



Votre régime d'assurance collective



**SECRÉTARIAT DES ÉVÊQUES CATHOLIQUES
DU QUÉBEC**

Police n° Q1571

Employés du Diocèse de Nicolet

Votre régime d'assurance collective

**SECRETARIAT DES ÉVÊQUES CATHOLIQUES
DU QUÉBEC**

Police n° Q1571

Employés du Diocèse de Nicolet

Le présent document fait partie intégrante de l'attestation d'assurance. Il constitue un résumé de votre police d'assurance collective qui a pris effet le 1^{er} janvier 2019. Seule la police d'assurance collective peut servir à trancher les questions d'ordre juridique.

TABLE DES MATIÈRES

DÉFINITIONS	1
DISPOSITIONS GÉNÉRALES	12
ADMISSIBILITÉ	13
ADHÉSION	14
PRISE D'EFFET DE LA COUVERTURE	16
PROLONGATION DE LA COUVERTURE DURANT UNE ABSENCE DU TRAVAIL	18
CESSATION DES GARANTIES ET DE LA COUVERTURE	20
DEMANDES DE PRESTATIONS	23
EXONÉRATION DES PRIMES	29
GARANTIE ACCIDENT-MALADIE	31
GARANTIE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE	57
GARANTIE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE	63
GARANTIE VIE	69
GARANTIE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS	73
GARANTIE MALADIES GRAVES	79

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la police, les termes indiqués ci-après sont définis de façon à être interprétés en conséquence. Ils s'appliquent à l'ensemble de la police, à moins d'indication contraire.

Accident

Toute atteinte corporelle constatée par un médecin et provenant directement et indépendamment de toute autre cause, de l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure. Cette définition exclut toute forme de maladie ou de processus dégénératif, ou une hernie inguinale, fémorale, ombilicale ou abdominale, toute infection autre qu'une infection provenant d'une coupure ou d'une blessure apparente et externe, subie par accident.

Adhérent

Tout employé couvert en vertu de la police.

Assureur

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, ci-après nommée DSF.

Chirurgie d'un jour

Chirurgie ambulatoire qui permet à un patient de retourner à la maison le jour même de la chirurgie. Une chirurgie pratiquée par un médecin et nécessitant une anesthésie locale ou générale, à l'exclusion de toute chirurgie mineure pouvant être effectuée dans le bureau du médecin.

Compagnon de voyage

La personne de 18 ans ou plus qui ne répond pas à la définition d'enfant à charge et qui partage des arrangements de voyage avec la personne couverte.

Congé de maternité

Toute période d'absence du travail prise par l'adhérent en raison d'une grossesse, conformément à toute loi sur les normes du travail applicable dans la province de résidence de l'adhérent.

Le congé de maternité est composé de deux phases :

- 1) le congé dit « de maladie », qui débute le jour de l'accouchement et dure 6 semaines (8 semaines dans le cas d'une césarienne). Durant cette phase, l'adhérent est considéré totalement invalide; et
- 2) le congé volontaire, qui suit le congé dit « de maladie », et qui se termine lorsque l'adhérent ne reçoit plus de prestations de maternité en vertu de toute loi fédérale ou provinciale.

Congé parental

Toute période d'absence du travail prise par l'adhérent pour s'occuper de son enfant nouveau-né ou adopté, conformément à toute loi provinciale ou fédérale sur les normes du travail ou à une entente entre l'adhérent et l'employeur.

Congé pour raisons familiales

Toute période d'absence du travail prise par l'adhérent conformément à toute loi provinciale ou fédérale ou à une entente entre l'adhérent et l'employeur.

Conjoint

Toute personne qui réside au Canada et qui, au moment de l'événement qui ouvre droit à des prestations :

- 1) est légalement mariée ou unie civilement à l'adhérent;
- 2) vit conjugalement avec l'adhérent depuis au moins 12 mois et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union; ou
- 3) vit conjugalement avec l'adhérent, a eu un enfant avec lui et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union.

En présence de deux conjoints, un seul sera reconnu admissible par DSF. La priorité sera accordée dans l'ordre suivant :

- 1) le conjoint qui a été le dernier à être désigné comme tel par un avis écrit de l'adhérent à DSF, sous réserve de l'acceptation de toute preuve d'assurabilité exigible en vertu de la police; ou
- 2) le conjoint à qui l'adhérent est uni légalement par les liens du mariage ou civilement.

Dentiste
Une personne autorisée à pratiquer la médecine dentaire, agréée par l'organisme qui a juridiction à l'endroit où elle fournit les services dentaires.
Effectivement au travail
Le fait pour un employé d'exercer toutes les tâches habituelles de son occupation, selon l'horaire de travail prévu. Un employé est réputé effectivement au travail au cours d'un congé payé ou d'un jour férié.
Éléments de la nature
Les catastrophes naturelles telles que les tremblements de terre, les tempêtes, les inondations, les glissements de terrain ou toute autre catastrophe de même nature.
Employé
<p>La personne qui réside au Canada, qui est au service de l'employeur à temps plein ou temps partiel à titre permanent, temporaire ou saisonnier et qui est affecté à un diocèse ou à un organisme paradiocésain. Toutefois, un employé qui réside en dehors du Canada est considéré comme résidant au Canada si DSF a préalablement donné son approbation par écrit.</p> <p>Un employé saisonnier doit travailler au moins 6 mois par année pour être admissible.</p>
Employeur
Le titulaire de la police ou toute société désignée comme tel par le titulaire de police et approuvée par DSF.

Enfant

La personne qui réside au Canada et qui, au moment de l'événement qui ouvre droit à des prestations, n'a pas de conjoint et dépend du soutien financier de l'adhérent ou du conjoint de l'adhérent pour subvenir à ses besoins. Il s'agit d'un enfant naturel de l'adhérent ou du conjoint de l'adhérent ou d'un enfant adopté. Cet enfant :

- 1) a moins de 21 ans;
- 2) a moins de 26 ans, fréquente à temps plein, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement; ou
- 3) est majeur et atteint d'une incapacité en raison d'une invalidité physique ou mentale survenue lorsqu'il répondait à l'une ou l'autre des définitions données dans les paragraphes 1) ou 2) ci-dessus.

L'enfant est considéré atteint d'incapacité s'il ne peut exercer un emploi suffisamment rémunérateur et qu'en raison de son invalidité physique ou mentale, il dépend entièrement du soutien financier de l'adhérent ou du conjoint de l'adhérent pour subvenir à ses besoins. De plus, il doit être domicilié chez l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent qui exercerait l'autorité parentale ou détiendrait la tutelle légale si cet enfant était mineur.

Établissement pour maladies chroniques

Tout établissement au Canada légalement désigné comme tel, reconnu par DSF et dont la fonction consiste à :

- 1) donner des soins et des traitements aux patients atteints d'une maladie chronique, sous la surveillance d'un médecin;
- 2) assurer la présence d'un infirmier autorisé en service, 24 heures sur 24; et
- 3) tenir des registres quotidiens sur chaque patient confié aux soins d'un médecin.

Sont notamment exclus les hôpitaux pour soins de courte durée légalement désignés comme tels, les maisons de repos, les maisons de convalescence/réadaptation, les foyers pour personnes âgées, les sanatoriums, les établissements destinés au traitement de l'alcoolisme, la toxicomanie ou toute autre dépendance.

Frais raisonnables et coutumiers

Les frais habituellement exigés pour des soins ou produits similaires et limités au plus petit de ce qui suit :

- 1) le tarif qui prédomine dans la région où les soins ou produits sont fournis; ou
- 2) le tarif qui est suggéré par l'association professionnelle applicable; à la date à laquelle les frais sont engagés.

Franchise

La partie des frais admissibles que la personne couverte doit payer avant qu'un remboursement ne soit fait.

Hémiplégie

La paralysie totale et irrémédiable des membres supérieur et inférieur d'un même côté du corps.

Hôpital

Tout établissement légalement désigné comme tel, reconnu par DSF et qui procure 24 heures sur 24 :

- 1) une vaste gamme de soins médicaux et chirurgicaux aux malades et aux blessés; et
- 2) des soins infirmiers.

Sont notamment exclus les foyers pour personnes âgées ou malades chroniques, les maisons de soins infirmiers, les maisons de repos, les maisons de convalescence/réadaptation ou les établissements destinés au traitement de l'alcoolisme, la toxicomanie ou toute autre dépendance.

Hospitalisation

- 1) Pour la garantie invalidité de courte durée, une admission à l'hôpital comme patient interne alité pour un séjour qui dure plus de 18 heures consécutives ou tout séjour à l'hôpital dans le but de subir une chirurgie d'un jour.
- 2) Pour la garantie accident-maladie, une admission à l'hôpital comme patient interne alité ou tout séjour à l'hôpital dans le but de subir une chirurgie d'un jour.

Invalidité totale ou totalement invalide

- 1) Pour la garantie invalidité de courte durée, un état d'incapacité qui résulte d'une maladie ou d'un accident et qui empêche complètement l'adhérent de remplir les fonctions principales de son emploi habituel.
- 2) Pour toutes les autres garanties :
 - a) pendant le délai de carence prévu dans la garantie invalidité de longue durée et les 24 mois qui suivent, un état d'incapacité qui résulte d'une maladie ou d'un accident et qui empêche complètement l'adhérent de remplir les fonctions principales de son emploi habituel;
 - b) après l'écoulement du délai de carence et des 24 mois qui suivent, un état d'incapacité qui résulte d'une maladie ou d'un accident et qui empêche complètement l'adhérent de se livrer à tout travail pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de son éducation, de sa formation et de son expérience.

Formation et expérience désignent l'ensemble des connaissances et des compétences que l'adhérent a pu acquérir au cours de ses études, dans l'exercice de ses activités professionnelles actuelles ou passées, ou durant ses heures de loisir.

L'adhérent n'est pas considéré comme invalide du seul fait qu'un travail pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de son éducation, de sa formation et de son expérience n'est pas disponible dans la région où il réside.

L'adhérent qui est tenu de détenir un permis de conduire émis par l'État pour accomplir les fonctions principales de son emploi habituel n'est pas considéré comme invalide du seul fait que ce permis lui est retiré ou n'est pas renouvelé.

Irréversible

État de santé pour lequel, au moment du diagnostic, aucune amélioration par un traitement médical ou chirurgical n'est envisagée, sans présenter un risque excessif pour la santé de la personne couverte.

Maison de convalescence/réadaptation

Tout établissement au Canada légalement désigné comme tel, reconnu par DSF et dont la fonction consiste à :

- 1) donner des soins et des traitements aux patients sous la direction d'un médecin ou d'un infirmier autorisé;
- 2) assurer la présence d'un infirmier autorisé en service, 24 heures sur 24; et
- 3) tenir des registres quotidiens sur chaque patient confié aux soins d'un médecin.

Sont notamment exclus les foyers pour personnes âgées ou malades chroniques, les résidences pour personnes ayant une déficience mentale, les maisons de repos ou les établissements destinés au traitement de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou de toute autre dépendance.

Toutefois, si aucun établissement reconnu n'est disponible dans la région où réside l'adhérent, DSF évaluera la demande et se réserve le droit d'accepter de couvrir un établissement qui ne répond pas normalement à la définition ci-dessus.

Malade hospitalisé

La personne admise à l'hôpital, à qui on a accordé un lit dans un secteur de l'hôpital réservé aux malades hospitalisés.

Maladie

Toute détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un médecin. Les dons d'organes et leurs complications sont également considérés comme des maladies.

Médecin

Un praticien qualifié et légalement autorisé à pratiquer la médecine à l'endroit où il fournit les services médicaux.

Médicament équivalent

Un médicament, de marque ou générique, dit interchangeable en vertu de la loi provinciale applicable où le médicament est délivré.

Membre de la famille immédiate

Une personne qui est le conjoint, le fils, la fille, le père, la mère, le frère, la sœur, le gendre, la bru, le beau-fils, la belle-fille, le beau-père, la belle-mère, le beau-frère ou la belle-sœur de l'adhérent.

Orthèse
Tout appareil orthopédique rigide servant à maintenir une région du corps en bonne position.
Paraplégie
La paralysie totale et irrémédiable des deux membres inférieurs.
Période maximale des prestations
La durée maximale de la période pendant laquelle les prestations d'invalidité sont payables.
Période de survie
À moins d'indication contraire, les 30 jours suivant la date du diagnostic ou d'une chirurgie. La personne couverte doit être vivante à la fin de cette période et ne doit pas avoir subi l'arrêt irréversible de toutes les fonctions du cerveau. La période de survie n'inclut pas le nombre de jours durant lesquels les fonctions vitales de la personne couverte sont maintenues artificiellement. Aux fins de cette garantie, le maintien artificiel des fonctions vitales désigne les soins prodigués de façon régulière par un médecin, pour le support nutritionnel, respiratoire et/ou cardiovasculaire, même si un arrêt irréversible de toutes les fonctions cérébrales s'est produit.
Personne à charge
Le conjoint ou un enfant qui résident au Canada. Toutefois, une personne à charge qui réside en dehors du Canada est considérée comme résidant au Canada si elle est couverte en vertu d'un régime provincial de soins médicaux et que DSF a préalablement donné son approbation par écrit.
Personne couverte
L'adhérent ou une personne à charge.

Perte

- 1) Pour un bras, le sectionnement complet à ou au-dessus de l'articulation du coude.
- 2) Pour un doigt, le sectionnement complet à l'articulation de la deuxième phalange d'un même doigt.
- 3) Pour une jambe, le sectionnement complet à ou au-dessus de l'articulation du genou.
- 4) Pour une main, le sectionnement complet à l'articulation du poignet ou entre le poignet et le coude.
- 5) Pour un orteil, le sectionnement complet d'une phalange du gros orteil, et de toutes les phalanges des autres orteils.
- 6) Pour l'ouïe, la perte totale et irrémédiable de l'ouïe d'une oreille diagnostiquée par un oto-rhino-laryngologiste dûment qualifié et correspondant à un seuil d'audition de plus de 90 décibels.
- 7) Pour la parole, la perte totale et irrémédiable de la capacité de parler, par suite d'une lésion ou d'une maladie, qui doit se prolonger sur une période continue de 6 mois. Le diagnostic doit être posé par un médecin dûment qualifié.
- 8) Pour un pied, le sectionnement complet à l'articulation de la cheville ou entre la cheville et le genou.
- 9) Pour le pouce, le sectionnement complet d'une phalange du pouce.
- 10) Pour la vue, la perte totale et irrémédiable de la vision d'un œil, diagnostiquée par un ophtalmologiste dûment qualifié, et qui correspond à une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins ou à des champs visuels de moins de 20 degrés.

Perte de l'usage

La perte totale et irrémédiable de l'usage d'un membre après une période ininterrompue de 12 mois d'incapacité totale de ce membre.

Preuve d'assurabilité

Toute attestation relative à l'état de santé physique de la personne ou d'autres données factuelles pouvant influencer sur l'acceptation du risque. Seules sont acceptées les attestations faites à l'aide de formulaires approuvés par DSF.

Proche parent

Le conjoint, le fils, la fille, le père, la mère, le frère ou la sœur de la personne couverte.

Quadriplégie

La paralysie totale, irrémédiable et permanente des membres supérieurs et inférieurs.

Revenu

Le taux de rémunération habituel versé par l'employeur, y compris les heures supplémentaires. Les bonis, les dividendes et toute autre forme de rémunération qui ne sont pas reçus sur une base régulière sont exclus.

Revenu net

Le revenu brut hebdomadaire ou mensuel immédiatement avant le début de l'invalidité totale moins les retenues salariales suivantes :

- 1) tous les impôts sur le revenu;
- 2) les cotisations au Régime de pensions du Canada ou au Régime de rentes du Québec;
- 3) les cotisations à l'assurance-emploi; et
- 4) toute autre cotisation à un régime public de remplacement de revenu.

Soins médicaux continus

La nature des soins que doit recevoir l'adhérent. Ces soins doivent être :

- 1) reconnus comme efficaces, appropriés et essentiels pour l'établissement d'un diagnostic ou le traitement d'une personne en raison d'une maladie ou d'un accident;
- 2) raisonnables et de pratique courante; et
- 3) donnés ou prescrits par un médecin ou, lorsque DSF l'estime nécessaire, par un spécialiste du domaine approprié.

Ces soins ne se limitent pas à des examens ou à des tests, et leur fréquence doit correspondre à celle qu'exige l'affection en cause.

Spécialiste
Un médecin autorisé à pratiquer au Canada, qui a obtenu son accréditation de spécialiste au terme des examens d'accréditation de sa compétence particulière. Le spécialiste doit détenir une formation médicale spécialisée lui permettant d'établir un diagnostic pour la prestation demandée. En l'absence ou l'indisponibilité d'un spécialiste, le diagnostic ou la nécessité d'une chirurgie doit être établi par un médecin pratiquant au Canada et approuvé par DSF. Le spécialiste ne peut pas être la personne couverte, un membre de sa famille ou un partenaire d'affaires de la personne couverte.
Stable
L'état de santé d'une personne couverte qui dans les 30 jours précédant la date de début du voyage n'est affectée par aucune condition médicale, ou est affectée par une condition médicale qui : <ol style="list-style-type: none"> 1) n'a fait l'objet d'aucune modification ou recommandation de modification du traitement ou de la posologie des médicaments prescrits; et 2) n'est caractérisée par aucun symptôme ne laissant présager une détérioration de la condition médicale pendant la durée du voyage.
Titulaire de police
La société ou l'organisation spécifiée sur la page couverture de la police.
Urgence médicale
Toute maladie ou blessure aiguës et imprévues nécessitant un traitement médical immédiat.
Véhicule
Une automobile, une caravane motorisée ou une camionnette ayant une capacité maximale de 1 000 kilogrammes.
Voyage
Une période déterminée pour laquelle : <ol style="list-style-type: none"> 1) des arrangements sont pris avec tout fournisseur de services de voyage; ou 2) des réservations ont été effectuées par la personne couverte pour des arrangements terrestres habituellement compris dans un voyage à forfait.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

LOIS APPLICABLES ET JURIDICTION

Toute disposition de la police non conforme aux lois applicables est présumée nulle et sans effet. Lorsque la police contient une disposition prohibée par la loi, toutes les autres dispositions de la police demeurent en vigueur.

La police, son interprétation, son exécution, son application, sa validité et ses effets sont assujettis aux lois canadiennes ou provinciales en vigueur qui régissent en partie ou en totalité l'ensemble des dispositions qu'elle contient.

Tout litige relatif à sa conclusion, son interprétation ou son exécution, sera soumis exclusivement aux tribunaux compétents de la province canadienne dont les parties conviendront.

INCONTESTABILITÉ

Lorsque la couverture d'une personne est en vigueur depuis 2 ans de son vivant, DSF ne peut contester la validité de cette couverture sur la base de déclarations écrites soumises par ou pour cette personne, sauf si ces déclarations se rapportent à l'âge ou sont frauduleuses. Toutefois, si une invalidité a débuté durant les deux premières années de la couverture, la règle mentionnée au paragraphe précédent ne s'applique pas et DSF peut annuler ou réduire toutes les prestations dues.

RENSEIGNEMENTS INEXACTS SUR L'ÂGE

Si l'âge déclaré d'une personne est erroné, les prestations payables en vertu de la police sont basées sur l'âge réel de la personne à la date de l'événement donnant droit à la prestation. Un redressement des primes est alors effectué pour la période durant laquelle la couverture a été en vigueur.

MONNAIE

Tous les paiements en vertu de la police, versés à ou par DSF, sont dans la monnaie ayant cours légal au Canada.

GENRE ET NOMBRE

Lorsque le contexte le veut ainsi, le masculin implique le féminin et le singulier implique le pluriel.

ADMISSIBILITÉ

ADMISSIBILITÉ DE L'EMPLOYÉ

Un employé est admissible à la couverture à la date à laquelle il satisfait les conditions suivantes :

Nombre d'heures travaillées par semaine	Délai d'attente
20 heures	Le premier jour du mois qui suit 3 mois de service continu pour l'employeur

ADMISSIBILITÉ DES PERSONNES À CHARGE

Si un employé a des personnes à charge à la date à laquelle il est admissible à la couverture en vertu de la police, ces personnes sont admissibles à la couverture à cette même date.

Si un employé n'a pas de personne à charge à la date à laquelle il est admissible à la couverture en vertu de la police, ces personnes sont admissibles à la couverture à la date à laquelle elles deviennent à la charge de l'employé.

ADHÉSION À LA COUVERTURE

L'adhésion à la couverture est obligatoire pour tout employé qui satisfait aux critères d'admissibilité.

1) Adhésion dans les délais

Un employé doit remplir une demande d'adhésion à l'aide du formulaire prévu par DSF dans les 31 jours qui suivent la date à laquelle il devient admissible.

2) Adhésion hors délais

À défaut de remplir la demande d'adhésion dans les délais prévus ci-dessus, l'employé doit soumettre des preuves d'assurabilité.

Preuves d'assurabilité

Des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par DSF sont requises pour tout montant qui excède le montant maximum sans preuves d'assurabilité accordé par DSF en vertu des garanties indiquées ci-dessous, si la demande d'adhésion est remplie dans les délais :

- 1) Garantie invalidité de longue durée
- 2) Garantie vie de base

Des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par DSF sont requises dans tous les cas suivants, que la demande d'adhésion soit remplie dans les délais ou hors délais :

- 1) pour tout montant en vertu de la garantie vie facultative;
- 2) pour tout montant en vertu de la garantie maladies graves facultative.

DROIT D'EXEMPTION

Un employé peut refuser d'être couvert en vertu de la garantie accident-maladie, s'il est couvert à titre de personne à charge en vertu de la police ou d'un autre régime d'assurance collective semblable. Toutefois, si l'autre régime prend fin ou si le conjoint cesse de faire partie d'une catégorie admissible, l'employé peut adhérer à la couverture à condition que :

- 1) l'employé ait auparavant choisi de ne pas participer à la couverture;
- 2) la couverture du conjoint ait pris fin pour une raison autre qu'un choix personnel; et
- 3) l'employé ait présenté une demande écrite en ce sens dans les 31 jours suivant la date à laquelle la couverture du conjoint a pris fin. Après ce délai, la clause d'adhésion hors délais s'applique.

TYPES DE PROTECTION

Les types de protection disponibles en vertu de la police sont les suivants :

TYPES DE PROTECTION	PERSONNES COUVERTES
Individuelle	Adhérent seulement
Familiale	Adhérent, conjoint et enfants

Le même type de protection s'applique pour toutes les garanties.

Le type de protection peut être changé à la suite d'un événement de vie, en présentant une demande à DSF dans les 31 jours qui suivent l'événement.

Un événement de vie est défini comme suit :

- 1) mariage, nouveau conjoint de fait, séparation ou divorce;
- 2) naissance ou adoption d'un enfant;
- 3) perte ou obtention de couverture du conjoint, pour une raison autre qu'un choix personnel;
- 4) décès d'une personne à charge;
- 5) cessation de l'admissibilité d'une personne à charge en raison de son âge;
ou
- 6) retour aux études d'un enfant à charge.

PRISE D'EFFET DE LA COUVERTURE

PRISE D'EFFET POUR L'ADHÉRENT

Un employé doit être effectivement au travail à la date à laquelle sa couverture prend effet. S'il n'est pas effectivement au travail à cette date, sa couverture débute le premier jour où il reprend effectivement le travail.

La couverture de tout employé prend effet à la date à laquelle il devient admissible à la couverture, pourvu que la demande d'adhésion soit soumise dans les délais. Toutefois, dans le cas d'adhésion tardive ou de garanties pour lesquelles des preuves d'assurabilité sont requises, la couverture prend effet à la date à laquelle l'assurabilité de l'employé est approuvée par DSF.

PRISE D'EFFET POUR LES PERSONNES À CHARGE

La couverture des personnes à charge prend effet à la date à laquelle l'adhérent devient admissible à la couverture des personnes à charge pour la première fois, pourvu qu'une demande soit soumise dans les délais. Toutefois, dans le cas d'adhésion tardive ou de garanties pour lesquelles des preuves d'assurabilité sont requises, la couverture prend effet à la date à laquelle l'assurabilité de la personne à charge est approuvée par DSF.

Si l'adhérent a déjà souscrit à la couverture des personnes à charge à la date à laquelle il a une nouvelle personne à charge, la couverture de cette personne prend effet à la date à laquelle elle devient une personne à charge, sauf dans le cas des garanties pour lesquelles des preuves d'assurabilité sont requises. Toutefois, les garanties vie et décès et mutilation accidentels d'un nouveau-né prennent effet dès sa naissance, s'il naît vivant, et conformément aux dispositions de la police, y compris celles indiquées ci-dessus.

Si une personne à charge (autre qu'un nouveau-né) est hospitalisée à la date à laquelle sa couverture prendrait normalement effet, sa couverture ne prend effet que le lendemain de sa sortie de l'hôpital.

MODIFICATION DU MONTANT DE LA COUVERTURE ET DE LA GARANTIE

Toute modification apportée au montant de la couverture ou à une garantie prend effet à la dernière des dates suivantes, pourvu que l'adhérent soit effectivement au travail à cette date :

- 1) la date à laquelle l'adhérent devient admissible pour la première fois à une telle modification, pourvu qu'une demande écrite soit reçue par DSF au plus tard à cette date; ou
- 2) la date à laquelle DSF approuve l'assurabilité de l'adhérent :
 - a) si le nouveau montant de la couverture excède le montant maximum que DSF accorde sans preuves d'assurabilité, ou
 - b) si la demande de modification est reçue plus de 31 jours après la date de son admissibilité à cette modification.

Si l'adhérent n'est pas effectivement au travail à la date à laquelle sa couverture serait normalement modifiée, la couverture est modifiée le premier jour où il reprend effectivement le travail.

PROLONGATION DE LA COUVERTURE DURANT UNE ABSENCE DU TRAVAIL

L'adhérent qui cesse d'être effectivement au travail pour l'une ou l'autre des raisons décrites ci-dessous peut demeurer couvert selon ce qui est prévu ci-après.

MALADIE OU BLESSURE

Les garanties détenues immédiatement avant le début de l'absence en raison de maladie ou de blessure entraînant une invalidité reconnue par DSF sont maintenues durant cette absence, à condition que les primes continuent à être versées à moins d'être exonérées.

MISE À PIED TEMPORAIRE OU CONGÉ AUTORISÉ NON PAYÉ

L'adhérent peut conserver l'ensemble des garanties qu'il détient immédiatement avant le début de l'absence, à l'exclusion des garanties invalidité de courte et de longue durée. Les garanties peuvent être maintenues pour une période déterminée à l'avance et si les primes continuent à être versées. Toutefois, cette couverture ne sera pas maintenue en vigueur au-delà de 12 mois. DSF doit être informée de la date prévue de retour au travail avant le début de l'absence.

Si l'adhérent choisit de ne pas conserver ces garanties, elles seront remises en vigueur sans preuves d'assurabilité à compter de la date à laquelle il est de nouveau effectivement au travail. DSF doit être informée dans les 31 jours suivant la date de retour effectif, à défaut de quoi une preuve d'assurabilité est exigée.

CONGÉ AUTORISÉ PAYÉ

L'adhérent peut conserver l'ensemble des garanties qu'il détient immédiatement avant le début de l'absence. Les garanties peuvent être maintenues pour une période déterminée à l'avance et si les primes continuent à être versées. Toutefois, cette couverture ne sera pas maintenue en vigueur au-delà de 12 mois. DSF doit être informée de la date prévue de retour au travail avant le début de l'absence.

Si l'adhérent choisit de ne pas conserver ces garanties, elles seront remises en vigueur sans preuves d'assurabilité à compter de la date à laquelle il est de nouveau effectivement au travail. DSF doit être informée dans les 31 jours suivant la date de retour effectif, à défaut de quoi une preuve d'assurabilité est exigée.

ABSENCES OU CONGÉS POUR RAISONS DE MATERNITÉ, FAMILIALES OU PARENTALES

Pour une absence ou un congé pris conformément à toute loi applicable, l'adhérent peut :

- 1) sous réserve du paiement des primes, conserver :
 - a) toutes les garanties; ou
 - b) toutes les garanties, à l'exclusion des garanties invalidité de courte et de longue durée;
- 2) choisir de ne pas conserver ses garanties.

Les garanties peuvent être maintenues en vigueur pour un maximum de 12 mois ou une période plus longue si la loi l'exige. DSF doit être informée de la date prévue de retour au travail avant le début de l'absence ou du congé.

L'adhérent doit informer DSF de son choix avant le début de l'absence ou du congé. S'il choisit de ne pas conserver ses garanties, elles seront remises en vigueur sans preuves d'assurabilité à compter de la date à laquelle il est de nouveau effectivement au travail. DSF doit être informée dans les 31 jours suivant la date de son retour effectif, à défaut de quoi une preuve d'assurabilité est exigée.

GRÈVE OU LOCK-OUT

L'adhérent peut conserver la garantie accident-maladie qu'il détient immédiatement avant le début de l'absence. La garantie peut être maintenue pour une période déterminée à l'avance et si les primes continuent à être versées. Toutefois, cette couverture ne sera pas maintenue en vigueur au-delà de 12 mois. DSF doit être informée de la date prévue de retour au travail avant le début de l'absence.

Si l'adhérent choisit de ne pas conserver cette garantie, elle sera remise en vigueur sans preuves d'assurabilité à compter de la date à laquelle il est de nouveau effectivement au travail. DSF doit être informée dans les 31 jours suivant la date de retour effectif, à défaut de quoi une preuve d'assurabilité est exigée.

CESSATION DES GARANTIES ET DE LA COUVERTURE

CESSATION DES GARANTIES

Chaque garantie cesse à la date indiquée ci-dessous.

GARANTIE	DATE DE CESSATION
Garantie accident-maladie	La date de la retraite
Garantie invalidité de courte durée	Le 65 ^e anniversaire de naissance de l'adhérent ou la date de la retraite, selon ce qui arrive en premier
Garantie invalidité de longue durée	Le 65 ^e anniversaire de naissance de l'adhérent ou la date de la retraite, selon ce qui arrive en premier
Garantie vie de base	Le 70 ^e anniversaire de naissance de l'adhérent ou la date de la retraite, selon ce qui arrive en premier
Garantie vie facultative	Le 65 ^e anniversaire de naissance de l'adhérent ou la date de la retraite, selon ce qui arrive en premier
Garantie décès et mutilation accidentels de base	Le 70 ^e anniversaire de naissance de l'adhérent ou la date de la retraite, selon ce qui arrive en premier
Garantie décès et mutilation accidentels facultative	Le 65 ^e anniversaire de naissance de l'adhérent ou la date de la retraite, selon ce qui arrive en premier
Garantie maladies graves	Le 65 ^e anniversaire de naissance de l'adhérent ou la date de la retraite, selon ce qui arrive en premier

Selon la loi applicable, l'adhérent qui atteint 65 ans peut choisir d'être couvert par le régime provincial d'assurance maladie de sa province de résidence pour la partie médicaments ou de conserver sa couverture en vertu de la police. Le choix de l'adhérent d'être couvert par le régime provincial d'assurance maladie de sa province de résidence est irrévocable. Si l'adhérent choisit de conserver sa couverture en vertu de la police, il doit d'abord faire une demande à DSF par écrit qui déterminera alors le montant de la prime nécessaire.

CESSATION DE LA COUVERTURE DE L'ADHÉRENT

Sous réserve de toute disposition contraire stipulée ailleurs dans la police, la couverture de l'adhérent prend fin à la première des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle il n'est plus considéré être un employé;
- 2) la date à laquelle il cesse de faire partie d'une catégorie d'employés admissibles à la couverture;
- 3) la date à laquelle l'emploi de l'adhérent ou son contrat avec l'employeur prend fin;
- 4) la fin de la période pour laquelle les primes requises ont été versées en son nom;
- 5) la date de la retraite;
- 6) la date à laquelle il cesse d'être effectivement au travail; ou
- 7) la date de résiliation de la police.

CESSATION DE LA COUVERTURE DES PERSONNES À CHARGE

Sous réserve de toute disposition contraire stipulée ailleurs dans la police, la couverture des personnes à charge prend fin à la première des dates suivantes :

- 1) la date de cessation de la couverture de l'adhérent, sauf si la personne à charge est admissible à des prestations aux survivants;
- 2) la date à laquelle la personne n'est plus une personne à charge; ou
- 3) la fin de la période pendant laquelle les primes requises pour la couverture des personnes à charge ont été versées au nom de l'adhérent.

REMISE EN VIGUEUR DE LA COUVERTURE

Si la couverture d'un employé a pris fin par suite de cessation d'emploi et qu'il est réengagé par l'employeur dans les 6 mois suivants, il a droit de faire remettre sa couverture en vigueur à compter de la date à laquelle il retourne au travail, pourvu que la demande de remise en vigueur soit faite à DSF dans les 31 jours suivant cette date.

Si un employé ne peut pas se prévaloir de la remise en vigueur, il est réputé être un nouvel employé.

PROLONGATION AUX SURVIVANTS

Cette disposition s'applique à la garantie suivante :

- garantie accident-maladie

En cas de décès de l'adhérent et sous réserve des dispositions prévues dans la police, la couverture des personnes à charge est prolongée sans paiement de prime jusqu'à la première des dates suivantes :

- 1) 12 mois après le décès;
- 2) la date à laquelle la couverture des personnes à charge aurait pris fin si l'adhérent n'était pas décédé; ou
- 3) la date de cessation de la garantie ou de résiliation de la police.

FRAUDE

En cas de fraude, DSF se réserve le droit de mettre fin à la couverture de l'adhérent.

DEMANDES DE PRESTATIONS

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

DSF doit recevoir une déclaration et des preuves de sinistre dans le délai prévu pour chaque garantie, tel qu'indiqué ci-dessous :

GARANTIE	DÉLAI
Garantie accident-maladie	Toute demande de prestations, accompagnée des pièces justificatives appropriées, doit être présentée à DSF dans les 12 mois suivant la date à laquelle les frais sont engagés.
Garantie invalidité de courte durée	<ul style="list-style-type: none">• Une preuve écrite de sinistre doit être présentée à DSF dans les 60 jours suivant la date du début de l'invalidité totale.• Par la suite, une preuve écrite de continuité de l'invalidité totale jugée satisfaisante par DSF doit être présentée à DSF chaque fois qu'elle en fait la demande.

<p>Garantie invalidité de longue durée</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une déclaration écrite initiale de sinistre doit être présentée à DSF dans les 30 jours suivant l'expiration du délai de carence; et • la preuve écrite initiale doit être présentée à DSF dans les 60 jours suivant l'expiration du délai de carence. • S'il y a récurrence d'invalidité totale, une déclaration écrite de sinistre doit être présentée à DSF dans les 30 jours suivant la date de la récurrence; et • une preuve écrite doit être présentée à DSF dans les 60 jours suivant la date de la récurrence. • Par la suite, une preuve écrite de continuité de l'invalidité totale jugée satisfaisante par DSF doit être présentée à DSF chaque fois qu'elle en fait la demande.
<p>Garantie vie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Toute demande de prestations doit être présentée à DSF dans les 30 jours suivant la date du décès; et • une preuve écrite doit être remise à DSF dans les 90 jours suivant la date du décès.
<p>Garantie décès et mutilation accidentels</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Toute demande de prestations doit être présentée à DSF dans les 30 jours suivant la date de l'accident; et • une preuve écrite doit être remise à DSF dans les 90 jours suivant la date de cet accident.

<p>Garantie maladies graves</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une déclaration initiale écrite de sinistre doit être présentée à DSF dans les 30 jours suivant la date de l'événement. • En cas de cancer ou de tumeur cérébrale bénigne, toute information médicale doit être transmise à DSF dans les 6 mois suivant la date du diagnostic. • En cas d'infection par le VIH, une déclaration écrite de sinistre doit être présentée à DSF dans les 14 jours suivant la date de l'accident ou la blessure.
---------------------------------	--

Le défaut de fournir la déclaration ou les preuves de sinistre dans les délais prévus n'empêche pas le paiement de la prestation, pourvu que la déclaration et les preuves soient fournies aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire. Cependant, aucune prestation ne sera versée si la déclaration et les preuves sont fournies plus de 12 mois après la date à laquelle les frais sont engagés ou la date de l'événement donnant lieu à la demande de prestations.

Advenant la résiliation de la police, DSF n'effectuera aucun versement de prestations à moins que la déclaration et les preuves ne lui soient soumises dans les 120 jours suivant la date de résiliation de la police.

Toute action en justice engagée contre DSF pour recouvrer des sommes payables en vertu de la police est totalement irrecevable, à moins qu'elle n'ait été intentée au cours du délai fixé par la Loi sur les assurances ou toute autre loi applicable dans la province de résidence de l'adhérent.

SOUSSION D'UNE DEMANDE

Toute demande de prestations doit être présentée à DSF au moyen du formulaire prévu à cette fin. En tout temps, DSF peut exiger des informations supplémentaires lorsqu'elle le juge nécessaire.

Médicaments et autres frais médicaux

Si le mode de paiement direct a été utilisé pour les frais de médicaments, l'adhérent n'a pas à soumettre de demande de prestations à DSF.

Pour les autres frais médicaux, l'adhérent n'a pas à soumettre de demande de prestations à DSF si le professionnel ou le fournisseur de services utilise l'échange électronique de données (EDI).

Décès

Avant de régler une demande, DSF exige des preuves écrites satisfaisantes attestant :

- 1) du décès, des causes et des circonstances liées au décès, incluant un rapport médical ou un certificat de décès;
- 2) que le défunt était admissible à la couverture au moment du décès;
- 3) de la date de naissance du défunt; et
- 4) que le demandeur est en droit de recevoir la prestation.

DSF peut également exiger tout autre renseignement jugé utile.

Sous réserve de toute loi applicable, DSF peut demander une autopsie afin d'évaluer sa responsabilité relative à une demande de prestations.

Dans le cas d'une disparition, DSF versera les prestations sur présentation d'un jugement déclaratif de décès.

Maladies graves

Avant de régler une demande, DSF exige des preuves écrites satisfaisantes de :

- 1) l'existence d'une maladie admissible; et
- 2) l'admissibilité de la personne couverte à une prestation au moment où le diagnostic a été posé.

DSF se réserve le droit de vérifier le diagnostic auprès du ou des médecins traitants et de faire examiner à ses frais tout adhérent ou toute personne à charge qui lui a présenté une demande de prestation.

PAIEMENTS

Toutes les prestations sont versées à l'adhérent, à moins d'indication contraire ailleurs dans la police.

Prestations décès

La prestation est versée dans les 30 jours suivant la réception de preuves satisfaisantes de décès. La prestation payable au décès de l'adhérent est versée au bénéficiaire.

BÉNÉFICIAIRE

Sous réserve des dispositions de la loi, l'adhérent peut désigner ou révoquer en tout temps un ou des bénéficiaires de sa couverture en faisant parvenir un avis écrit au siège social de DSF. Seules les garanties qui prévoient des prestations en cas de décès de l'adhérent sont sujettes à la désignation de bénéficiaire(s) qui est alors la même pour l'ensemble de ces garanties. Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant l'adhérent retournent à ce dernier. En l'absence d'un bénéficiaire désigné, les sommes payables sont versées selon les lois applicables.

Les sommes payables au décès d'une personne à charge sont versées à l'adhérent, s'il est vivant. Si l'adhérent est décédé, elles sont versées selon les lois applicables.

DSF n'assume aucune responsabilité quant à la validité de toute désignation ou révocation de bénéficiaire.

COORDINATION DES PRESTATIONS

Si une personne couverte par la garantie accident-maladie est également couverte en vertu d'un autre régime qui fournit des prestations semblables, le montant de ces prestations payables au cours d'une année quelconque fait l'objet d'une coordination.

La coordination des prestations est effectuée selon les recommandations de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. de sorte que le total des paiements sous tous les régimes n'excède pas le total des frais admissibles engagés par la personne.

Frais d'assurance voyage

Si une personne couverte par l'assurance voyage est également couverte en vertu de tout autre régime ou assurance qui fournit des prestations semblables, seuls les frais admissibles en excédent des montants payables par tous les autres régimes ou assurances sont couverts en vertu de l'assurance voyage.

Si les autres régimes ou assurances comportent une stipulation semblable ou une disposition de coordination des prestations, les prestations sont coordonnées entre tous les régimes ou assurances de sorte que le total des paiements n'excède pas le total des frais admissibles engagés par la personne.

EXAMENS MÉDICAUX

À l'occasion, DSF a le droit d'exiger que la personne couverte pour laquelle des prestations pourraient être versées soit examinée par un professionnel de la santé de son choix.

SUBROGATION

Dès que DSF rembourse les frais engagés ou s'engage à rembourser les frais engagés, elle se substitue à l'adhérent en ce qui concerne tous les droits de recouvrement contre toute personne et peut intenter une poursuite judiciaire au nom de l'adhérent pour faire valoir ces droits.

Si l'adhérent a le droit d'exiger des dommages-intérêts d'une autre personne pour une perte de revenu pour laquelle il est admissible à des prestations, DSF se substituera à cet adhérent en ce qui concerne tous les droits de recouvrement contre toute personne pour une perte de revenu. Le montant qui peut être recouvré grâce à cette subrogation est limité au montant global des prestations d'invalidité qui ont été versées ou qui sont payables à l'adhérent par DSF.

DROIT DE RECOUVREMENT

Lorsqu'un paiement effectué par DSF excède le montant qui aurait dû être payé, DSF a le droit de récupérer cet excédent auprès de toute personne ou entité à qui ou pour qui ce paiement a été effectué.

EXONÉRATION DES PRIMES

Cette disposition s'applique aux garanties suivantes :

- garantie accident-maladie
- garantie invalidité de courte durée
- garantie invalidité de longue durée
- garantie vie de base
- garantie vie facultative
- garantie de base décès et mutilation accidentels
- garantie décès et mutilation accidentels facultative
- garantie maladies graves facultative

1) Début de l'exonération des primes

Si l'adhérent devient totalement invalide pendant qu'il est couvert en vertu de la police mais avant d'atteindre l'âge de 65 ans, ses primes peuvent être exonérées le premier jour du mois qui coïncide avec ou qui suit la date prévue pour le premier paiement des prestations en vertu de la garantie invalidité de longue durée.

L'adhérent doit fournir à DSF des preuves satisfaisantes de son invalidité totale.

2) Cessation de l'exonération des primes

L'exonération des primes prend fin à la première des dates suivantes :

- a) la date à laquelle l'adhérent est incapable ou refuse de fournir à DSF des preuves satisfaisantes de son invalidité totale, si ces preuves ne sont pas fournies au plus tard 3 mois après la demande de DSF;
- b) la date à laquelle l'adhérent cesse d'être totalement invalide;
- c) la date à laquelle l'adhérent s'adonne à toute occupation ou tout emploi contre rémunération ou profit sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation approuvé par DSF;
- d) la date à laquelle l'adhérent atteint 65 ans;
- e) la date à laquelle l'adhérent prend sa retraite;
- f) la date de cessation de la couverture de l'adhérent; ou
- g) la date de résiliation de la garantie ou de la police, sauf pour les garanties vie et invalidité de longue durée.

3) Récidive d'invalidité totale

Si une récidive d'invalidité survient dans les 6 mois suivant la fin d'une période antérieure d'invalidité totale qui a donné lieu à une exonération des primes en vertu de la police, cette récidive est considérée comme étant une prolongation de la période antérieure si elle est due aux mêmes causes ou à des causes connexes.

4) Déclaration et preuves d'invalidité totale

Pour que l'adhérent soit exonéré du paiement de ses primes, DSF doit recevoir :

- a) un avis écrit attestant de l'invalidité totale dans les 12 mois suivant la date à laquelle l'adhérent devient totalement invalide; et
- b) une attestation satisfaisante d'invalidité totale dans les 90 jours suivant la date de réception de l'avis écrit.

Dans le cas d'une récidive d'invalidité totale, DSF doit recevoir un avis écrit et une attestation d'invalidité dans les 30 jours suivant la date du début de cette récidive.

GARANTIE ACCIDENT-MALADIE

SOMMAIRE DE LA GARANTIE

Dès réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par DSF attestant qu'une personne couverte a engagé des frais admissibles pendant qu'elle était couverte en vertu de cette garantie, DSF rembourse ces frais conformément aux dispositions de la police.

Franchise	
Frais admissibles	Montant
Tous les frais	Aucune

Pourcentage de remboursement
Médicaments
Pourcentage
Médicaments RAMQ :
1) Médicaments génériques : 80 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché
2) Médicaments de marque :
a) 80 % du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament équivalent disponible sur le marché
b) 80 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché
Autres médicaments :
1) Médicaments génériques : 60 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché
2) Médicaments de marque :
a) 60 % du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament équivalent disponible sur le marché
b) 60 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché

Pour chaque année civile, une contribution maximale s'applique aux frais admissibles pour les médicaments. Cette contribution est la franchise et toute partie des frais admissibles qui n'est pas remboursée en vertu de cette garantie.

Lorsque la contribution atteint le maximum de la contribution annuelle établie par la Régie de l'assurance maladie du Québec, pour les frais engagés par l'adhérent et ses personnes à charge, le pourcentage de remboursement des médicaments passe à 100 % pour le reste de l'année civile.

Pourcentage de remboursement	
Autres frais admissibles	Pourcentage
Hospitalisation	100 %
Orientation vers un médecin	100 %
Assurance voyage	100 %
Tous les autres frais	80 %

PAIEMENT DES PRESTATIONS

Pour tous les frais admissibles, DSF rembourse la partie des frais raisonnables et coutumiers qui excède la franchise, sous réserve du pourcentage de remboursement.

Pour être considérés comme admissibles, les frais doivent être médicalement nécessaires pour le traitement de la personne couverte et engagés à la suite d'une maladie, d'une grossesse ou d'un accident et couvrir des soins qui :

- 1) ont été préalablement prescrits par un médecin ou tout professionnel de la santé autorisé à le faire selon la loi applicable;
- 2) sont reconnus par la profession médicale comme étant adéquats et conformes au diagnostic; et
- 3) ne peuvent pas être omis sans nuire à l'état de la personne ou à la qualité des soins médicaux.

Les frais admissibles sont considérés avoir été engagés à la date à laquelle le service a été rendu ou les produits obtenus.

Réseau de fournisseurs privilégiés

DSF peut sélectionner des fournisseurs pour la distribution de certains services, soins et produits et peut restreindre les prestations pour des frais admissibles engagés auprès d'un autre fournisseur.

FRAIS ADMISSIBLES

AU CANADA

Les frais admissibles sont ceux énumérés ci-dessous et engagés :

- 1) dans la province de résidence de l'adhérent; et
- 2) à l'extérieur de la province de résidence de l'adhérent, mais au Canada, pour une raison autre qu'une urgence médicale.

MARGE BÉNÉFICIAIRE ET HONORAIRES DU PHARMACIEN	
Limite des frais admissibles de médicaments	
Marge bénéficiaire	Frais raisonnables et coutumiers
Honoraires du pharmacien	Frais raisonnables et coutumiers

MÉDICAMENTS

- 1) Les médicaments qui portent un DIN (numéro d'identification du médicament), qui sont fournis par un pharmacien et :
 - a) qui, selon la loi, requièrent une ordonnance; ou
 - b) qui peuvent s'obtenir sans ordonnance mais qui, par convention, sont considérés comme essentiels au maintien de la vie, incluant, sans toutefois s'y limiter :

- antipaludiques
- fibrinolytiques
- nitroglycérine
- suppléments de sels ferreux à ingrédient unique
- agents thyroïdiens
- agents fibrinolytiques enzymatiques topiques

Les préparations magistrales fournies par un pharmacien et dont le principal ingrédient actif est un médicament admissible.

- 2) Les lancettes, bandelettes et seringues pour diabétiques.
- 3) Les frais qui servent à couvrir la franchise et la coassurance du régime provincial d'assurance médicaments, pour les personnes couvertes par leur régime provincial.

4) Médicaments exigeant une autorisation préalable

L'autorisation préalable de DSF est exigée pour certains médicaments dont la liste est disponible sur le site web de DSF. Pour s'assurer que les médicaments prescrits répondent aux critères d'autorisation préalable établis par DSF, un formulaire d'autorisation préalable doit être rempli par le médecin et soumis à DSF. Il s'agit notamment de confirmer que les médicaments prescrits :

- a) sont utilisés pour une indication thérapeutique approuvée; et
- b) démontrent une efficacité satisfaisante par rapport aux coûts qui y sont reliés.

Une preuve d'efficacité ou de nouveaux résultats peuvent être demandés en cours de traitement pour déterminer si le médicament produit les effets attendus et demeure admissible au remboursement.

DSF peut rembourser la valeur d'un médicament équivalent moins cher s'il en existe sur le marché.

Programme d'accompagnement patient

Ce programme est offert par DSF. Il fournit du support à la personne couverte pour faciliter la gestion de sa santé et la prise de ses médicaments. DSF peut exiger que la personne couverte participe au programme pour être admissible au remboursement du médicament.

Programme de soutien au patient

Ce programme est offert par les fabricants de certains médicaments. Il comprend des services d'information, de formation et de l'aide financière à la personne couverte à qui le médicament est prescrit. DSF peut exiger que la personne couverte participe au programme pour être admissible au remboursement du médicament.

Frais admissibles pour les autres médicaments	Maximum payable par personne couverte
Produits de sclérothérapie pour le traitement des varices	20 \$ par visite
Produits antitabac	Selon le maximum établi par la RAMQ

HOSPITALISATION	
Frais admissibles	Maximum admissible par personne couverte
<u>Hôpital</u> Frais d'hébergement pour des soins de courte durée, pour chaque jour d'hospitalisation	La différence entre le coût d'une salle et d'une chambre semi-privée
<u>Maison de convalescence/réadaptation</u> Frais d'hébergement dans une maison de convalescence ou de réadaptation, pour toute période d'hébergement qui débute dans les 14 jours suivant la fin d'un séjour dans un hôpital Des périodes successives d'hébergement sont réputées être une même période d'hébergement si elles : <ul style="list-style-type: none"> • résultent d'une même maladie ou d'un même accident; et • sont séparées par une période de moins de 60 jours consécutifs pendant laquelle la personne couverte n'a pas été hospitalisée. 	40 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 180 jours par période d'hébergement
<u>Établissement pour maladies chroniques</u> Frais d'hébergement pour des maladies chroniques	Maximum viager de 365 jours

PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ	
Frais admissibles	Maximum admissible par personne couverte
<p><u>Soins paramédicaux</u></p> <p>Services des professionnels suivants, à condition qu'ils exercent dans les limites de leur compétence et soient membres en règle de leur association ou corporation professionnelle reconnues par DSF. À moins d'indication contraire, ces services ne nécessitent pas de recommandation médicale.</p>	<p>Pour chaque type de professionnel, le maximum est limité à une visite par jour</p>
<ul style="list-style-type: none"> • acupuncteur • audiologiste • chiropraticien • ergothérapeute • orthophoniste • ostéopathe • podiatre, podologue ou pédicure 	<p>Montant global de 500 \$ par année civile, plus une radiographie par année civile pour chacun des professionnels suivants : chiropraticien, ostéopathe et podiatre</p>
<ul style="list-style-type: none"> • physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique ou thérapeute du sport 	<p>Montant global de 1 000 \$ par année civile</p>
<ul style="list-style-type: none"> • psychologue, travailleur social, conseiller en orientation et psychothérapeute 	<p>Montant global de 2 000 \$ par année civile</p>

<p><u>Soins infirmiers à domicile</u></p> <p>Soins infirmiers à domicile par un infirmier autorisé ou un infirmier auxiliaire autorisé, pourvu que les soins relèvent de la compétence de l'infirmier. De plus, l'infirmier ne doit avoir aucun lien de parenté, ni par le sang ni par alliance, avec l'adhérent ou avec l'une des personnes à sa charge et ne doit pas résider habituellement chez l'adhérent ni chez l'une des personnes à sa charge.</p>	<p>Montant viager payable de 25 000 \$</p>
---	--

AMBULANCE
<p>Les frais d'une ambulance autorisée pour le transport terrestre de la personne couverte :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) du lieu de l'accident ou de la maladie à l'hôpital le plus près apte à fournir les soins appropriés, en cas d'urgence médicale; et 2) d'un hôpital au domicile de la personne couverte lorsque son état de santé ne permet pas d'utiliser un autre moyen de transport. <p>Les frais d'une ambulance autorisée pour le transport aérien de la personne couverte à l'hôpital le plus près apte à fournir les soins appropriés, en cas d'urgence médicale.</p>

ÉQUIPEMENTS ET FOURNITURES MÉDICALES	
AIDES À LA MOBILITÉ	
Frais admissibles	Limitation et/ou maximum admissible par personne couverte
Marchettes, cannes ou béquilles	Achat ou location, à la discrétion de DSF

Fauteuils roulants	<p>Achat et réparation, ou location, à la discrétion de DSF, jusqu'à concurrence du coût d'un fauteuil roulant non motorisé, à moins que l'état de santé de la personne couverte requiert l'usage exclusif d'un fauteuil motorisé</p> <p>1 par période de 5 années civiles, jusqu'à concurrence de 3 000 \$, plus un montant payable de 300 \$ par année civile pour les réparations</p>
FOURNITURES ORTHOPÉDIQUES	
Frais admissibles	Limitation et/ou maximum admissible par personne couverte
<p>Chaussures orthopédiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • chaussures fabriquées sur mesure • chaussures ouvertes • chaussures évasées ou droites • chaussures nécessaires au maintien des attelles de Denis Browne • chaussures préfabriquées ou de série, modifiées ou ajustées • modifications ou ajustements à des chaussures préfabriquées ou de série • chaussures profondes 	<p>Fabriquées et facturées par un centre reconnu par DSF. De plus, les chaussures doivent être fabriquées et les modifications ou ajustements à des chaussures préfabriquées ou de série doivent être effectués par un orthésiste membre en règle d'une association professionnelle reconnue par DSF.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 paires par année civile
Orthèses de pied	<p>Fabriquées et facturées par un centre reconnu par DSF. De plus, elles doivent être fabriquées sur mesure par un orthésiste membre en règle d'une association professionnelle reconnue par DSF</p>
Attelles rigides ou semi-rigides, bandages herniaires et plâtres	Achat et réparation
Corsets médicaux	Achat et réparation

PROTHÈSES	
Frais admissibles	Limitation et/ou maximum admissible par personne couverte
Prothèses auditives	1 000 \$ par période de 60 mois, y compris les piles à l'achat initial
Prothèses capillaires	Lorsque requises à la suite de la chute temporaire des cheveux en cas d'alopecie, de chimiothérapie ou de radiothérapie
Prothèses mammaires	Lorsque requises à la suite d'une mastectomie, jusqu'à concurrence : <ul style="list-style-type: none"> • du coût de prothèses mammaires externes; et • montant payable de 250 \$ par année civile
Membres artificiels et prothèses myoélectriques	Achat, réparation et remplacement. Les frais de remplacement sont couverts si le remplacement découle d'un changement physiologique.
Yeux artificiels	Achat et réparation
AUTRES ÉQUIPEMENTS ET FOURNITURES MÉDICALES	
Frais admissibles	Limitation et/ou maximum admissible par personne couverte
Glucomètres	Achat
Fournitures pour pompes à insuline	Achat
Bas de contention	Achat, à condition qu'ils soient de compression d'au moins 15mm/Hg Montant payable de 200 \$ par année civile
Stérilets ou diaphragmes	Montant globale payable de 75 \$ par période de 2 années civiles

Neurostimulateurs TENS et leurs fournitures	Achat ou location, à la discrétion de DSF
Cathéters	Achat
Fournitures pour les stomies	Achat
Fournitures pour les paraplégiques	Achat
Fournitures médicales servant au gavage	Achat
Fournitures médicales suite à une trachéotomie	Achat
Lunettes opaques	Achat, à condition qu'elles soient requises lors d'un traitement de radiothérapie ou contre le psoriasis
Vêtements compressifs	Achat
Pansements médicamenteux	Achat
Couvre-moignons	Achat
Fournitures pour incontinence (autres que les couches, piqués et pads)	Achat
Moniteurs d'apnée	Achat ou location, à la discrétion de DSF Un appareil par période de 5 années civiles
Oxygène et matériel nécessaire à son administration	Achat ou location, à la discrétion de DSF, jusqu'à concurrence d'une fois par période de 5 années civiles pour le matériel.
Pompes à lymphoedème	Achat
Accessoires de percussion thoracique	Achat

Lits d'hôpital	Achat et réparation, ou location, à la discrétion de DSF, jusqu'à concurrence du coût d'un lit d'hôpital non électrique, à moins que l'état de santé de la personne couverte requiert l'usage exclusif d'un lit électrique Un lit par période de 5 années civiles
Appareils de traction	Achat ou location, à la discrétion de DSF Un par période de 5 années civiles
Injecteurs d'insuline à pression	Montant payable de 200 \$ par année civile
Autres équipements et leurs fournitures : <ul style="list-style-type: none"> • appareils d'aérosolthérapie • appareils CPAP ou orthèses d'avancée mandibulaire* • pompes à insuline** Des équipements additionnels peuvent être inclus selon ce qui est établi par DSF.	Achat ou location, à la discrétion de DSF * Un par période de 5 années civiles pour l'ensemble de ces équipements ** Un par période de 5 années civiles

SERVICES DIAGNOSTIQUES	
Frais admissibles	Limitation et/ou maximum admissible par personne couverte
Techniques d'imagerie et analyses de laboratoire	À but diagnostique, montant global de 1 000 \$ par année civile, plus 50 \$ par année civile pour les tests d'allergie.

SOINS DENTAIRES À LA SUITE D'UN ACCIDENT	
Frais admissibles	Limitation et/ou maximum admissible par personne couverte
<p>Les services d'un dentiste requis pour réparer et remplacer des dents saines par suite d'un coup accidentel à la bouche</p> <p>Dent saine désigne une dent naturelle qui ne fait l'objet d'aucune atteinte pathologique, soit dans sa matière ou dans les structures qui lui sont adjacentes. Une dent naturelle traitée ou réparée qui a retrouvé sa fonction normale est considérée comme saine.</p>	<p>Le coup accidentel doit avoir été reçu pendant que la personne est couverte en vertu de cette garantie ou d'une garantie comparable en vigueur immédiatement avant la date de prise d'effet de cette garantie.</p> <p>Dans les 90 jours de l'accident :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les soins dentaires doivent être rendus; ou • un plan de traitement jugé satisfaisant par DSF doit être présenté. <p>DSF n'accorde aucun remboursement pour des soins reçus plus de 2 ans après l'accident.</p> <p>Le coût des frais admissibles est limité aux honoraires prévus dans le guide des tarifs de l'année en cours des actes bucco-dentaires des associations dentaires provinciales utilisé par les praticiens généralistes de la province de résidence de l'adhérent.</p>

CURE DE DÉSINTOXICATION	
Frais admissibles	Limitation et/ou maximum admissible par personne couverte
<p>Frais de chambre et pension pour une cure de désintoxication dans un centre reconnu par DSF et spécialisé dans le traitement de l'alcoolisme, la toxicomanie ou la dépendance aux jeux</p>	<p>L'état de la personne doit nécessiter une cure sous la surveillance et le contrôle d'un médecin et le séjour doit être préalablement approuvé par DSF.</p> <p>75 \$ par jour, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 3 000 \$</p>

SOINS DE LA VUE	
Frais admissibles	Limitation et/ou maximum payable par personne couverte
Lentilles intraoculaires	Achat, en remplacement du cristallin naturel à la suite d'une cataracte Montant viager de 500 \$

LE SERVICE INFO ACCÈS-SANTÉ

Le service Info Accès-Santé est un service téléphonique offert 24 heures sur 24 qui permet à la personne couverte de pouvoir parler en toute confidentialité avec des professionnels de la santé d'expérience et d'obtenir des renseignements de façon immédiate.

Par l'entremise de ce service téléphonique, la personne couverte peut s'informer sur les questions suivantes :

- la santé;
- la diététique;
- la mise en forme;
- la disponibilité des ressources locales.
- la vaccination;
- le mode de vie;
- la puériculture;

Le service Info Accès-Santé doit être considéré comme un complément de la consultation médicale et du service médical d'urgence (911 ou autre); il ne remplace pas le professionnel de la santé que la personne couverte consulte habituellement ou le service médical d'urgence d'une municipalité.

Ce service d'information peut être utile pour améliorer la qualité de vie de l'adhérent et de ses personnes à charge.

La personne couverte peut communiquer en tout temps avec le service INFO ACCÈS-SANTÉ.

Provenance de l'appel

Numéro à composer

Partout au Canada

1 877 875-2632

ORIENTATION VERS UN MÉDECIN

Les frais admissibles sont ceux énumérés ci-dessous et engagés à l'extérieur de la province de résidence de la personne couverte à la suite d'une orientation vers un médecin, sous réserve de ce qui suit :

- 1) le service ou le traitement ne se donne pas au Canada ou dans la province de résidence de la personne couverte;
- 2) la personne couverte doit fournir à DSF une lettre écrite par un médecin de sa province de résidence et dans laquelle le médecin indique qu'elle est orientée vers un autre médecin;
- 3) DSF doit donner son autorisation écrite au préalable; et
- 4) le régime provincial d'assurance hospitalisation et/ou d'assurance maladie doit participer au remboursement des frais admissibles.

Frais admissibles	Limitation et/ou maximum payable
<u>Frais médicaux</u>	
Frais de chambre et pension dans un hôpital	Au Canada : même couverture que celle prévue à la disposition « Au Canada » de cette garantie À l'extérieur du Canada : chambre semi-privée
Autres services hospitaliers	
Honoraires d'un médecin, d'un chirurgien et d'un anesthésiste	
<u>Frais de transport</u>	
Les frais de transport de la personne couverte vers le lieu de traitement par un moyen de transport adéquat pour qu'elle puisse y recevoir les soins appropriés	
Les frais de transport d'un membre de la famille immédiate qui accompagne la personne couverte vers le lieu de traitement (en même temps que le transport de la personne couverte)	

<p>Le transport aller et retour en classe économique d'un accompagnateur médical qualifié lorsque prescrit par le médecin traitant</p>	<p>L'accompagnateur ne doit pas être un membre de la famille immédiate, ni un ami, ni un compagnon de voyage</p>
<p>Le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la famille immédiate de visiter la personne couverte qui séjourne à l'hôpital pendant au moins 7 jours</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La personne couverte ne doit pas déjà être accompagnée par un membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus • Les frais de subsistance du membre de la famille immédiate sont limités à 1 500 \$ • La nécessité de la visite doit être confirmée par le médecin traitant
<p>En cas de décès de la personne couverte, le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la famille immédiate d'aller identifier la dépouille avant le rapatriement</p>	<p>La personne couverte ne doit pas déjà être accompagnée par un membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus</p>
<p>En cas de décès de la personne couverte, les frais pour la préparation du corps et le retour de la dépouille ou de ses cendres à son lieu de résidence par la route la plus directe (avion, autobus, train)</p>	<p>5 000 \$</p> <p>Le coût du cercueil ou de l'urne n'est pas inclus</p>
<p><u>Frais de subsistance</u></p>	
<p>Le coût des repas et de l'hébergement de la personne couverte pour la durée de son traitement.</p> <p>Les frais additionnels de garde des enfants qui ne l'accompagnent pas.</p>	<p>200 \$ par jour par personne couverte pendant un maximum de 10 jours pour l'ensemble des frais</p>

<u>Frais d'appels interurbains</u>	
Les frais d'appels interurbains pour joindre un membre de la famille immédiate si la personne couverte est hospitalisée	<ul style="list-style-type: none"> • 50 \$ par jour et un maximum global de 200 \$ par période d'hospitalisation • La personne couverte n'est pas déjà accompagnée par un membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus • Ces frais sont admissibles au remboursement si des frais de transport pour permettre à un membre de la famille immédiate de visiter la personne hospitalisée ne sont pas remboursés
Prestation maximale globale	
Frais engagés à l'extérieur de la province de résidence, mais au Canada	75 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 60 jours par année civile
Frais engagés à l'extérieur du Canada	Montant viager de 500 000 \$ par personne couverte

ASSURANCE VOYAGE

Lorsqu'une personne couverte doit engager des frais en raison d'une urgence médicale survenant au cours des 180 premiers jours d'un séjour à l'extérieur de sa province de résidence, DSF rembourse les frais admissibles conformément aux conditions suivantes :

- 1) la personne doit être couverte par un régime provincial d'assurance maladie au Canada;
- 2) les frais doivent être couverts en vertu de la garantie accident-maladie; et
- 3) l'état de santé de la personne couverte devait être stable avant la date de début du voyage.

L'adhérent doit communiquer avec DSF si la durée du séjour à l'étranger est ou pourrait être supérieure à 180 jours, sans quoi la personne couverte pourrait ne pas être couverte.

Les décisions médicales prises par un médecin ou un autre professionnel de la santé, à l'emploi de Voyage Assistance, lié par contrat à Voyage Assistance ou désigné par cette dernière, sont fondées sur des facteurs médicaux et servent à déterminer la nécessité d'offrir les services ci-dessous.

Frais admissibles	Limitation et/ou maximum payable
<u>Frais médicaux</u>	
Frais de séjour dans un hôpital, jusqu'à ce que la personne couverte reçoive son congé de l'hôpital	Chambre semi-privée
Autres services hospitaliers	
Honoraires d'un médecin, d'un chirurgien et d'un anesthésiste	
Tous les autres frais admissibles en vertu de la disposition « Au Canada » de cette garantie	
<u>Frais de transport</u> Pour être admissibles, les frais énumérés ci-dessous doivent être approuvés et planifiés par Voyage Assistance.	
Les frais de rapatriement de la personne couverte à son lieu de résidence par un moyen de transport public adéquat pour qu'elle puisse y recevoir les soins appropriés dès que son état de santé le permet	Ces frais ne sont pas admissibles si le moyen de transport initialement prévu pour le retour peut être utilisé
Les frais pour le rapatriement, en même temps que le rapatriement de la personne couverte, de toute autre personne couverte en vertu de cette garantie	Ces frais ne sont pas admissibles si le moyen de transport initialement prévu pour le retour peut être utilisé
Le transport aller et retour en classe économique d'un accompagnateur médical qualifié lorsque prescrit par le médecin traitant	L'accompagnateur ne peut pas être un membre de la famille immédiate, ni un ami, ni un compagnon de voyage

<p>Le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la famille immédiate de visiter la personne couverte qui séjourne à l'hôpital pendant au moins 7 jours</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La personne couverte ne doit pas déjà être accompagnée par un membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus • Les frais de subsistance du membre de la famille immédiate sont limités à 1 500 \$ • La nécessité de la visite doit être confirmée par le médecin traitant
<p>Les frais de retour du véhicule de la personne couverte ou celui qu'elle a loué, si :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la personne couverte souffre d'une incapacité résultant d'une urgence médicale; • l'incapacité est certifiée par un médecin et empêche la personne couverte de conduire ce véhicule; et • aucun membre de la famille immédiate ou compagnon de voyage l'accompagnant ne peut retourner le véhicule. <p>Le retour peut être effectué par une agence commerciale.</p>	<p style="text-align: center;">2 500 \$ par voyage</p>
<p>En cas de décès de la personne couverte, le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la famille immédiate d'aller identifier la dépouille avant le rapatriement</p>	<p>La personne couverte ne doit pas déjà être accompagnée par un membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus</p>
<p>En cas de décès de la personne couverte, les frais pour la préparation du corps et le retour de la dépouille ou de ses cendres à son lieu de résidence par la route la plus directe (avion, autobus, train)</p>	<p>5 000 \$</p>

<u>Frais de subsistance</u>	
<p>Le coût des repas et de l'hébergement de la personne couverte qui doit reporter son retour en raison d'une maladie ou d'un accident constaté par un médecin et qu'elle subit elle-même ou que subit un membre de sa famille immédiate qui l'accompagne ou un compagnon de voyage</p> <p>Les frais additionnels de garde des enfants qui n'accompagnent pas la personne couverte</p>	<p>200 \$ par jour par personne couverte, pendant un maximum de 10 jours par voyage, pour l'ensemble de ces frais</p>
<u>Frais d'appels interurbains</u>	
<p>Les frais d'appels interurbains pour joindre un membre de la famille immédiate si la personne couverte est hospitalisée</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 50 \$ par jour et un maximum global de 200 \$ par période d'hospitalisation • La personne couverte ne doit pas déjà être accompagnée par un membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus • Ces frais sont admissibles si des frais de transport pour permettre à un membre de la famille immédiate de visiter la personne hospitalisée ne sont pas remboursés
Prestation maximale globale	
Tous les frais admissibles	Montant viager de 5 000 000 \$ par personne couverte

LE SERVICE VOYAGE ASSISTANCE

Voyage Assistance prend les dispositions nécessaires pour fournir les services suivants à toute personne couverte qui en a besoin :

- 1) assistance téléphonique sans frais, 24 heures sur 24;
- 2) orientation vers des médecins ou des établissements de santé;
- 3) aide pour l'admission à l'hôpital;

- 4) avances de fonds à l'hôpital lorsqu'elles sont exigées par l'établissement concerné;
- 5) rapatriement de la personne couverte dans sa ville de résidence, dès que son état de santé le permet;
- 6) établissement et maintien des contacts avec l'assureur;
- 7) règlement des formalités en cas de décès;
- 8) rapatriement des enfants de la personne couverte si elle est immobilisée;
- 9) envoi d'aide médicale et de médicaments si une personne couverte se trouve trop loin des établissements de santé pour y être transportée;
- 10) arrangements nécessaires pour faire venir un membre de la famille immédiate si la personne couverte doit séjourner à l'hôpital au moins sept jours et si le médecin prescrit une telle visite;
- 11) en cas de perte ou de vol de papiers d'identité, aide pour se procurer des papiers temporaires afin de poursuivre le voyage;
- 12) orientation vers des avocats si des problèmes juridiques surviennent;
- 13) service d'interprète lors d'appels d'urgence;
- 14) transmission de messages aux proches de la personne couverte en cas d'urgence;
- 15) avant le départ, information sur les passeports, les visas et les vaccins requis dans le pays de destination.

En cas d'urgence médicale, la personne couverte peut communiquer immédiatement avec le service VOYAGE ASSISTANCE.

Provenance de l'appel	Numéro à composer
Région de Montréal	(514) 875-9170
Canada et États-Unis	1-800-465-6390 (sans frais)
Ailleurs dans le monde (Excluant les Amériques)	indicatif outre-mer + 800 29485399 (sans frais)
Frais virés (Partout dans le monde)	(514) 875-9170

RESTRICTIONS, LIMITATIONS ET EXCLUSIONS

Restrictions applicables aux médicaments

La provision de médicaments d'entretien est limitée à 100 jours. La provision de tout autre médicament ou produit est limitée à 34 jours.

Limitations

Les frais admissibles sont assujettis aux limites et maximums indiqués dans cette garantie.

Clause alternative

Pour tous les frais admissibles pour lesquels plusieurs produits sont disponibles sur le marché, les prestations sont limitées au prix du produit le moins cher qui constitue un traitement raisonnable.

Limitations et exclusions applicables au réseau de fournisseurs privilégiés

Les prestations peuvent être limitées ou aucun remboursement effectué pour des soins, produits ou médicaments disponibles dans le réseau de fournisseurs privilégiés mais obtenus d'un autre fournisseur.

Exclusions générales

Aucun remboursement n'est effectué pour ce qui suit :

- 1) services ou soins qu'un régime public d'assurance maladie interdit de payer en totalité ou en partie, sauf dans la mesure où il permet un remboursement excédentaire;
- 2) services, soins ou produits que la personne reçoit gratuitement ou qui sont remboursables en vertu de toute loi provinciale ou fédérale applicable à la personne couverte, qu'elle soit ou non couverte par ces lois;
- 3) frais admissibles qui découlent directement ou indirectement de ce qui suit :
 - a) soins esthétiques autres que ceux prévus dans cette garantie;
 - b) infraction ou tentative d'infraction criminelle, incluant la conduite avec facultés affaiblies, tel que prévu au Code criminel du Canada;

- c) toute cause pour laquelle les frais sont admissibles à un remboursement en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou de toute loi semblable ou en vertu de tout autre régime public;
 - d) guerre, déclarée ou non, service actif dans les forces armées d'un pays, ou participation à une émeute, une insurrection ou une agitation populaire;
- 4) services, soins ou produits de nature expérimentale;
 - 5) services, soins ou produits fournis par l'employeur;
 - 6) services, soins ou produits fournis à la personne couverte par un proche parent;
 - 7) hébergement dans un établissement hospitalier si l'objet principal du séjour est la participation à un programme thérapeutique, une thérapie ou une cure;
 - 8) hébergement dans une maison de convalescence ou de réadaptation, si l'objet principal du séjour est la surveillance du malade;
 - 9) soins infirmiers à domicile qui sont uniquement dispensés à titre de soins de protection, d'accompagnement, de psychothérapie ou de surveillance;
 - 10) appareils robotisés d'aide à la marche;
 - 11) chaussures normales faisant partie de l'inventaire courant;
 - 12) frais engagés pour tout ce qui est implanté chirurgicalement;
 - 13) supports de genre « Obus Forme » ou de même type;
 - 14) cours et programmes d'exercice physique en tous genres;
 - 15) bains thérapeutiques en tous genres;
 - 16) cures de jeûne et tous les frais s'y rattachant;
 - 17) appareils, fournitures et équipements conçus ou adaptés pour permettre la participation à des activités sportives;
 - 18) services diagnostiques reçus à l'hôpital et frais engagés pour des tests génétiques et de dépistage prénatal;
 - 19) soins dentaires qui ne résultent pas d'un accident ou qui résultent de l'introduction volontaire ou involontaire d'une substance alimentaire ou d'un objet dans la bouche;
 - 20) actes dentaires et fournitures ayant pour but la restauration de la bouche au complet et la correction de la dimension verticale ou de toute dysfonction temporo-mandibulaire;
 - 21) fournitures pour incontinence suivantes : couches, piqués et pads;
 - 22) frais engagés pour le traitement de l'infertilité;
 - 23) frais engagés pour le traitement de la dysfonction sexuelle;
 - 24) examens de la vue;

- 25) lunettes, lentilles cornéennes, lunettes de soleil ou lunettes protectrices;
- 26) voyages de santé ou voyages effectués pour subir des examens médicaux à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification; ou
- 27) services, soins ou produits non inclus dans la liste des frais admissibles.

Exclusions additionnelles applicables aux médicaments

Aucun remboursement n'est effectué pour ce qui suit :

- 1) médicaments ou produits utilisés pour traiter des conditions spécifiques autres que celles pour lesquelles ils ont été approuvés par Santé Canada;
- 2) médicaments ou produits qui font l'objet d'une consommation plus élevée que celle prévue par les critères de bonnes pratiques cliniques établis par DSF;
- 3) médicaments ou produits destinés à être administrés en milieu hospitalier à un patient interne ou externe, et non pour utilisation au domicile du patient;
- 4) produits contraceptifs autres que les contraceptifs hormonaux;
- 5) vaccins;
- 6) anesthésiques;
- 7) sclérothérapie utilisée principalement pour des raisons esthétiques et non réellement pathologiques, et honoraires du médecin;
- 8) médicaments pour le traitement de l'obésité;
- 9) les produits suivants, qu'ils soient ou non prescrits :
 - a) shampoings et autres produits pour le cuir chevelu, y compris les produits pour la pousse des cheveux;
 - b) produits pour soins esthétiques, écrans solaires, savons et autres produits d'hygiène;
 - c) produits naturels et produits homéopathiques;
 - d) pansements non médicamenteux et désinfectants;
 - e) préparations de lait de toute nature pour bébés;
 - f) suppléments diététiques;
 - g) vitamines et minéraux.

Exclusion additionnelle applicable aux médicaments exigeant une autorisation préalable

Aucun remboursement n'est effectué pour les médicaments qui ne répondent pas aux critères d'autorisation préalable établis par DSF à la date à laquelle les frais sont engagés.

Exclusion additionnelle applicable au programme d'accompagnement patient

La personne couverte qui ne participe pas au programme pourrait ne pas être admissible au remboursement des médicaments.

Exclusion additionnelle applicable au programme de soutien au patient

La personne couverte qui ne participe pas au programme pourrait ne pas être admissible au remboursement des médicaments.

Exclusions additionnelles applicables à l'assurance voyage

Voyage Assistance doit être contactée immédiatement lorsque des services à l'extérieur de la province de résidence de l'adhérent sont nécessaires en raison d'une urgence médicale. À défaut d'effectuer cette démarche, le remboursement d'une partie des frais admissibles engagés pourrait être réduit ou refusé. DSF n'est pas responsable de la disponibilité ou de la qualité des soins médicaux administrés.

Aucun remboursement n'est effectué :

- 1) si le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir des traitements médicaux ou paramédicaux ou des services hospitaliers;
- 2) pour une chirurgie ou un traitement, lorsque ceux-ci sont facultatifs ou non urgents, c'est-à-dire qu'ils auraient pu être prodigués dans la province de résidence de la personne couverte sans danger pour sa vie ou sa santé, même si les soins sont prodigués à la suite d'une urgence médicale;

- 3) si la personne couverte ne consent pas :
- a) au traitement prescrit par le médecin ou par Voyage Assistance;
 - b) à changer d'hôpital ou de clinique;
 - c) à se faire examiner pour permettre l'établissement d'un diagnostic;
 - d) au rapatriement lorsqu'il est recommandé par Voyage Assistance;
- 4) pour toute urgence médicale survenue dans un pays ou une région pour lesquels le gouvernement du Canada a émis un des avertissements suivants avant la date de début du voyage :
- a) éviter tout voyage non essentiel; ou
 - b) éviter tout voyage.

La personne couverte qui se trouve dans le pays ou la région faisant l'objet d'un avertissement émis en cours de voyage n'est pas visée par cette exclusion. Elle doit toutefois prendre les dispositions nécessaires pour quitter ce pays ou cette région dans les meilleurs délais;

- 5) si la personne couverte refuse de divulguer les renseignements nécessaires à DSF relativement aux autres régimes d'assurance en vertu desquels elle bénéficie également de garanties d'assurance voyage ou si elle refuse à DSF l'utilisation de tels renseignements;
- 6) si les frais engagés sont reliés à un état de santé qui n'était pas stable avant la date de début du voyage;
- 7) si un médecin a déconseillé à la personne couverte de voyager;
- 8) pour les frais engagés pour une grossesse, une fausse couche, un accouchement ou leurs complications, lorsque ces frais sont engagés après les 32 premières semaines de grossesse;
- 9) pour tout accident survenant durant le voyage et qui résulte de la pratique par la personne couverte d'une activité sportive à titre professionnel, ou d'un sport ou d'une activité représentant un haut degré de risque, notamment :
- a) le deltaplane et le parapente;
 - b) le parachutisme et la chute libre;
 - c) le saut à l'élastique (bungee jumping);
 - d) l'escalade et l'alpinisme;
 - e) le ski acrobatique;
 - f) les activités sous-marines;
 - g) les sports de combat;
 - h) les courses de véhicules motorisés;

10) pour le décès ou les frais qui résultent directement ou indirectement de :

- a) la consommation de drogues, ou
- b) la consommation abusive de médicaments ou d'alcool.

La consommation abusive de médicament est celle qui dépasse la posologie recommandée. La consommation d'alcool est considérée abusive si le taux d'alcool dans le sang dépasse celui permis par le Code criminel du Canada.

11) pour le coût du cercueil ou de l'urne.

GARANTIE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE

SOMMAIRE DE LA GARANTIE

Dès réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par DSF attestant que l'adhérent :

- 1) est devenu totalement invalide pendant qu'il était couvert en vertu de cette garantie et qu'il est demeuré totalement invalide durant le délai de carence; et
- 2) reçoit les soins médicaux continus d'un médecin au Canada;

DSF verse les prestations conformément aux dispositions de la police.

Pourcentage et maximum des prestations
70 % du revenu hebdomadaire brut arrondi au prochain multiple de 1 \$, s'il n'en est pas déjà un, jusqu'à concurrence de 1 500 \$.
Délai de carence
<ul style="list-style-type: none">• Aucun en cas d'accident• 7 jours civils en cas de maladie• Aucun en cas d'hospitalisation
Période maximale des prestations
17 semaines
Imposition des prestations
Imposable

DÉLAI DE CARENCE

Le délai de carence est la période ininterrompue d'invalidité totale qui doit s'écouler avant le début du versement des prestations. Il débute à la dernière des dates suivantes :

- 1) le lendemain du dernier jour où l'adhérent est effectivement au travail; ou
- 2) le premier jour où l'adhérent consulte un médecin.

Le délai de carence en cas d'accident s'applique si l'accident est constaté par un médecin et survenu dans les 30 jours avant le début de l'invalidité totale. Dans le cas contraire, le délai de carence en cas de maladie s'applique.

Si une invalidité totale survient durant une absence du travail, le délai de carence commence :

- 1) le premier jour de l'invalidité totale, dans le cas d'un congé parental ou pour raisons familiales ou de la partie « congé volontaire » d'un congé de maternité; ou
- 2) à la date prévue de retour au travail, dans le cas de toute autre absence ou tout autre congé;

à condition que cette garantie puisse être maintenue en vigueur durant cette absence et qu'elle l'ait été.

PAIEMENT DES PRESTATIONS

DSF verse les prestations chaque semaine, à compter de la date à laquelle le délai de carence se termine.

Les prestations sont payables durant la partie « congé de maladie » du congé de maternité.

Dans le cas d'une invalidité totale qui survient durant une absence du travail en raison d'un congé de maternité, parental ou pour raisons familiales, DSF verse des prestations à compter de la dernière des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle le délai de carence se termine; ou
- 2) la date prévue de retour au travail.

DSF verse les prestations aussi longtemps que l'adhérent continue d'être totalement invalide, jusqu'à concurrence de la période maximale des prestations

Les prestations sont basées sur le revenu en vigueur immédiatement avant le début de l'invalidité totale.

Les paiements pour une période de moins d'une semaine sont calculés au taux quotidien de 1/5 de la prestation hebdomadaire.

RÉCIDIVE D'INVALIDITÉ

Si l'adhérent a déjà reçu des prestations en vertu de cette garantie et qu'il devient à nouveau totalement invalide, la nouvelle invalidité totale est considérée une récurrence de l'invalidité précédente si l'adhérent a été effectivement au travail entre les 2 pendant moins de 2 semaines consécutives, si l'invalidité totale est due à la même cause ou à des causes connexes.

Des périodes successives d'invalidité totale due à des causes qui ne sont pas reliées entre elles, ne sont pas considérées comme une récurrence.

Lorsque des périodes successives d'invalidité totale sont considérées comme une récurrence, le délai de carence ne s'applique qu'une seule fois.

RÉADAPTATION

DSF peut en tout temps exiger que l'adhérent totalement invalide participe à un programme de réadaptation considéré satisfaisant par DSF. Les activités du programme de réadaptation doivent être acceptées par DSF.

L'adhérent ne sera plus admissible aux prestations prévues par cette garantie s'il :

- 1) refuse de participer à un programme de réadaptation; ou
- 2) ne participe pas activement et de bonne foi ou ne s'adonne pas au programme de réadaptation.

RÉDUCTION DES PRESTATIONS

1) Intégration directe

Les prestations payables sont réduites de :

- a) toute prestation à laquelle l'adhérent a droit en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou de toute autre loi semblable;
- b) toute prestation d'invalidité à laquelle l'adhérent a droit en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, à l'exclusion des prestations pour les personnes à charge;
- c) toute indemnité de remplacement de revenu payable en vertu de tout régime public provincial d'assurance automobile sans égard à la responsabilité, mais qui ne tient pas compte des prestations d'assurance-emploi dans le versement de l'indemnité;
- d) toute indemnité de remplacement de revenu versée en vertu de toute autre loi fédérale ou provinciale si l'assurance-emploi considère cette indemnité comme un revenu;
- e) toute prime de séparation ou paiement pour congédiement injustifié; et
- f) tout revenu versé par l'employeur, incluant les journées de maladie.

L'indexation sur le coût de la vie n'est pas incluse dans les paiements provenant des sources mentionnées ci-dessus, une fois que le versement des prestations a commencé.

2) Réductions additionnelles en cas de réadaptation :

Si l'adhérent reçoit un revenu pendant qu'il participe à un programme de réadaptation, les prestations payables par DSF sont réduites de tout revenu gagné d'un programme de réadaptation.

Les prestations sont réduites de sorte que son revenu total provenant de toutes sources n'excède pas 100 % du revenu hebdomadaire brut qu'il gagnait avant son invalidité.

Le revenu total provenant de toutes sources comprend les sommes énumérées ci-dessous, qui ont été versées à l'adhérent ou auxquelles il a droit :

- a) toute prestation versée en vertu de cette garantie;
- b) tout revenu hebdomadaire ou paiement versé par l'employeur;
- c) toute prestation d'invalidité payable en vertu :
 - i) du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, à l'exclusion des prestations pour les personnes à charge; ou
 - ii) de la Loi sur les accidents du travail ou d'une loi semblable;
- d) toute prestation provenant d'un régime de retraite ou de rente fourni par le titulaire de police; et
- e) toute indemnité de remplacement de revenu payable en vertu de tout régime public provincial d'assurance automobile sans égard à la responsabilité, mais qui ne tient pas compte des prestations d'assurance-emploi dans le versement de l'indemnité.

L'indexation sur le coût de la vie n'est pas incluse dans le revenu total provenant de toutes sources une fois que le versement des prestations a commencé.

3) Montant payable par un régime public

L'adhérent a l'obligation de faire le nécessaire pour se prévaloir de ses droits en vertu des lois et régimes décrits ci-dessus. S'il néglige ou refuse de le faire, DSF peut à son gré utiliser une estimation du montant accordé en vertu de tout régime public. DSF réduit les prestations du montant estimé. Les ajustements sont effectués après la réception de l'avis du montant réellement accordé.

Si l'adhérent touche un montant forfaitaire en vertu de l'une ou l'autre des sources décrites ci-dessus, ce montant est calculé sur une base hebdomadaire et est déduit des prestations.

RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS

Restrictions

Aucune prestation n'est payable au cours de l'une ou l'autre des périodes d'invalidité totale suivantes :

- 1) la période durant laquelle l'adhérent ne reçoit pas des soins médicaux continus en raison de la maladie ou de l'accident causant l'invalidité totale;
- 2) la partie « congé volontaire » d'un congé de maternité ou la période au cours de laquelle l'adhérent prend un congé parental ou familial, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;
- 3) pendant toute période d'absence du travail par suite d'une grève, d'un lock-out, d'une mise à pied ou d'un congé autorisé, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;
- 4) durant l'emprisonnement de l'adhérent par suite d'une condamnation pour infraction; et
- 5) la période durant laquelle l'adhérent s'adonne à une tâche rémunératrice autre qu'un programme de réadaptation approuvé par DSF;
- 6) la période pendant laquelle l'adhérent est censé lui avoir fourni des preuves satisfaisantes de son invalidité totale ou s'être soumis à un examen médical demandé par DSF, mais a négligé ou refusé de le faire;
- 7) la période pendant laquelle l'adhérent refuse de participer à un programme de réadaptation que DSF juge approprié;
- 8) lorsque l'adhérent séjourne à l'extérieur du Canada pendant une période de plus de 3 mois pour quelque raison que ce soit, à moins que :
 - a) DSF ne convienne d'avance par écrit de régler des prestations au cours de cette période; ou
 - b) l'adhérent ne soit à l'extérieur du Canada pour recevoir des soins médicaux admissibles en vertu l'assurance-emploi.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour toute invalidité totale qui résulte directement de l'une des causes suivantes :

- 1) guerre, déclarée ou non, service actif dans les forces armées d'un pays, ou participation à une émeute, une insurrection ou une agitation populaire;
- 2) infraction criminelle telle que prévue au Code criminel du Canada;

- 3) soins chirurgicaux d'ordre esthétique seulement, sauf si ces soins sont fournis par suite d'un accident ou d'une maladie;
- 4) abus d'alcool ou de stupéfiants, sauf si l'adhérent :
 - a) participe de façon active et continue à un programme thérapeutique approprié mené sous surveillance médicale pour remédier à cet abus; et
 - b) reçoit des traitements ou des soins médicaux continus en vue de sa réadaptation.

CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS

Le versement des prestations prend fin à la première des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle l'adhérent cesse d'être totalement invalide;
- 2) la date à laquelle la période maximale des prestations est écoulée, pour toute période d'invalidité totale;
- 3) la date à laquelle cette garantie cesse. Toutefois, si l'adhérent devient totalement invalide avant d'atteindre l'âge auquel la garantie cesse, qu'il l'est toujours lorsqu'il atteint cet âge et qu'il n'a pas encore reçu 15 semaines de prestations pour cette invalidité, la couverture sera prolongée, jusqu'à la première des dates suivantes :
 - a) la date à laquelle il a reçu des prestations pendant 15 semaines;
 - b) la date à laquelle il cesse d'être totalement invalide; ou
 - c) la date à laquelle il prend sa retraite.

GARANTIE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

SOMMAIRE DE LA GARANTIE

Dès réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par DSF attestant que l'adhérent :

- 1) est devenu totalement invalide pendant qu'il était couvert en vertu de cette garantie et qu'il est demeuré totalement invalide durant le délai de carence; et
- 2) reçoit les soins médicaux continus d'un médecin au Canada;

DSF verse les prestations conformément aux dispositions de la police.

Pourcentage et maximum des prestations
70 % du revenu mensuel brut, arrondi au prochain multiple de 1 \$, s'il n'en est pas déjà un Maximum 10 000 \$ Maximum de 7 000 \$ sans preuve d'assurabilité
Délai de carence
17 semaines ou la fin de la période maximale des prestations de la garantie invalidité de courte durée, selon ce qui arrive en dernier
Âge maximum d'admissibilité
64 ans et 35 semaines
Période maximale des prestations
Jusqu'à 65 ans
Imposition des prestations
Imposable

DÉLAI DE CARENCE

Le délai de carence est la période ininterrompue d'invalidité totale qui doit s'écouler avant le début du versement des prestations. Il débute à la dernière des dates suivantes :

- 1) le lendemain du dernier jour où l'adhérent est effectivement au travail; ou
- 2) le premier jour où l'adhérent consulte un médecin.

Si une invalidité totale survient durant une absence du travail, le délai de carence commence :

- 1) le premier jour de l'invalidité totale, dans le cas d'un congé parental ou pour raisons familiales ou de la partie « congé volontaire » d'un congé de maternité; ou
- 2) à la date prévue de retour au travail, dans le cas de toute autre absence ou tout autre congé;

à condition que cette garantie puisse être maintenue en vigueur durant cette absence et qu'elle l'ait été.

PAIEMENT DES PRESTATIONS

DSF verse les prestations chaque mois, à compter de la date à laquelle le délai de carence se termine.

Les prestations sont payables durant la partie « congé de maladie » du congé de maternité.

Dans le cas d'une invalidité totale qui survient durant une absence du travail en raison d'un congé de maternité, parental ou pour raisons familiales, DSF verse des prestations à compter de la dernière des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle le délai de carence se termine; ou
- 2) la date prévue de retour au travail.

DSF verse les prestations aussi longtemps que l'adhérent continue d'être totalement invalide, jusqu'à concurrence de la période maximale des prestations.

Les prestations sont basées sur le revenu en vigueur immédiatement avant le début de l'invalidité totale.

Les paiements pour une période de moins d'un mois sont calculés au taux quotidien de 1/30 de la prestation mensuelle.

INDEXATION AU COÛT DE LA VIE

Au cours d'une période ininterrompue d'invalidité totale, DSF augmente les prestations versées, selon les conditions suivantes :

- 1) la première augmentation prend effet 3 ans après la date à laquelle le versement des prestations d'invalidité de longue durée a commencé;
- 2) les augmentations subséquentes prennent effet à chaque anniversaire de la première augmentation; et
- 3) les prestations seront augmentées du moins élevé de 3 % ou de l'augmentation de l'indice des prix à la consommation (IPC) pour cette année particulière tel qu'établi par Statistique Canada.

RÉCIDIVE D'INVALIDITÉ

Deux périodes d'invalidité totale sont considérées comme une seule période d'invalidité si elles sont séparées par une période durant laquelle l'adhérent était effectivement au travail pendant :

- 1) moins de 2 semaines consécutives durant le délai de carence, si l'invalidité totale est due à la même cause ou à des causes connexes; et
- 2) moins de 6 mois consécutifs après la fin des prestations d'invalidité de longue durée.

Des périodes successives d'invalidité totale due à des causes qui ne sont pas reliées entre elles, sont considérées comme une récidive à moins que l'adhérent soit effectivement au travail pendant un jour entre ces périodes.

Lorsque des périodes successives d'invalidité totale sont considérées comme une récidive, le délai de carence ne s'applique qu'une seule fois.

RÉADAPTATION

DSF peut en tout temps exiger que l'adhérent totalement invalide participe à un programme de réadaptation considéré satisfaisant par DSF. Les activités du programme de réadaptation doivent être acceptées par DSF.

L'adhérent ne sera plus admissible aux prestations prévues par cette garantie s'il :

- 1) refuse de participer à un programme de réadaptation; ou
- 2) ne participe pas activement et de bonne foi ou ne s'adonne pas au programme de réadaptation.

RÉDUCTION DES PRESTATIONS

1) Intégration directe

Les prestations payables sont réduites de :

- a) toute prestation à laquelle l'adhérent a droit en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou de toute autre loi semblable;
- b) toute prestation d'invalidité à laquelle l'adhérent a droit en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, à l'exclusion des prestations pour les personnes à charge;
- c) toute indemnité de remplacement du revenu payable en vertu de tout régime d'assurance automobile sans égard à la responsabilité; et

L'indexation sur le coût de la vie n'est pas incluse dans les paiements provenant des sources mentionnées ci-dessus, une fois que le versement des prestations a commencé.

2) **Intégration indirecte**

Les prestations payables sont de nouveau réduites de sorte que son revenu total provenant de toutes sources ne dépasse pas 85 % du revenu mensuel brut qu'il gagnait immédiatement avant l'invalidité totale.

Le revenu total provenant de toutes sources comprend les sommes énumérées ci-dessous, qui ont été versées à l'adhérent ou auxquelles il aurait droit :

- a) toute prestation versée en vertu de cette garantie;
- b) tout revenu mensuel ou paiement versé par l'employeur;
- c) toute prestation d'invalidité payable en vertu :
 - i) du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, à l'exclusion des prestations pour les personnes à charge;
 - ii) de la Loi sur les accidents du travail ou d'une loi semblable;
 - iii) d'un autre régime public, à l'exclusion des prestations payables en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi; ou
 - iv) d'un régime d'assurance collective fourni par un employeur ou une association;
- d) toute prestation d'invalidité payable par un régime de retraite privé; et
- e) toute indemnité de remplacement de revenu payable en vertu de tout régime public d'assurance automobile sans égard à la responsabilité.

L'indexation sur le coût de la vie n'est pas incluse dans le revenu total provenant de toutes sources une fois que le versement des prestations d'invalidité de longue durée a commencé.

3) **Réductions additionnelles en cas de réadaptation**

Si l'adhérent reçoit un revenu pendant qu'il participe à un programme de réadaptation, les prestations payables par DSF sont réduites de 50 % du revenu gagné d'un programme de réadaptation.

Les prestations sont réduites de sorte que son revenu total provenant de toutes sources n'excède pas 100 % du revenu mensuel brut qu'il gagnait avant son invalidité.

4) Montant payable par un régime public

L'adhérent a l'obligation de faire le nécessaire pour se prévaloir de ses droits en vertu des lois et régimes décrits ci-dessus. S'il néglige ou refuse de le faire, DSF peut à son gré utiliser une estimation du montant accordé en vertu de tout régime public. DSF réduit les prestations du montant estimé. Les ajustements sont effectués après la réception de l'avis du montant réellement accordé.

Si l'adhérent touche un montant forfaitaire en vertu de l'une ou l'autre des sources décrites ci-dessus, DSF réduit les prestations du moindre de ce qui suit :

- a) le montant forfaitaire ramené sur une base mensuelle durant une période de 60 mois; ou
- b) le nombre de mois d'invalidité pour lequel le montant forfaitaire est versé.

RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS

Restrictions

Aucune prestation n'est payable au cours de l'une ou l'autre des périodes d'invalidité totale suivantes :

- 1) la période durant laquelle l'adhérent ne reçoit pas des soins médicaux continus en raison de la maladie ou de l'accident causant l'invalidité totale;
- 2) la partie « congé volontaire » d'un congé de maternité ou la période au cours de laquelle l'adhérent prend un congé parental ou familial, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;
- 3) pendant toute période d'absence du travail par suite d'une grève, d'un lock-out, d'une mise à pied ou d'un congé autorisé, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;
- 4) durant l'emprisonnement de l'adhérent par suite d'une condamnation pour infraction; et
- 5) lorsque l'adhérent séjourne à l'extérieur du Canada pendant une période de plus de 3 mois pour quelque raison que ce soit, à moins que DSF ne convienne d'avance par écrit de régler des prestations au cours de cette période.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour toute invalidité totale qui résulte directement ou indirectement de l'une des causes suivantes :

- 1) guerre, déclarée ou non, service actif dans les forces armées d'un pays, ou participation à une émeute, une insurrection ou une agitation populaire;
- 2) infraction ou tentative d'infraction criminelle, incluant la conduite avec facultés affaiblies, tel que prévu au Code criminel du Canada.
- 3) soins médicaux ou chirurgicaux d'ordre esthétique, sauf si ces soins sont fournis par suite d'un accident survenu pendant que l'adhérent est couvert en vertu de cette garantie;
- 4) abus d'alcool ou de stupéfiants, sauf si l'adhérent :
 - a) participe de façon active et continue à un programme thérapeutique approprié mené sous surveillance médicale pour remédier à cet abus;
 - b) reçoit des traitements ou des soins médicaux continus en vue de sa réadaptation; et
 - c) séjourne dans un centre spécialisé reconnu.

CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS

Le versement des prestations prend fin à la première des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle l'adhérent cesse d'être totalement invalide;
- 2) la date à laquelle l'adhérent s'adonne à une tâche rémunératrice autre qu'un programme de réadaptation approuvé par DSF;
- 3) la date fixée par DSF à laquelle l'adhérent est censé lui avoir fourni des preuves satisfaisantes de son invalidité totale ou s'être soumis à un examen médical demandé par DSF, mais a négligé ou refusé de le faire;
- 4) la date à laquelle la période maximale des prestations est écoulée, pour toute période d'invalidité totale;
- 5) la date à laquelle l'adhérent refuse de participer à un programme de réadaptation que DSF juge approprié;
- 6) la date à laquelle l'adhérent prend sa retraite; ou
- 7) la date à laquelle cette garantie cesse.

GARANTIE VIE

SOMMAIRE DE LA GARANTIE

Dès réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par DSF attestant qu'une personne est décédée pendant qu'elle était couverte en vertu de cette garantie, DSF paie le montant applicable à cette personne conformément aux dispositions de la police.

GARANTIE VIE DE BASE

Adhérent
Montant de l'assurance
2 fois le revenu annuel, arrondi au prochain multiple de 1 000 \$, s'il n'en est pas déjà un. Maximum 150 000 \$ Maximum sans preuve d'assurabilité : aucune preuve requise
Réduction
Le montant de l'assurance sera réduit de 50 % au 65 ^e anniversaire de naissance de l'adhérent.

Personnes à charge	
Montant de l'assurance	
Conjoint	Chaque enfant
10 000 \$	5 000 \$
Réduction	
Aucune	

GARANTIE VIE FACULTATIVE

Adhérent
Montant de l'assurance
Par tranches de 10 000 \$ Maximum 250 000 \$

Personnes à charge	
Montant de l'assurance	
Conjoint	Chaque enfant
Par tranches de 10 000 \$ Maximum 250 000 \$	Par tranches de 5 000 \$ Maximum 50 000 \$

EXCLUSION EN CAS DE SUICIDE

DSF ne verse aucune prestation d'assurance vie facultative si la personne se suicide ou décède des suites d'une tentative de suicide, qu'elle soit saine d'esprit ou non, au cours des 2 années qui suivent la date de prise d'effet de :

- 1) la couverture de la personne en vertu de cette garantie;
- 2) sa remise en vigueur; ou
- 3) toute augmentation du montant de la garantie.

La couverture ou l'augmentation est alors nulle et sans effet et la responsabilité de DSF est limitée au remboursement des primes perçues.

PAIEMENT ANTICIPÉ

Tout adhérent totalement invalide dont l'espérance de vie est de moins de 24 mois peut obtenir le paiement d'une partie de son montant d'assurance vie de base, sous réserve des conditions suivantes :

- 1) DSF doit donner son accord;
- 2) DSF peut exiger que l'adhérent soit examiné par un médecin désigné par DSF;
- 3) l'adhérent doit obtenir l'approbation de DSF pour l'exonération des primes de la garantie vie de base de la police; et

- 4) tout bénéficiaire désigné doit donner son consentement à ce versement en signant un formulaire fourni par DSF.

Le paiement anticipé est limité à 50 % du montant de l'assurance vie de base de l'adhérent. De plus, ce montant ne peut être inférieur à 5 000 \$ ou excéder 100 000 \$.

Lors du décès de l'adhérent, la valeur du paiement anticipé est déduite du montant d'assurance qui aurait été payable n'eût été le paiement anticipé.

La valeur du paiement anticipé est composée de ce qui suit :

- 1) le total des versements effectués en vertu du paiement anticipé;
- 2) les frais raisonnables engagés aux fins de vérification de l'état de santé de l'adhérent; plus
- 3) l'intérêt accumulé à partir de la date du versement jusqu'à la date du décès de l'adhérent.

Le taux d'intérêt est le taux de rendement annuel moyen des certificats de placement garanti d'un an émis par les sociétés de fiducie canadiennes. Le taux utilisé sera celui établi immédiatement après la date du paiement anticipé, tel que publié dans le bulletin mensuel ou hebdomadaire de statistiques de la Banque du Canada.

EXCLUSION RELATIVE AU PAIEMENT ANTICIPÉ

DSF ne procédera pas au versement d'un paiement anticipé si la proposition renferme une déclaration erronée de faits ou si des renseignements importants n'ont pas été divulgués. Si, une fois que le paiement anticipé a été versé, il s'avère que l'adhésion ou la couverture est nulle et sans effet, le récipiendaire du paiement anticipé devra rembourser la valeur de ce paiement à DSF.

DROIT DE TRANSFORMATION

Si la garantie vie de l'adhérent âgé de 65 ans ou moins prend fin, l'adhérent a le droit de transformer son montant d'assurance s'il est d'au moins 10 000 \$, et le montant d'assurance de son conjoint ou de ses personnes à charge s'il est d'au moins 5 000 \$, en une police individuelle, sans preuves d'assurabilité, jusqu'à concurrence du moindre des montants suivants :

- 1) le montant d'assurance qui est perdu par suite de la cessation;
- 2) le montant maximal applicable dans la province de résidence de l'adhérent; ou
- 3) la différence entre le montant d'assurance vie en vigueur à la date de cessation de la couverture et le montant d'assurance auquel l'adhérent est admissible en vertu d'un autre régime d'assurance vie collective au moment où il peut se prévaloir du droit de transformation.

L'adhérent doit soumettre une proposition d'assurance individuelle à DSF dans les 31 jours suivant la date de cessation de sa couverture en vertu de cette garantie.

Le montant d'assurance vie que l'adhérent a le droit de transformer sera diminué de tout montant d'assurance vie individuelle qui a déjà été converti en vertu de la présente disposition et qui est encore en vigueur. Le montant d'assurance vie que l'adhérent a le droit de transformer sera aussi diminué de tout montant d'assurance converti en vertu d'une autre police d'assurance collective établie par DSF.

La police individuelle ne prend pas effet avant la fin de la période de 31 jours qui suit immédiatement la date de cessation de la couverture de l'adhérent en vertu de cette garantie.

Si l'adhérent décède dans les 31 jours suivant la cessation de sa couverture en vertu de cette garantie, le montant payable est celui qu'il avait le droit de transformer.

GARANTIE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

SOMMAIRE DE LA GARANTIE

Dès réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par DSF attestant :

- 1) qu'une personne couverte a subi l'une des pertes indiquées ci-dessous dans les 365 jours suivant un accident;
- 2) que cette perte était le résultat direct de l'accident indépendamment de toute autre cause; et
- 3) que cet accident et la perte sont survenus alors que la personne était couverte en vertu de cette garantie;

DSF paie le montant applicable à toute perte conformément au Tableau des pertes et aux autres dispositions de la police.

GARANTIE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DE BASE

Adhérent
Montant de l'assurance
Même montant pour lequel l'adhérent est couvert en garantie vie de base
Réduction
Même réduction que celle prévue à la garantie vie de base

GARANTIE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS FACULTATIVE

Adhérent
Montant de l'assurance
Par tranches de 10 000 \$ Maximum 250 000 \$

Personnes à charge	
Montant de l'assurance	
Conjoint	Chaque enfant
Par tranches de 10 000 \$ Maximum 250 000 \$	Par tranches de 5 000 \$ Maximum 50 000 \$

TABLEAU DES PERTES

Le montant payable est déterminé selon le pourcentage du montant d'assurance indiqué au Sommaire de la garantie.

<u>Perte</u>	<u>Pourcentage</u>
de la vie	100 %
de la vue des deux yeux	100 %
des deux mains ou des deux pieds	100 %
des deux bras ou des deux jambes	100 %
d'une main et de la vue d'un œil	100 %
d'un pied et de la vue d'un œil	100 %
de la parole et de l'ouïe des deux oreilles	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'un bras ou d'une jambe	75 %
d'une main ou d'un pied	67 %
de la vue d'un œil	67 %
de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles	67 %
du pouce et de l'index d'une même main	33 %
d'au moins quatre doigts de la même main	33 %

<u>Perte</u>	<u>Pourcentage</u>
de tous les orteils d'un même pied	25 %
de l'ouïe d'une oreille	25 %

<u>Perte de l'usage</u>	<u>Pourcentage</u>
des deux bras ou des deux mains	100 %
des deux jambes ou des deux pieds	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'un bras ou d'une jambe	75 %
d'une main ou d'un pied	67 %
du pouce et de l'index d'une même main	33 %
hémiplégie, paraplégie, quadriplégie	200 %

DISPARITION

Si la personne couverte disparaît par suite d'un accident ayant entraîné la submersion ou la disparition du moyen de transport à bord duquel elle voyageait et si son corps n'est pas retrouvé dans les 365 jours suivant la date de cet accident, il sera réputé qu'elle a perdu la vie en raison d'un accident, à moins de preuve contraire.

EXPOSITION AUX ÉLÉMENTS DE LA NATURE

Si la personne couverte subit une perte après une exposition inéluctable aux éléments de la nature, cette perte est réputée être le résultat d'un accident.

RÉADAPTATION

(Applicable à la garantie de base seulement)

Si une formation est nécessaire à l'adhérent en raison d'une perte pour laquelle un montant est payable en vertu de cette garantie, DSF rembourse les frais de formation nécessaires et raisonnables réellement engagés, jusqu'à concurrence d'un maximum de 10 000 \$, à condition :

- 1) qu'une telle formation soit rendue nécessaire, à la suite d'une perte subie, pour permettre à l'adhérent d'exercer toute tâche rémunératrice qu'il n'aurait pas exercée n'eût été cette perte; et

- 2) que les frais aient été engagés dans les 2 ans suivant la date de l'accident.

FRAIS D'HÉBERGEMENT ET DE TRANSPORT DE LA FAMILLE (Applicable à la garantie de base seulement)

Si la personne couverte est hospitalisée en raison d'une perte pour laquelle un montant est payable en vertu de cette garantie, DSF rembourse les frais raisonnables d'hôtel et de transport jusqu'à l'hôpital par la voie la plus directe, qui sont engagés par les membres de la famille immédiate, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 1 500 \$ pour l'ensemble de ces frais, à condition que :

- 1) la personne soit admise à l'hôpital comme patient interne alité;
- 2) l'hôpital soit situé à plus de 150 km de son lieu de résidence habituel; et
- 3) la personne reçoive des soins réguliers d'un médecin.

RAPATRIEMENT (Applicable à la garantie de base seulement)

Si la personne couverte décède en raison d'un accident, DSF rembourse les frais usuels et raisonnables engagés pour la préparation du corps de la personne décédée en vue de l'enterrement ou de la crémation et le transport du corps du lieu de l'accident au lieu de résidence de la personne au Canada, jusqu'à concurrence d'un maximum de 10 000 \$, à condition que :

- 1) l'accident soit survenu à au moins 100 km de son lieu de résidence habituel; et
- 2) un montant soit payable pour la perte de la vie en vertu de cette garantie.

TRANSFORMATION D'UN LOGEMENT OU D'UN VÉHICULE (Applicable à la garantie de base seulement)

Si la personne couverte doit utiliser un fauteuil roulant en raison d'une perte pour laquelle un montant est payable en vertu de cette garantie, DSF rembourse les frais initiaux de transformation sur présentation de preuves de paiement :

- 1) du logement de la personne couverte pour lui permettre d'avoir accès à ce logement et d'y circuler avec son fauteuil roulant;
- 2) d'un véhicule motorisé appartenant à la personne couverte afin de lui permettre d'avoir accès à ce véhicule et/ou de le conduire;

Cette prestation est limitée à une transformation pour chacun de ces frais et à un maximum global de 10 000 \$.

De plus, la prestation est versée seulement si :

- 1) les modifications apportées au logement sont effectuées par une ou plusieurs personnes certifiées par un organisme reconnu qui offre du soutien et de l'aide aux utilisateurs de fauteuils roulants; et

- 2) les modifications apportées à un véhicule sont effectuées par une ou plusieurs personnes autorisées par le bureau provincial d'immatriculation des voitures de la province de résidence de la personne couverte.

FRAIS D'ÉTUDES **(Applicable à la garantie de base seulement)**

Si l'adhérent décède en raison d'un accident, DSF verse une prestation de frais d'études pour chaque enfant qui est couvert en vertu de la police à la date de l'accident et à la date à laquelle l'adhérent décède, à condition que :

- 1) à la date de l'accident, l'enfant :
 - a) soit inscrit à titre d'étudiant à temps plein dans tout établissement d'enseignement supérieur de niveau postsecondaire; ou
 - b) suive des cours au niveau secondaire et qu'il se soit inscrit par la suite comme étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement supérieur au cours des 365 jours qui ont suivi la date du décès de cet adhérent; et
- 2) un montant soit payable pour la perte de la vie en vertu de cette garantie.

La prestation de frais d'études inclut tous les frais raisonnables et nécessaires de scolarité et autres frais connexes, jusqu'à concurrence de :

- 1) 2 % du montant pour lequel l'adhérent était couvert en vertu de cette garantie à la date de son décès; et
- 2) un maximum global de 5 000 \$ pour chaque année et un maximum de 4 années;

à condition que l'enfant poursuive des études, à temps plein, dans un établissement d'enseignement supérieur sans interruption plus longue que les vacances scolaires normales.

FORMATION DU CONJOINT **(Applicable à la garantie de base seulement)**

Si le conjoint est couvert en vertu de la police à la date à laquelle l'adhérent décède des suites d'un accident, DSF couvre tous les frais raisonnables et nécessaires que le conjoint a réellement engagés pour participer à un programme de formation professionnelle officiel, jusqu'à concurrence de 10 000 \$, à condition que :

- 1) le conjoint ait besoin de cette formation pour acquérir les aptitudes particulières qui lui permettront d'exercer un emploi actif, pour lequel il n'aurait autrement pas été assez qualifié;
- 2) ces frais soient engagés dans les 2 ans qui suivent la date de l'accident; et
- 3) un montant soit payable pour la perte de la vie en vertu de cette garantie.

LIMITATIONS ET EXCLUSIONS

Limitations

Pour les pertes multiples relatives à un même membre, subies dans un même accident, le montant payable est limité à celui relatif à la perte dont le pourcentage indiqué dans le tableau des pertes est le plus élevé. Pour l'ensemble des pertes subies dans le même accident, les montants payables ne peuvent dépasser :

- 1) 200 % du montant de l'assurance en cas d'hémiplégie, de paraplégie ou de quadriplégie; ou
- 2) 100 % du montant de l'assurance dans tous les autres cas.

Exclusions

Une perte ne donne lieu à aucun paiement si elle découle directement ou indirectement, uniquement ou en partie, de ce qui suit :

- 1) suicide ou dommages corporels que la personne couverte s'inflige intentionnellement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
- 2) maladie ne résultant pas d'un accident et qui se manifeste lors d'un accident;
- 3) traitement médical ou dentaire, intervention chirurgicale ou anesthésie;
- 4) guerre, déclarée ou non, service actif dans les forces armées d'un pays, ou participation à une émeute, une insurrection ou une agitation populaire;
- 5) voyage ou vol dans un aéronef sauf si la personne couverte voyage à titre de passager seulement, et non à titre de pilote ou de membre de l'équipage, dans tout aéronef qui :
 - a) a un permis de vol reconnu ou accordé en vertu des autorités compétentes au Canada ou en vertu des lois du pays où il a été enregistré, et que toutes les conditions applicables à ce permis aient été respectées; et
 - b) est utilisé uniquement aux fins de transport et non pour la formation ou l'entraînement, à titre d'essai ou expérimental;
- 6) infraction ou tentative d'infraction criminelle, incluant la conduite avec facultés affaiblies, tel que prévu au Code criminel du Canada.

En vertu des dispositions relatives à la RÉADAPTATION, aux FRAIS D'ÉTUDES et à la FORMATION DU CONJOINT, aucun remboursement ne sera effectué à l'égard des frais d'hébergement ou autres frais normaux de subsistance, de voyage ou d'habillement.

GARANTIE MALADIES GRAVES

SOMMAIRE DE LA GARANTIE

Sur réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par DSF attestant des conditions suivantes, DSF paie le montant d'assurance applicable à toute maladie admissible, conformément aux dispositions de la police :

- 1) un spécialiste a diagnostiqué chez une personne couverte une des maladies admissibles;
- 2) la personne est couverte par cette garantie lorsque le diagnostic de la maladie dont elle est atteinte est confirmé pour la première fois; et
- 3) la personne couverte a survécu après le diagnostic et les conditions décrites dans la définition de période de survie de cette garantie ont été respectées.

De plus, pour être admissible, une chirurgie énumérée dans la disposition maladies admissibles doit être :

- 1) médicalement nécessaire;
- 2) subie sur recommandation écrite d'un spécialiste; et
- 3) pratiquée par un médecin au Canada.

GARANTIE MALADIES GRAVES FACULTATIVE

Adhérent	
Type de plan	Montant de l'assurance
Enrichi	Par tranches de 5 000 \$ Maximum 200 000 \$

Personnes à charge		
Montant de l'assurance		
Type de plan	Conjoint	Chaque enfant
Enrichi	Par tranches de 5 000 \$ Maximum 200 000 \$	Non couvert

MALADIES ADMISSIBLES

MALADIES GRAVES – PLAN ENRICH I

Les maladies admissibles suivantes s'appliquent à toutes les personnes couvertes.

Accident vasculaire cérébral

Diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose, une hémorragie intracrânienne ou une embolie de source extra crânienne, avec :

- 1) l'apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques; et
- 2) de nouveaux déficits neurologiques objectifs constatés au cours d'un examen clinique et persistant pendant plus de 30 jours suivant la date du diagnostic.

Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostiques.

Exclusions : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas suivants :

- 1) attaques ischémiques cérébrales transitoires;
- 2) accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme;
- 3) infarctus lacunaire, qui ne correspond pas à la définition d'accident vasculaire cérébral ci-dessus.

Anémie aplasique

Diagnostic formel, confirmé par biopsie, d'une défaillance chronique et persistante de la moelle osseuse qui entraîne l'anémie, la neutropénie et la thrombocytopénie et qui nécessite la transfusion d'un produit sanguin, et un traitement comprenant au moins un des éléments suivants :

- 1) stimulation de la moelle osseuse;
- 2) immunosuppresseurs; ou
- 3) greffe de la moelle osseuse.

Brûlures sévères

Diagnostic formel de brûlures au troisième degré sur au moins 20 % de la surface du corps.

Cancer (mettant la vie en danger)

Diagnostic formel d'une tumeur caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus.

Exclusions : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas suivants de cancers qui ne mettent pas la vie en danger :

- 1) carcinome in situ;
- 2) mélanome malin au stade 1A (mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V);
- 3) tout cancer de la peau, autre qu'un mélanome, en l'absence de métastases;
- 4) cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b).

Période d'exclusion : Aucune prestation n'est payable pour cette condition si, dans les 90 jours suivant la dernière des dates suivantes :

- 1) la date de prise d'effet de la couverture;
- 2) la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de la couverture en vertu de cette garantie;

la personne couverte a :

- 1) présenté des signes ou symptômes ou subi des examens approfondis menant à un diagnostic de cancer, admissible ou non en vertu de cette garantie, peu importe la date du diagnostic;
- 2) fait l'objet d'un diagnostic de cancer, couvert ou non en vertu de cette garantie.

L'information médicale doit être transmise à DSF dans les 6 mois suivant la date du diagnostic à défaut de quoi, DSF peut refuser toute demande de prestations pour un cancer ou pour toute maladie grave ou maladie spécifique causée par un cancer ou par son traitement.

Cardiomyopathie dilatée

Diagnostic formel d'un affaiblissement de la fonction ventriculaire entraînant une déficience physique significative de classe III ou plus selon la « New York Heart Association Classification » (NYHA) des déficiences cardiaques. Le diagnostic doit être confirmé par de nouvelles anomalies cardiaques démontrées par échocardiographie avec une faible fraction d'éjection (moins de 40 %) pendant au moins 3 mois.

La classe III de déficience cardiomyopathique de la NYHA signifie que le patient est confortable au repos et présente des symptômes dans les activités exigeant de moins grands efforts que les activités normales et quotidiennes, malgré la consommation de médicaments et les ajustements diététiques, avec des preuves d'anormalité de fonctions ventriculaires mise en évidence par un examen physique et des analyses de laboratoire.

Exclusion : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas de causes ischémiques et toxiques (incluant l'alcool et les médicaments prescrits ou non) de la cardiomyopathie dilatée.

Cécité

Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la vision des 2 yeux mise en évidence par :

- 1) une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins dans les 2 yeux; ou
- 2) un champ visuel de moins de 20 degrés dans les 2 yeux.

Chirurgie coronarienne

Chirurgie du cœur visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'au moins une artère coronaire par pontage aortocoronarien.

Exclusion : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas d'interventions non chirurgicales ou par cathéters, telles que l'angioplastie percutanée et l'utilisation du laser aux fins de désobstruction.

Chirurgie de l'aorte

Intervention chirurgicale pour remédier à une anomalie de l'aorte qui nécessite une excision et le remplacement chirurgical de l'aorte au moyen d'un greffon. On entend par « aorte », l'aorte thoracique et abdominale, mais non ses ramifications.

Coma

Diagnostic formel d'un état d'inconscience avec absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pour une période continue d'au moins 96 heures, période durant laquelle l'échelle de coma de Glasgow doit indiquer 4 ou moins.

Exclusions : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas suivants :

- 1) un coma médicalement provoqué;
- 2) un coma résultant directement de l'usage d'alcool ou de drogue;
- 3) un diagnostic de mort cérébrale.

Crise cardiaque (infarctus du myocarde)

Diagnostic formel de la nécrose d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de la circulation sanguine mise en évidence par l'élévation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques à des niveaux attestant le diagnostic d'un infarctus, et présentant au moins un des éléments suivants :

- 1) symptômes de crise cardiaque;
- 2) nouvelles modifications électrocardiographiques (ECG) qui indiquent un infarctus du myocarde; ou
- 3) apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, sans s'y limiter, une angiographie et une angioplastie coronariennes.

Exclusions : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas suivants :

- 1) élévation des marqueurs biochimiques cardiaques résultant d'une intervention cardiaque intra artérielle incluant, sans s'y limiter, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne et en l'absence d'une onde Q; ou
- 2) découverte fortuite de changements à l'ECG suggérant un ancien infarctus du myocarde ne correspondant pas à la définition de crise cardiaque (infarctus du myocarde) ci-dessus.

Dystrophie musculaire

Diagnostic formel d'un ensemble d'affections héréditaires des muscles pour lesquelles une dégénérescence lente et progressive se produit, résultant en une faiblesse croissante et menant à l'invalidité. Le diagnostic doit être confirmé par une analyse d'ADN, une électromyographie et une biopsie des muscles.

Hépatite virale fulminante

Diagnostic formel de nécrose submassive à massive du foie causée par un virus qui entraîne précipitamment une insuffisance hépatocellulaire, sous réserve de toutes les conditions suivantes :

- 1) diminution rapide du volume du foie confirmé par une échographie abdominale;
- 2) nécrose impliquant entièrement les lobules, ne laissant qu'une trame réticulaire, confirmée par histologie, si applicable;
- 3) détérioration rapide des fonctions hépatiques; et
- 4) amplification de l'ictère.

Exclusions : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas suivants :

- 1) une hépatite chronique;
- 2) une insuffisance hépatocellulaire causée par l'alcool, les toxines et/ou les drogues.

**Hypertension artérielle pulmonaire primitive
(hypertension artérielle pulmonaire idiopathique et hypertension artérielle pulmonaire familiale)**

Diagnostic formel d'hypertension artérielle pulmonaire primitive avec un élargissement substantiel du ventricule droit confirmé par des analyses (incluant un cathétérisme cardiaque), entraînant une déficience physique irréversible et permanente de classe IV ou plus selon la « New York Heart Association Classification » (NYHA) des déficiences cardiaques.

La classification NYHA des déficiences cardiaques stipule que la classe IV rend impossible l'accomplissement d'une activité physique sans inconfort et que les symptômes pourraient être présents même au repos.

Exclusion : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans tous les cas d'autres types d'hypertension artérielle pulmonaire.

Infection au VIH dans le cadre de l'occupation

Diagnostic formel d'infection par le virus d'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle durant l'exercice des fonctions normales de l'occupation de la personne couverte, et qui a exposé celui-ci à des fluides corporels contaminés par le VIH, sous réserve de toutes les conditions suivantes :

- 1) la blessure accidentelle doit être déclarée à DSF dans les 14 jours suivant l'accident;
- 2) un test de sérologie VIH doit être effectué dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle et le résultat doit être négatif;
- 3) un test de sérologie VIH doit être effectué entre les 90^e et 180^e jours suivant la blessure accidentelle et le résultat doit être positif;
- 4) tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire reconnu au Canada ou aux États-Unis; et
- 5) la blessure accidentelle doit être rapportée, enquêtée et documentée selon les normes de santé et de sécurité au travail au Canada ou aux États-Unis.

La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir lieu après la plus tardive de la date de prise d'effet de la couverture ou la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de la couverture.

Exclusion : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas suivants :

- 1) la personne couverte a refusé de recevoir tout vaccin, approuvé et disponible, offrant une protection contre le VIH;
- 2) un traitement approuvé et curatif pour l'infection au VIH était devenu disponible avant la blessure accidentelle; ou
- 3) l'infection au VIH a eu lieu à la suite d'une blessure non accidentelle (incluant mais sans s'y limiter, la transmission sexuelle ou l'usage de drogue intraveineuse).

Insuffisance hépatique à un stade avancé

Diagnostic formel d'insuffisance hépatique due à une cirrhose et entraînant l'ensemble des troubles suivants :

- 1) ictère permanent;
- 2) ascite; et
- 3) encéphalopathie.

Exclusion : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas d'insuffisance hépatique entraînée par l'usage d'alcool ou de drogues.

Insuffisance rénale

Diagnostic formel du stade terminal d'une insuffisance chronique et irréversible des 2 reins qui nécessite des traitements réguliers par hémodialyse ou par dialyse péritonéale, ou une greffe rénale.

Maladie d'Alzheimer

Diagnostic formel d'une affection dégénérative progressive du cerveau. La personne couverte doit présenter des signes de détérioration intellectuelle affectant la mémoire et le jugement et entraînant une réduction marquée du fonctionnement mental et social. Cette réduction doit nécessiter une surveillance journalière d'au moins 8 heures.

Exclusion : Aucune prestation n'est payable pour cette condition pour tout autre désordre organique du cerveau de type démentiel ainsi que pour les maladies psychiatriques.

Maladie de Parkinson

Diagnostic formel de la maladie de Parkinson idiopathique primaire par un neurologue dûment qualifié. Le diagnostic est fondé sur au moins 2 des caractéristiques suivantes :

- 1) rigidité musculaire;
- 2) tremblements;
- 3) bradykinésie.

Exclusion : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans tous les autres types de parkinsonisme.

Maladie du neurone moteur

Diagnostic définitif d'une des maladies suivantes :

- 1) sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig); ou
- 2) sclérose latérale primaire;
- 3) amyotrophie spinale progressive;
- 4) paralysie bulbaire progressive; ou
- 5) paralysie pseudobulbaire.

Méningite bactérienne

Diagnostic formel de méningite, confirmé par un liquide céphalorachidien démontrant une croissance de bactéries pathogènes en culture, qui entraîne un déficit neurologique documenté pendant au moins 90 jours suivant la date du diagnostic.

Exclusion : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans le cas d'une méningite virale.

Paralysie

Diagnostic formel de la perte complète des fonctions musculaires de 2 membres ou plus résultant d'un traumatisme ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, durant une période d'au moins 90 jours suivant l'événement déclencheur.

Perte d'autonomie

Diagnostic formel d'une

- 1) incapacité totale d'effectuer par soi-même au moins 2 des 6 activités de la vie quotidienne suivantes; ou
- 2) déficience cognitive, telle que définie ci-après;

pour une période continue de plus de 90 jours sans espoir raisonnable de rétablissement.

Les activités de la vie quotidienne sont :

- 1) prendre son bain – capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires;
- 2) se vêtir – capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris orthèses, membres artificiels ou autres accessoires chirurgicaux;
- 3) faire sa toilette – capacité d'aller aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle;
- 4) être continent – capacité de gérer les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à conserver un niveau d'hygiène personnelle raisonnable;
- 5) se mouvoir – capacité de se mettre au lit ou d'en sortir, de s'asseoir ou de se relever d'un siège ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'équipement d'appoint;
- 6) se nourrir – capacité de consommer de la nourriture ou des breuvages qui ont été préparés et servis, avec ou sans l'aide d'ustensiles adaptés.

La déficience cognitive désigne la détérioration mentale et la perte de l'aptitude intellectuelle, se manifestant par une détérioration de la mémoire, de l'orientation et de la faculté de raisonner, qui sont mesurables et résultent d'une cause organique objective diagnostiquée par un spécialiste. Le degré de déficience cognitive doit être suffisamment grave pour nécessiter une surveillance journalière d'au moins 8 heures.

L'établissement de la déficience cognitive est fondé sur des données cliniques et des évaluations normalisées et valides des déficiences.

Exclusion : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans tout cas de trouble mental ou nerveux non imputable à une cause organique.

Perte de la parole

Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de l'usage de la parole résultant d'une blessure ou d'une maladie physique, pour une période d'au moins 180 jours.

Exclusion : Aucune prestation n'est payable dans tout cas étant relié à une cause psychiatrique.

Perte de membres

Diagnostic formel du sectionnement complet de 2 ou plusieurs membres au niveau ou au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville résultant d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire.

Remplacement des valves du cœur

Intervention chirurgicale pour remplacer toute valve du cœur par une valve naturelle ou mécanique.

Exclusion : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas de réparation d'une valve cardiaque.

Sclérose en plaques

Diagnostic formel d'au moins une des conditions suivantes :

- 1) au moins 2 épisodes distincts, confirmés par une imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux démontrant des lésions multiples de démyélinisation;
- 2) des anomalies neurologiques bien définies persistant pour une période d'au moins 6 mois, confirmées par une IRM du système nerveux démontrant des lésions multiples de démyélinisation; ou
- 3) un seul épisode, confirmé par plusieurs IRM du système nerveux démontrant des lésions multiples de démyélinisation s'étant développées à des intervalles d'au moins un mois.

Sclérose généralisée évolutive

Diagnostic formel de sclérodermie généralisée évolutive avec atteinte systémique du cœur, des poumons ou des reins. Le diagnostic doit être confirmé catégoriquement par une biopsie et des signes sérologiques.

Exclusions : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas suivants :

- 1) sclérodermie localisée (sclérodermie ou morphée linéaire);
- 2) fasciite éosinophilique; ou
- 3) syndrome de CREST.

Surdité

Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de l'ou ie des 2 oreilles avec un seuil d'audition de 90 décibels ou plus à l'intérieur d'un seuil d'intensité vocale de 500 à 3 000 hertz.

Transplantation d'un organe vital

Transplantation médicalement nécessaire à la suite du diagnostic formel d'insuffisance irréversible du cœur, des 2 poumons, du foie, des 2 reins ou de la moelle osseuse. Pour être admissible en vertu de cette disposition, la personne couverte doit subir une chirurgie pour recevoir par transplantation un cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse, en se limitant à ces organes ou tissus.

Transplantation d'un organe vital sur liste d'attente

Diagnostic formel d'insuffisance irréversible du cœur, des 2 poumons, du foie, des 2 reins ou de la moelle osseuse pour laquelle une transplantation est médicalement nécessaire. La personne couverte doit être inscrite comme receveur dans un programme de transplantation reconnu au Canada ou aux  tats-Unis qui offre la forme de transplantation requise. Aux fins de la période de survie, la date du diagnostic est réputée être la date d'inscription de la personne couverte à un tel programme de transplantation.

Tumeur cérébrale bénigne

Diagnostic formel d'une tumeur non maligne située dans la voûte du c r ne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs c raniens ou à l'hypophyse. La tumeur doit nécessiter un traitement chirurgical ou par radiation, ou provoquer des déficits neurologiques document s et irréversibles.

Exclusion : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas de microad nomes pituitaires de moins de 10 mm.

Période d'exclusion : Aucune prestation n'est payable si, dans les 90 jours suivant la dernière des dates suivantes :

- 1) la date de prise d'effet de la couverture;
- 2) la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de la couverture en vertu de cette garantie;

la personne couverte a

- 1) présenté des signes, symptômes ou subi des examens approfondis menant à un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couvert ou exclu en vertu de cette garantie), sans égard à la date du diagnostic;
- 2) fait l'objet d'un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couvert ou exclu en vertu de cette garantie).

L'information qui précède doit être transmise à DSF dans les 6 mois suivant la date du diagnostic à défaut de quoi, DSF peut refuser toute demande de prestations pour une tumeur cérébrale bénigne ou pour toute maladie grave ou maladie spécifique, causées par une tumeur cérébrale bénigne ou par son traitement.

MALADIES SPÉCIFIQUES

Une personne couverte ne peut présenter une demande que pour une seule des maladies spécifiques suivantes pendant toute la durée du contrat.

Si la personne couverte reçoit le diagnostic d'une maladie spécifique admissible, DSF versera une prestation équivalant à 10 % du montant de l'assurance indiqué au sommaire de la garantie, jusqu'à concurrence d'un maximum de 25 000 \$. Cette prestation est versée en supplément du montant de l'assurance pour une maladie grave.

Angioplastie coronarienne

Intervention visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'une artère coronaire qui fournit le sang au cœur afin de permettre la circulation ininterrompue du sang.

Carcinome canalaire in situ (cancer du sein)

Diagnostic d'un cancer du sein non invasif prenant naissance dans les canaux galactophores. Le diagnostic doit être confirmé au moyen d'une biopsie.

Cancer de la prostate au stade a (T1a ou T1b)

Diagnostic d'une tumeur maligne, cliniquement non apparente, à la prostate, qui n'est ni palpable ni visible par imagerie. Le diagnostic doit être confirmé au moyen d'un examen pathologique du tissu prostatique.

Mélanome malin au stade 1a

Diagnostic d'un mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V. Le diagnostic doit être confirmé au moyen d'une biopsie.

Aucune prestation n'est payable pour les conditions mentionnées ci-dessus autres que l'angioplastie coronarienne si, dans les 90 jours suivant la dernière des dates suivantes :

- 1) la date de prise d'effet de la couverture;
- 2) la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de la couverture en vertu de cette garantie;

la personne couverte a

- 1) présenté des signes ou symptômes ou subi des examens approfondis menant à un diagnostic de cancer, admissible ou non en vertu de cette garantie, sans égard à la date du diagnostic;
- 2) fait l'objet d'un diagnostic de cancer, admissible ou non en vertu de cette garantie.

L'information médicale qui précède doit être transmise à DSF dans les 6 mois suivant la date du diagnostic à défaut de quoi, DSF peut refuser toute demande de prestations pour un cancer ou pour toute maladie grave ou maladie spécifique causée par un cancer ou par son traitement.

Si la personne couverte a préalablement reçu le diagnostic d'une maladie grave pour laquelle une prestation a été versée en vertu de cette garantie, la demande de prestations ne peut être faite qu'en vertu de l'article OCCURRENCES MULTIPLES.

RÉCURRENCE DE CANCER

DSF versera le montant de l'assurance indiqué au sommaire de la garantie pour la personne couverte qui reçoit un diagnostic de cancer (mettant la vie en danger) après avoir reçu un autre diagnostic de cancer si :

- 1) plus de 60 mois se sont écoulés depuis le diagnostic de cancer précédent; et
- 2) aucun traitement relié directement ou indirectement au cancer n'a été reçu durant cette période de 60 mois (les traitements n'incluent pas les médicaments préventifs et les visites de suivi chez le médecin).

La couverture doit être en vigueur lorsque le diagnostic subséquent est établi.

OCCURRENCES MULTIPLES

- 1) Si la personne couverte a reçu une prestation pour maladie grave et reçoit par la suite un diagnostic pour une maladie admissible, DSF versera le montant de l'assurance indiqué au sommaire de la garantie si le diagnostic est établi au moins 90 jours après le paiement de la demande la plus récente.
- 2) Si la personne couverte a reçu une prestation pour maladie spécifique et reçoit par la suite un diagnostic pour une maladie grave, DSF versera :
 - a) le montant de l'assurance indiqué au sommaire de la garantie, si la maladie grave est diagnostiquée au moins 90 jours après le paiement de la demande la plus récente; ou
 - b) le montant de l'assurance indiqué au sommaire de la garantie moins le montant versé pour la maladie spécifique, si la maladie grave est diagnostiquée moins de 90 jours après la date de paiement de la demande la plus récente.

Le paiement de toute prestation en vertu de cette section est sujet aux restrictions indiquées dans l'article EXCLUSIONS POUR RÉADMISSION ci-dessous.

EXCLUSIONS POUR RÉADMISSION

PLAN ENRICHİ

Si la personne couverte reçoit une prestation pour une maladie grave ou une maladie spécifique, la couverture est automatiquement maintenue à condition que le paiement de la prime soit maintenu. La personne couverte peut faire une demande subséquente de prestations pour une autre maladie grave admissible, sous réserve des restrictions suivantes.

Si elle fait une demande de prestation pour :	la personne couverte ne peut plus faire de demande de prestation pour :
Accident vasculaire cérébral	accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, maladie d'Alzheimer, perte d'autonomie, remplacement des valves du cœur, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.

Si elle fait une demande de prestation pour :	la personne couverte ne peut plus faire de demande de prestation pour :
Anémie aplasique	anémie aplasique, cancer (mettant la vie en danger), cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), carcinome canalaire <i>in situ</i> du sein, mélanome malin au stade 1A ou perte d'autonomie.
Brûlures sévères	brûlures sévères, paralysie ou perte d'autonomie.
Cancer (mettant la vie en danger)	anémie aplasique, cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), carcinome canalaire <i>in situ</i> du sein, insuffisance hépatique à un stade avancé, mélanome malin au stade 1A ou perte d'autonomie, ou pour cancer (mettant la vie en danger) sauf si toutes les conditions stipulées à l'article RÉCURRENCE DE CANCER sont respectées.
Cardiomyopathie dilatée	accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, cardiomyopathie dilatée, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, maladie d'Alzheimer, remplacement des valves du cœur, perte d'autonomie, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
Cécité	cécité ou perte d'autonomie.

Si elle fait une demande de prestation pour :	la personne couverte ne peut plus faire de demande de prestation pour :
Chirurgie coronarienne	accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, insuffisance rénale, insuffisance hépatique à un stade avancé, maladie d'Alzheimer, perte d'autonomie, remplacement des valves du cœur, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
Chirurgie de l'aorte	accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, maladie d'Alzheimer, perte d'autonomie, remplacement des valves du cœur, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
Coma	accident vasculaire cérébral, cécité, coma, paralysie, perte d'autonomie, perte de la parole ou surdité.
Crise cardiaque (infarctus du myocarde)	accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, maladie d'Alzheimer, perte d'autonomie, remplacement des valves du cœur, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.

Si elle fait une demande de prestation pour :	la personne couverte ne peut plus faire de demande de prestation pour :
Dystrophie musculaire	accident vasculaire cérébral, cardiomyopathie dilatée, cécité, coma, crise cardiaque, dystrophie musculaire, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, paralysie, perte d'autonomie, perte de la parole, remplacement des valves du cœur, surdité, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
Hépatite virale fulminante	cancer (mettant la vie en danger), cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), carcinome canalaire <i>in situ</i> du sein, hépatite virale fulminante, insuffisance hépatique à un stade avancé, mélanome malin au stade 1A, perte d'autonomie, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
Hypertension artérielle pulmonaire primitive (hypertension artérielle pulmonaire idiopathique et hypertension artérielle pulmonaire familiale)	accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, cardiomyopathie dilatée, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, hypertension artérielle pulmonaire primitive, insuffisance rénale, perte d'autonomie, remplacement des valves du cœur, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.

Si elle fait une demande de prestation pour :	la personne couverte ne peut plus faire de demande de prestation pour :
Infection au VIH dans le cadre de l'occupation	accident vasculaire cérébral, cancer (mettant la vie en danger), cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), carcinome canalaire <i>in situ</i> du sein, cécité, coma, infection au VIH dans le cadre de l'occupation, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, mélanome malin au stade 1A, paralysie, perte d'autonomie, perte de la parole ou surdité.
Insuffisance hépatique à un stade avancé	accident vasculaire cérébral, crise cardiaque, coma, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, perte d'autonomie, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
Insuffisance rénale	accident vasculaire cérébral, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, perte d'autonomie, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
Maladie d'Alzheimer	maladie d'Alzheimer ou perte d'autonomie.
Maladie de Parkinson	coma, maladie de Parkinson, paralysie, perte d'autonomie ou perte de la parole.
Maladie du neurone moteur	accident vasculaire cérébral, cécité, coma, crise cardiaque, maladie du neurone moteur, paralysie, perte d'autonomie, perte de la parole ou surdité.
Méningite bactérienne	accident vasculaire cérébral, cécité, coma, méningite bactérienne, paralysie, perte d'autonomie, perte de la parole ou surdité.

Si elle fait une demande de prestation pour :	la personne couverte ne peut plus faire de demande de prestation pour :
Paralysie	coma, paralysie, perte d'autonomie ou perte de la parole.
Perte d'autonomie	une autre demande de prestation; la couverture en vertu de cette garantie prend fin avec la première demande.
Perte de la parole	perte d'autonomie ou perte de la parole.
Perte de membres	perte d'autonomie ou perte de membres.
Remplacement des valves du cœur	accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, maladie d'Alzheimer, perte d'autonomie, remplacement des valves du cœur, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
Sclérose en plaques	accident vasculaire cérébral, cécité, coma, insuffisance rénale, paralysie, perte d'autonomie, perte de la parole, sclérose en plaques ou surdité.

Si elle fait une demande de prestation pour :	la personne couverte ne peut plus faire de demande de prestation pour :
Sclérose généralisée évolutive	accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, cancer (mettant la vie en danger), cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), carcinome canalaire <i>in situ</i> du sein, cécité, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, mélanome malin au stade 1A, paralysie, perte d'autonomie, sclérose en plaques, sclérose généralisée évolutive, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
Surdité	perte d'autonomie ou surdité.
Transplantation d'un organe vital	accident vasculaire cérébral, anémie aplasique, cancer (mettant la vie en danger), cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), carcinome canalaire <i>in situ</i> du sein, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, mélanome malin au stade 1A, perte d'autonomie, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
Transplantation d'un organe vital sur liste d'attente	accident vasculaire cérébral, anémie aplasique, cancer (mettant la vie en danger), cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), carcinome canalaire <i>in situ</i> du sein, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, mélanome malin au stade 1A, perte d'autonomie, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.

Si elle fait une demande de prestation pour :	la personne couverte ne peut plus faire de demande de prestation pour :
Tumeur cérébrale bénigne	accident vasculaire cérébral, cécité, coma, méningite bactérienne, paralysie, perte d'autonomie, perte de la parole, surdité ou tumeur cérébrale bénigne.

EXCLUSIONS

Condition préexistante
<p>Aucune prestation n'est payable pour toute maladie grave ou maladie spécifique résultant directement ou indirectement d'une condition ou un ou plusieurs symptômes pour lesquels :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) des frais médicaux ont été engagés, des soins médicaux ont été reçus, des médicaments d'ordonnance ont été prescrits et/ou pris ou un médecin ou un professionnel de la santé a été consulté; ou 2) une personne normalement prudente chercherait à obtenir un diagnostic, des soins ou un traitement, <p>dans les 24 mois précédant la date de prise d'effet de la couverture ou la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de la couverture de la personne couverte.</p> <p>Cette exclusion ne s'applique qu'aux montants d'assurance équivalents ou inférieurs au montant maximum sans preuves d'assurabilité indiqué au sommaire de la garantie. Toutefois, si la personne est couverte depuis une période continue de plus de 24 mois, ou a fourni une preuve d'assurabilité satisfaisante pour DSF pour un montant supérieur au maximum sans preuves d'assurabilité indiqué au sommaire de la garantie, cette exclusion ne s'applique pas.</p> <p>Si la personne était couverte en vertu d'une garantie similaire prévue au contrat antérieur offert par l'employeur au cours de toute période de temps précédant immédiatement la date de prise d'effet de la présente garantie, cette période sera reconnue aux fins de la présente exclusion.</p>

Toutes les autres exclusions

Aucune prestation n'est payable pour une maladie grave ou maladie spécifique résultant directement ou indirectement de ce qui suit :

- 1) dommages corporels que la personne couverte s'inflige intentionnellement, exposition volontaire à une maladie ou tentative de suicide, qu'elle soit saine d'esprit ou non ;
- 2) guerre, déclarée ou non, service actif dans les forces armées d'un pays, ou participation à une émeute, une insurrection ou une agitation populaire;
- 3) infraction ou une tentative d'infraction criminelle, incluant la conduite avec facultés affaiblies, tel que prévu au Code criminel du Canada;
- 4) abus d'alcool;
- 5) usage de tout médicament, de tout narcotique, de toute substance intoxicante ou de toute autre substance nocive, sauf s'ils sont utilisés tel que prescrit ou recommandé par un médecin;
- 6) cancer qui se manifeste avant la date de prise d'effet de la couverture, si ce cancer récidive ou se métastase après cette date, sauf si toutes les conditions stipulées dans l'article RÉCURRENCE DE CANCER sont respectées.

LIMITATIONS GÉOGRAPHIQUES

Si une maladie admissible est diagnostiquée à l'extérieur du Canada la demande de prestations de la personne couverte peut être prise en considération à son retour au Canada, à condition que le diagnostic soit alors confirmé par un spécialiste du domaine approprié et autorisé à exercer au Canada.

DROIT DE TRANSFORMATION

Si la couverture d'une personne cesse en raison de :

- 1) la fin d'emploi de l'adhérent;
- 2) la fin de l'admissibilité à la couverture en vertu de la police;
- 3) la fin de la période d'invalidité totale à l'issue de laquelle l'adhérent n'est pas retourné au travail pour l'employeur;

et que la personne est âgée de 65 ans ou moins, cette personne a le droit de transformer tout montant d'assurance en une police individuelle, sans preuves d'assurabilité. Le montant maximum qui peut être transformé est d'un minimum de 5 000 \$, et d'un maximum limité au plus petit des montants suivants :

- 1) le montant d'assurance qui est perdu par suite de la cessation;
- 2) un montant global de 200 000 \$.

La personne doit soumettre une proposition d'assurance individuelle à DSF dans les 31 jours suivant la date de cessation de sa couverture en vertu de cette garantie. La police individuelle ne prend pas effet avant la fin de la période de 31 jours qui suit immédiatement la date de cessation de la couverture de la personne en vertu de cette garantie.

Si la personne reçoit le diagnostic d'une maladie admissible dans les 31 jours suivant la cessation de sa couverture en vertu de cette garantie, le montant payable est celui qu'elle aurait eu le droit de transformer.

Une personne qui a reçu le plein montant d'assurance pour une maladie grave ne peut pas transformer sa couverture.

Notre engagement envers vous

Nous sommes toujours là pour répondre à vos questions. Vous pouvez compter sur notre équipe chevronnée pour vous fournir un service hors pair et traiter vos demandes avec efficacité. Nous veillons à votre bien-être et vous procurons un soutien financier au moment où vous en avez le plus besoin.

desjardinsassurancevie.com

— Fiers de soutenir la —



**Société
canadienne
du cancer**

cestmavie.cancer.ca

Fier allié de



fondsdesdecouvertes.ca

 **Desjardins**
Assurances
Vie • Santé • Retraite

Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.
200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 6R2 / 1 866 647-5013

^{MC} L'icône du cœur et de la / seule et l'icône du cœur et de la / suivie d'une autre icône ou de mots sont des marques de commerce de la **Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada** utilisées sous licence.