu'indiqué dans le tableau des prestations :

- les membres artificiels, y compris les réparations;
- les yeux artificiels, y compris la restauration et le polissage;
- les prothèses mammaires externes (postmastectomie) et les soutiens-gorge chirurgicaux;
- les bas prothétiques.

Les frais raisonnables et habituels pour le remplacement d'un membre ou d'un œil artificiel sont couverts une fois tous les 10 ans en raison de l'attrition, ou avant 10 ans lorsque le remplacement devient nécessaire par suite d'un changement physique chez la personne couverte. Les accessoires destinés principalement à faire du sport ou à des fins cosmétiques ne sont pas couverts.

### ***Aides à la communication***

Sont couvertes les aides à la communication suivantes :

- les aides auditives, y compris les réparations. Les piles pour aides auditives, les tubes et les embouts auriculaires fournis au moment de l'achat de l'aide auditive sont également couverts. Le maximum remboursable est indiqué dans le tableau des prestations.

### ***Appareillage pour stomisés***

Sont couverts les appareils d'iléostomie et de colostomie suivants :

- le matériel d'irrigation, les sacs collecteurs, les désodorisants, les adhésifs et les crèmes dermiques;
- les frais se rapportant aux cathéters, aux sondes urinaires et à l'appareillage de cathétérisme sont également couverts.

### **Accidents dentaires**

Sont couverts les frais se rapportant à la réparation ou au remplacement d'une dent endommagée lors d'un accident, si elle était saine, entière, fonctionnelle et naturelle. L'accident doit être occasionné uniquement par des moyens violents, externes et accidentels (étant exclus les accidents survenus en mangeant ou en utilisant les dents à des fins pour lesquelles elles ne sont pas censées être utilisées), quand :

- l'accident survient pendant que la personne est couverte est par la garantie;
- le traitement commence au cours des 100 jours qui suivent l'accident. Cette exigence est levée si une affection médicalement diagnostiquée retarde le traitement au-delà de la période de 100 jours.

Les frais engagés ne peuvent être supérieurs aux tarifs indiqués dans le guide des tarifs des dentistes généralistes publié par l'association dentaire de la province ou du territoire où réside la personne couverte.

### **Soins de la vue**

Sont couverts les frais se rapportant à l'achat de lentilles, de montures ou de verres de contact nécessaires pour corriger la vue, lorsqu'ils sont prescrits et fournis par un optométriste, un opticien ou un ophtalmologiste qualifié.

Sont couverts les frais se rapportant à la correction de la vue au laser, lorsqu'elle est prescrite par un optométriste ou un ophtalmologiste qualifié et exécutée par un ophtalmologiste qualifié. Le maximum payable par personne couverte est indiqué dans le tableau des prestations. Sont exclus les services ou fournitures qui ne servent pas à corriger la vue, à l'exception des lunettes ou des verres de contact prescrits par un optométriste ou un ophtalmologiste qualifié à la suite d'une chirurgie oculaire.

### **Transport médical dans le Nord**

Vous avez droit au remboursement de la franchise applicable au régime médical de base de votre province ou territoire. Le plafond de la garantie est indiqué dans le tableau des prestations.

### **Droit de transformation de l'assurance maladie complémentaire**

Si votre emploi prend fin, ou si vous avez des enfants à charge qui ne sont plus admissibles au régime en raison de leur âge, vous pouvez transformer cette garantie en un régime individuel, sans preuve de bonne santé. Il est à noter que le régime individuel n'est pas identique au régime d'assurance collective. Vous devez faire une demande de transformation dans les 60 jours qui suivent la fin du présent régime. Votre employeur ou l'administrateur de votre régime pourra vous renseigner davantage à ce sujet.

### **Prestation de survivant des personnes à charge**

À votre décès, vos personnes à charge demeurent couvertes par la garantie maladie complémentaire pendant la durée indiquée dans le tableau des prestations, à condition que cette garantie reste en vigueur, que la personne à charge ne devienne pas admissible à des prestations d'un autre régime collectif en tant qu'employé ou personne à charge, et qu'elle réponde toujours aux critères d'admissibilité précisés dans le texte du régime.

### **Restrictions générales applicables à l'assurance maladie complémentaire**

#### **Aucune prestation n'est payable pour :**

- les frais que les assureurs privés ne peuvent prendre en charge en vertu de la loi;
- les services ou fournitures payables par un tiers ou en vertu d'une loi sur l'indemnisation des accidents du travail ou autre loi semblable, ou auxquels la personne couverte a droit gratuitement ou pour lesquels il n'y a des frais que si la personne couverte bénéficie d'une protection;
- les services ou fournitures qui ne constituent pas un traitement raisonnable et habituel de l'affection médicalement diagnostiquée chez la personne couverte;

- les services ou fournitures afférents à ce qui suit :
  - un traitement exécuté uniquement à des fins esthétiques;
  - des loisirs ou des sports plutôt que d'autres activités habituelles de la vie quotidienne;
  - un traitement de l'obésité, à moins d'indication contraire dans le tableau des prestations;
  - la prise de compléments protéiques et alimentaires, qu'ils soient prescrits pour des raisons médicales ou non. Cependant, les succédanés alimentaires pouvant uniquement être administrés par gavage sont couverts;
  - le diagnostic ou le traitement de la stérilité, à moins d'indication contraire dans le tableau des prestations;
  - la contraception, à l'exclusion des médicaments;
- les services, fournitures ou frais qui :
  - ne sont pas expressément désignés comme couverts;
  - sont liés à des articles couverts, sauf s'ils sont expressément désignés comme couverts;
- les services ou fournitures reçus à l'étranger, sauf s'ils sont fournis selon la clause « Soins d'urgence à l'étranger »;
- les frais engagés pour :
  - remplir des formulaires de demande de règlement;
  - obtenir des renseignements médicaux complémentaires dans le cadre d'une demande de règlement;
  - les dépistages et examens médicaux effectués pour le compte d'un tiers;
  - les rendez-vous manqués et les frais de déplacement ou de communication;
- les frais découlant des événements suivants :
  - guerre, insurrection, mouvement populaire, acte de terrorisme ou participation volontaire à une émeute;
  - service actif à titre de membre des forces armées de tout gouvernement;
- les frais supplémentaires payables parce que le professionnel de la santé ou le fournisseur de soins s'est retiré du régime public d'assurance maladie provincial. Dans un tel cas, le remboursement est le même que si le professionnel de la santé ou le fournisseur de soins participait au régime public d'assurance maladie provincial;
- les frais ou soins médicaux qui sont offerts ou couverts par un régime public d'assurance maladie, un tiers, une loi sur l'indemnisation des accidents du travail ou autre loi semblable ou une œuvre de bienfaisance, même si la personne couverte s'est retirée de ce régime;
- les soins médicaux qui sont nécessaires, en tout ou en partie, directement ou indirectement, à la suite de la perpétration, tentative de perpétration ou provocation d'un acte criminel ou de voies de fait;
- les frais médicaux engagés lorsque le sinistre résulte directement ou indirectement d'un accident mettant en cause le véhicule que la personne couverte conduisait, si :
  - son taux d'alcoolémie était supérieur à 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang;
  - sa capacité à conduire le véhicule était affaiblie par la consommation d'alcool, de drogues ou d'une combinaison des deux.

### **Délai pour présenter une demande de règlement d'assurance maladie complémentaire**

Co-operators Vie doit recevoir votre demande dans les 12 mois qui suivent la date où les frais ont été engagés. Si le texte du régime ou la garantie maladie complémentaire de votre régime sont résiliés, vous devez présenter vos demandes de règlement des frais engagés avant la date de résiliation au plus tard dans les 90 jours qui suivent la date de résiliation.

### **Coordination des prestations d'assurance maladie complémentaire**

Co-operators Vie coordonne les prestations payables par ce régime et par tout autre régime aux termes duquel vous ou vos personnes à charge avez droit à des prestations semblables. S'ils sont remboursables par ce régime, les frais engagés dans une même année d'indemnisation font l'objet d'une coordination ou sont réduits de sorte que la somme payable par l'ensemble des régimes n'excède pas 100 % des frais admissibles.

### **Ordre de détermination des prestations**

Si vous et votre conjoint êtes tous deux couverts par un régime familial au titre de votre police collective respective, vous devez d'abord présenter les demandes de règlement qui vous concernent à votre propre assureur. Le solde impayé peut ensuite être réclamé auprès de l'assureur de votre conjoint. Cette demande doit être accompagnée d'une copie indiquant le montant versé par le premier régime d'avantages sociaux. Les demandes de règlement des enfants à charge doivent d'abord être présentées au régime du parent dont l'anniversaire arrive en premier (mois/jour) dans l'année civile. Le solde impayé est ensuite réclamé au régime d'assurance collective de l'autre parent.

#### ***Un régime est le premier payeur s'il couvre la personne en tant qu'employé.***

Si la personne est couverte en tant qu'employé par plus d'un régime, l'ordre de préséance est le suivant :

- le régime qui couvre la personne en tant qu'employé effectivement au travail à plein temps;
- le régime qui couvre la personne en tant qu'employé effectivement au travail à temps partiel;
- le régime qui couvre la personne en tant que retraité.

#### ***Un régime est le deuxième payeur s'il couvre la personne en tant que personne à charge.***

Si la personne est couverte en tant que personne à charge de plus d'une personne, l'ordre de préséance est le suivant :

- le régime qui couvre la personne en tant que conjoint à charge;
- le régime du parent dont l'anniversaire arrive en premier dans l'année civile, si le régime couvre la personne en tant qu'enfant à charge;
- le régime du parent dont la première lettre du prénom vient en premier dans l'alphabet, si les parents ont la même date d'anniversaire et que le régime couvre la personne en tant qu'enfant à charge.

#### ***Si les parents sont séparés ou divorcés***

L'ordre de préséance est le suivant :

- le régime du parent ayant la garde de l'enfant;
- le régime du conjoint du parent ayant la garde de l'enfant;
- le régime du parent n'ayant pas la garde de l'enfant;
- le régime du conjoint du parent n'ayant pas la garde de l'enfant.





### ***Radiographies***

Co-operators Vie se réserve le droit de demander des radiographies pour le calcul des prestations se rapportant à des extractions multiples aux troisièmes molaires, ou à des restaurations nombreuses. Aucune prestation n'est payable pour le duplicata ou l'interprétation de radiographies.

### ***Laboratoire***

Les frais de laboratoire directement liés aux services dentaires couverts sont assimilés au même pourcentage que l'intervention buccodentaire couverte, et se limitent aux honoraires de dentiste raisonnables et habituels admissibles.

### ***Date où les frais sont engagés***

Les frais admissibles sont considérés comme étant engagés lorsque le traitement est terminé. On considère que les frais d'orthodontie couverts dans le tableau des prestations sont engagés périodiquement tout au long du traitement.

### ***Choix du traitement***

Lorsqu'il existe plus d'un traitement permettant de bien soigner une affection dentaire, le remboursement peut se limiter au coût du traitement le moins cher permettant d'offrir les soins adéquats à la personne couverte. L'opinion du dentiste sur le traitement à prodiguer et les obligations du régime de soins dentaires ne sont pas nécessairement les mêmes. Il est à noter que cette clause n'a nullement pour but de changer un plan de traitement. Le choix du traitement à suivre revient uniquement au patient et au dentiste.

## **Soins dentaires couverts**

### **Niveau 1 – Soins de prévention et de restauration de base couverts**

- ▶ Deux (2) examens de rappel, à raison de la fréquence indiquée dans le tableau des prestations, et 1 examen autre qu'un examen de rappel ou un examen complet, tous les 12 mois.
- ▶ L'examen dentaire complet est couvert une seule fois la vie durant chez le même dentiste, et une fois tous les 36 mois si vous changez de dentiste.
- ▶ Les radiographies de toute la bouche ou une série complète de radiographies sont couvertes, à raison d'une fois tous les 24 mois. Les radiographies de toute la bouche et les radiographies panoramiques sont considérées comme identiques pour les besoins du régime et l'une ou l'autre, mais non les deux, est prise en charge à raison d'une fois tous les 24 mois.
- ▶ Les radiographies interproximales sont couvertes selon ce qui est inscrit dans le tableau des prestations.
- ▶ Le nettoyage des dents est couvert selon ce qui est inscrit dans le tableau des prestations. Deux (2) unités de temps sont couvertes pour le polissage pendant la période d'examen de rappel indiquée dans le tableau des prestations.
- ▶ L'application de fluorure est couverte selon ce qui est inscrit dans le tableau des prestations.
- ▶ L'extraction de dents et de leurs racines, y compris les soins préopératoires et postopératoires. Aucune prestation n'est payable pour les frais supplémentaires se rapportant à l'enlèvement de points de suture d'un traitement dentaire quelconque.

- ▶ Les amalgames conventionnels (gris) et les obturations de couleur naturelle pour les dents antérieures et postérieures afin d'en restaurer la surface naturelle, y compris les tenons. Les couronnes en acier inoxydable nécessaires pour restaurer les dents d'un enfant à charge sont également couvertes. Dans le cas d'une restauration à l'amalgame lié, les frais se limitent au coût de l'amalgame conventionnel.
- ▶ Les mainteneurs d'espace, pour les enfants de moins de 19 ans, pour préserver l'espace laissé par la perte d'une dent primaire (dent de lait) jusqu'à l'éruption de la dent permanente.
- ▶ Les réparations de prothèse dentaire, le regarnissage et le repositionnement des dents d'une prothèse amovible, à raison d'une fois tous les 36 mois par arcade dentaire. L'ajout de dents à une prothèse est couvert si les dents supplémentaires sont nécessaires pour remplacer des dents perdues, extraites ou fracturées après la date d'effet de la garantie dont la personne couverte bénéficie aux termes de ce régime. Les frais de nettoyage et de polissage des prothèses ne sont pas couverts.
- ▶ Le meulage interproximal des dents.
- ▶ Les scellants des puits et fissures sont couverts selon ce qui est inscrit dans le tableau des prestations.
- ▶ Les actes visant à enrayer la carie et à calmer la douleur sont couverts seulement s'ils sont exécutés le jour où aucun autre acte de restauration n'a lieu.
- ▶ La désensibilisation des dents et la momification de la pulpe ne sont pas couvertes comme actes distincts.
- ▶ Les interventions chirurgicales mineures, les extractions dentaires simples et les soins postopératoires. Les extractions dentaires complexes, y compris celles des racines dentaires incluses ou résiduelles, sont également couvertes. Les frais raisonnables et habituels d'anesthésie sont couverts si l'acte en question a lieu dans le cadre d'une intervention chirurgicale couverte. Tous les frais d'établissement ou autres frais connexes ne sont pas couverts.
- ▶ Les réparations effectuées sur des restaurations de type aurification.

### **Niveau 2 – Soins de restauration mineure (endodontie et parodontie)**

1. **Endodontie** – Traitement de la chambre pulpaire et du canal radiculaire
  - Le traitement de canal standard pour les dents permanentes et les dents primaires, dans la limite d'un traitement par dent. Un nouveau traitement n'est couvert que si le traitement initial s'avère un échec après les 24 premiers mois, et qu'il n'a pas été remboursé par Co-operators Vie. Si le nouveau traitement est remboursable, il est considéré comme s'il s'agissait du traitement initial.
    - ▶ Une ouverture pratiquée dans une couronne n'est pas prise en charge conjointement avec un traitement endodontique.
    - ▶ Aucune prestation n'est payable pour l'agrandissement de la chambre pulpaire ni pour un implant intracoronaire endo-osseux.
    - ▶ Les frais supplémentaires exigés pour les endroits difficiles à atteindre, une anatomie inusitée ou un canal calcifié ne sont pas couverts.

### 2. **Parodontie** – Traitement des tissus mous (gencives)

- Le détartrage, le surfaçage radiculaire ainsi que l’ajustement et l’équilibrage de l’occlusion sont couverts selon ce qui est inscrit dans le tableau des prestations.
- La chirurgie parodontale est couverte jusqu’à concurrence de 4 sites par année civile, à raison d’une seule chirurgie par site. Les frais raisonnables et habituels d’anesthésie sont payables dans le cadre d’une chirurgie buccale ou parodontale couverte. Tous les frais d’établissement ou autres frais connexes ne sont pas couverts.
- Les appareils parodontaux doivent être approuvés par le dentiste-conseil de Co-operators Vie.

### **Niveau 3 – Soins de restauration majeure couverts**

Il faut présenter un plan de traitement avant d’engager des frais pour le niveau 3.

Les couronnes et les incrustations en profondeur et de surface sont couvertes lorsque la structure de la dent a subi une importante perte en raison d’une lésion traumatique ou d’une fracture à la dent ou aux cuspidés, ou s’il y a de très importantes surfaces d’obturation combinées à de la carie qui empêchent l’utilisation de matériaux d’obturation habituels, comme les amalgames gris et les plastiques, pour restaurer adéquatement la dent.

#### ***Couronnes, incrustations en profondeur et de surface et articles connexes***

- La fourniture initiale de couronnes ou d’incrustations en profondeur et de surface. Pour les couronnes/piliers ou les incrustations en profondeur et de surface de couleur naturelle pratiqués sur les molaires, la garantie couvre seulement les frais qui auraient été engagés si ces interventions avaient été pratiquées en n’utilisant que du métal.
- Pour être couvertes par la garantie, les couronnes temporaires en acier inoxydable pour adulte doivent répondre aux mêmes critères qu’une couronne ordinaire. Le coût d’une couronne en acier inoxydable est déduit du coût d’une couronne permanente.
- Les facettes, en composite ou en porcelaine, qu’elles soient fabriquées en laboratoire ou non, doivent d’abord être approuvées par le dentiste-conseil.
- Les pivots, corps, tenons et capuchons connexes aux couronnes couvertes.
- Les réparations effectuées sur des matériaux de couleur naturelle couverts.
- L’ablation et la recimentation d’une couronne et d’une incrustation en profondeur ou de surface.

Le remplacement d’une couronne existante ou d’une incrustation en profondeur ou de surface est couvert lorsque la restauration a été effectuée il y a au moins 5 ans, et qu’elle ne peut être remise en état.

#### **Aucune prestation n’est payable pour :**

- une couronne rendue nécessaire en raison de l’attrition (usure des dents) ou pour des raisons esthétiques;
- une couronne mise en place pour prévenir d’éventuels dommages à une dent;
- les frais de laboratoire supplémentaires pour une couronne ajustée à un crochet d’une prothèse partielle existante.

#### ***Prothèses, ponts et implants***

Les appareils suivants sont couverts lorsqu’ils sont nécessaires pour remplacer une ou plusieurs dents, dont au moins une a été extraite pendant que la personne était couverte pour les soins de restauration majeure au titre du présent régime :

- la mise en place initiale d’une prothèse complète standard ou d’une prothèse complète hybride standard;
- une prothèse partielle standard amovible coulée ou en acrylique, ou un pont fixe;
- l’implantation d’une dent artificielle ou la mise en bouche d’un implant fabriqué.





### ***Délai pour présenter une demande de règlement pour soins dentaires***

Co-operators Vie doit recevoir votre demande dans les 12 mois qui suivent la date où les frais ont été engagés. Si le texte du régime ou la garantie soins dentaires de votre régime sont résiliés, vous devez présenter vos demandes de règlement des frais engagés avant la date de résiliation au plus tard dans les 90 jours qui suivent la date de résiliation.

### ***Prolongation de la garantie pour les soins dentaires en cours***

Si des prestations doivent être versées par le régime de soins dentaires de remplacement, aucune prestation n'est payable pour les frais dentaires engagés après la date où la protection de la personne couverte prend fin aux termes du présent régime, et ce, même si un plan de traitement détaillé a été rempli et que les prestations ont été déterminées par Co-operators Vie avant la date de résiliation.

Lorsque aucune autre assurance soins dentaires ne remplace la garantie, Co-operators Vie accorde une prolongation de la garantie pour les soins dentaires en cours comme suit :

- si une empreinte pour une prothèse, un pont ou une couronne a été prise ou qu'un composant chirurgical d'un implant a été inséré ou qu'un traitement de canal a été commencé au cours des 3 mois qui ont précédé la fin de la garantie, les frais dentaires connexes à ce traitement engagés au cours des 30 jours qui suivent la fin de la garantie sont considérés comme ayant été engagés avant la fin de la garantie.
- si un traitement orthodontique a commencé et qu'un plan de traitement a été présenté à l'avance et approuvé par Co-operators Vie, les frais dentaires connexes au traitement dentaire engagés au cours des 90 jours qui suivent la fin de la garantie sont considérés comme ayant été engagés avant la fin de la garantie. La prolongation prévue par le régime ne s'applique pas lorsque la protection pour les soins d'orthodontie prend fin uniquement parce que l'enfant a atteint l'âge limite indiqué dans le tableau des prestations.

### ***Coordination des prestations pour soins dentaires***

Co-operators Vie coordonne les prestations payables par ce régime et par tout autre régime aux termes duquel vous ou vos personnes à charge avez droit à des prestations semblables. S'ils sont remboursables par ce régime, les frais engagés dans une même année d'indemnisation font l'objet d'une coordination ou sont réduits de sorte que la somme payable par l'ensemble des régimes n'excède pas 100 % des frais admissibles.

### ***Ordre de détermination des prestations***

Si vous et votre conjoint êtes tous deux couverts par un régime familial au titre de votre police collective respective, vous devez d'abord présenter les demandes de règlement qui vous concernent à votre propre assureur. Le solde impayé peut ensuite être réclamé auprès de l'assureur de votre conjoint. Cette demande doit être accompagnée d'une copie indiquant le montant versé par le premier régime d'avantages sociaux. Les demandes de règlement des enfants à charge doivent d'abord être présentées au régime du parent dont l'anniversaire arrive en premier (mois/jour) dans l'année civile. Le solde impayé est ensuite réclamé au régime d'assurance collective de l'autre parent.

### ***Un régime est le premier payeur s'il couvre la personne en tant qu'employé.***

Si la personne est couverte en tant qu'employé par plus d'un régime, l'ordre de préséance est le suivant :

- ▶ le régime qui couvre la personne en tant qu'employé effectivement au travail à plein temps;
- ▶ le régime qui couvre la personne en tant qu'employé effectivement au travail à temps partiel;
- ▶ le régime qui couvre la personne en tant que retraité.



**Déclaration de confidentialité de Northern Employee Benefits Services**

**Northern Employee Benefits Services (NEBS) s'engage à protéger la vie privée de ses clients, ainsi que la confidentialité, l'exactitude et la sécurité des renseignements personnels recueillis, utilisés, conservés et divulgués dans le cadre de ses affaires.**

Dans le cadre de votre demande d'adhésion au régime d'assurance collective et de prestations de soins de santé de NEBS, vous devez autoriser Northern Employee Benefits Services et ses souscripteurs d'assurance à divulguer et à échanger les renseignements personnels que vous avez fournis à votre sujet ou au sujet de votre conjoint ou de vos personnes à charge. Ces renseignements servent à déterminer votre admissibilité au régime et à administrer les garanties et avantages qui vous sont offerts.



**Déclaration de confidentialité de Co-operators Compagnie d'assurance-vie**

Co-operators Compagnie d'assurance-vie s'engage à protéger la vie privée de ses clients, ainsi que la confidentialité, l'exactitude et la sécurité des renseignements personnels recueillis, utilisés, conservés et divulgués dans le cadre de ses affaires.

Lorsque vous présentez une demande d'adhésion ou une demande de règlement, Co-operators doit recueillir des renseignements personnels sur vous, votre conjoint ou vos personnes à charge.

Co-operators utilise ces renseignements personnels pour administrer le régime d'assurance collective et vous procurer des produits d'assurance.

La protection de vos renseignements personnels est une priorité. Seul le personnel autorisé y a accès, et les systèmes et procédures de Co-operators sont conçus pour prévenir la perte, l'utilisation inappropriée ou non autorisée, la divulgation, la modification ou la destruction de ces renseignements. La détermination de Co-operators à protéger vos renseignements est mise en évidence dans son Code d'éthique; elle s'étend aux contrats et ententes que Co-operators signe avec ses fournisseurs.

Co-operators ne saurait recueillir, utiliser ou divulguer vos renseignements personnels sans votre consentement, sauf si la loi l'y autorise.

Co-operators peut obtenir des renseignements médicaux à votre sujet pour administrer le régime d'assurance collective. Co-operators ne peut toutefois partager ces renseignements médicaux sans votre consentement exprès.

Vous avez le droit d'accéder à vos renseignements personnels. Vous pouvez les consulter, et les faire rectifier au besoin, sur demande écrite présentée à Co-operators. Les renseignements médicaux qui ne proviennent pas directement de vous ne peuvent être communiqués qu'à votre médecin. Pour plus d'information sur la façon d'accéder à votre dossier, veuillez écrire à l'adresse suivante :

Bureau de la protection de la vie privée de Co-operators  
130 Macdonell Street, Guelph, ON N1H 6P8

[privacy@cooperators.ca](mailto:privacy@cooperators.ca)

1-888-887-7773