



Votre régime



ASSOCIATION DES
CHIRURGIENS DENTISTES
DU QUÉBEC

Sogedent  Assurances^{inc}

Cabinet de services financiers

Une filiale de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec

Police 14A00
L'ASSOCIATION DES CHIRURGIENS
DENTISTES DU QUÉBEC
1^{er} janvier 2026

Ce document contient des renseignements importants.
Conservez-le pour consultation ultérieure.

SSQ, SOCIÉTÉ D'ASSURANCE-VIE INC.

RÉGIME ASSOCIATIF D'ASSURANCE DE PERSONNES

de

L'ASSOCIATION DES CHIRURGIENS DENTISTES DU QUÉBEC

Le présent document décrit les dispositions contractuelles en vigueur le 1^{er} janvier 2026

Numéro de police : 14A00

Dans ce document, SSQ Assurance (ou SSQ) signifie SSQ, Société d'assurance-vie inc.

AVIS CONCERNANT LA PROTECTION DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Pour SSQ Assurance, protéger vos renseignements personnels est primordial. C'est pourquoi nous vous informons que nous recueillons, utilisons et communiquons vos renseignements personnels avec votre consentement, à moins que la loi nous autorise à le faire autrement, et ce, pour la durée nécessaire aux fins ci-dessous :

- vous identifier
- établir et mettre à jour votre profil, vos besoins et vos objectifs
- évaluer vos demandes et votre admissibilité à nos produits et services
- vous communiquer des conseils liés à votre situation
- administrer vos contrats ainsi que vos produits ou services (ex. : tarification, sélection des risques, souscription, traitement de vos réclamations, etc.)
- se conformer à des exigences légales et réglementaires (ex. : pour prévenir, détecter ou réprimer les infractions, les cybermenaces, la fraude, etc.)
- obtenir votre opinion en lien avec nos produits ou services
- vous proposer des offres et des conseils personnalisés sur nos produits ou nos services (voir votre droit de retrait de consentement) selon vos préférences et conformément aux règles relatives aux communications électroniques et téléphoniques
- mener des études et des recherches incluant la conception et l'application de modèles statistiques dont certains peuvent permettre de créer ou d'inférer de nouvelles informations à votre sujet

De quelles façons SSQ Assurance recueille vos renseignements personnels?

Nous pouvons recueillir vos renseignements personnels par téléphone, en personne, et à l'aide de nos formulaires et de nos interfaces numériques.

À qui SSQ Assurance communique vos renseignements personnels?

Pour les raisons mentionnées plus tôt, et seulement s'ils sont liés à vos produits ou services, nous communiquons vos renseignements personnels à nos sociétés affiliées et à nos réseaux de distribution ainsi qu'à des tiers, dont certains peuvent être situés à l'extérieur du Québec et du Canada.

Ces tiers peuvent inclure :

- d'autres institutions financières, comme des assureurs et des réassureurs
- d'autres organismes ou entités détenant des renseignements sur vous, entre autres, en assurance, en fraude ou en indemnisation
- des intermédiaires
- des agences d'évaluation du crédit
- des ministères et des organismes gouvernementaux ou des autorités réglementaires
- des employeurs
- des fournisseurs de services en lien avec une réclamation, comme des professionnels de la santé et des ateliers de réparation automobile

- d'autres mandataires et fournisseurs de services (services technologiques, services d'impression et d'expédition de documents, etc.)

Notez que dans tous les cas, nous nous assurons qu'ils respectent la protection de vos renseignements personnels.

Quels sont vos droits d'accès et de rectification?

Accéder à vos renseignements personnels ou demander la correction d'un renseignement incomplet ou inexact est possible. Transmettez-nous une demande à l'adresse suivante :

Responsable de la protection des renseignements personnels

625, rue Jacques-Parizeau

Québec (Québec) G1R 2G5

ResponsablePRP@beneva.ca

Pour en savoir plus sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, consultez la version complète de notre Énoncé de confidentialité à l'adresse suivante :

<https://www.beneva.ca/fr/notes-juridique-confidentialite/protection-renseignements-personnels>

Votre consentement à la collecte, à l'utilisation et à la communication de vos renseignements personnels est nécessaire à la fourniture du produit ou service demandé ou offert. Vous avez le droit de retirer votre consentement, mais SSQ Assurance ne pourra toutefois plus continuer à vous offrir ses produits ou services.

VOTRE DOCUMENTATION D'ASSURANCE

Si votre contrat a été modifié après la production du présent livret, il peut y avoir des différences entre le libellé de ce dernier et celui de la police. Le cas échéant, le libellé de la police prévaudra. Vous avez donc le droit de consulter la police à l'adresse du preneur et en obtenir copie.

C'est dans le seul but d'alléger le texte que le genre masculin est utilisé dans le présent document pour désigner autant les femmes que les hommes.

TABLE DES MATIÈRES

CONDITIONS GÉNÉRALES	1
ASSURANCE VIE DE L'ADHÉRENT	8
ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS	16
ASSURANCE INVALIDITÉ - PERTE DE REVENU	23
ASSURANCE INVALIDITÉ - FRAIS DE BUREAU	33
ASSURANCE VIE ET ASSURANCE DÉCÈS OU MUTILATION ACCIDENTELS DU CONJOINT ET DES ENFANTS À CHARGE	44
ASSURANCE MALADIE	54
ANNEXE I	72
ANNEXE II	79
ANNEXE III	87

CONDITIONS GÉNÉRALES

DÉFINITIONS

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.

ACDQ

Association des chirurgiens dentistes du Québec.

ADC

Association dentaire canadienne.

Adhérent

Tout chirurgien dentiste (ou étudiant en médecine dentaire lorsque admissible à la garantie d'assurance) assuré en vertu du présent régime.

Administrateur

Toute corporation désignée par le preneur du régime. (Aux fins de la présente, SOGEDENT ASSURANCES INC. a été désigné par le preneur à titre d'administrateur.)

Assureur

SSQ, Société d'assurance-vie inc.

Chirurgien dentiste

Dentiste diplômé en médecine dentaire, habilité à pratiquer la médecine dentaire au Québec et qui est membre en règle de l'Ordre des dentistes du Québec ou d'un autre organisme de réglementation en dentisterie au Canada ou aux États-Unis.

Chirurgien dentiste rémunéré à la commission ou au pourcentage

Chirurgien dentiste non-propriétaire en tout ou en partie, personnellement ou par l'entremise d'une compagnie, du cabinet dentaire privé au sein duquel il pratique.

Conjoint

Personne admissible qui, au moment de l'événement ouvrant droit à des prestations :

- a) est unie à l'adhérent dans le mariage ou civilement;
- b) vit maritalement 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;
- c) vit maritalement avec l'adhérent et 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, toutefois, un seul sera reconnu par l'assureur pour toutes les garanties d'un même régime. La priorité sera accordée dans l'ordre suivant :

- a) le conjoint admissible qui a été le dernier à être désigné comme tel par un avis écrit de l'adhérent à l'assureur, sous réserve de l'acceptation de toute preuve d'assurabilité exigible en vertu du présent régime;
- b) le conjoint à qui l'adhérent est uni par les liens du mariage.

Contrat

Entente entre SSQ et le preneur à l'égard du contrat dont le numéro identifie le présent document.

Enfant à charge

Personne admissible qui :

- a) a moins de 21 ans et à l'égard de laquelle l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exerce une autorité parentale ou exerçait une autorité parentale jusqu'à ce qu'elle ait atteint l'âge de la majorité;
- b) n'a pas de conjoint, a 25 ans ou moins et fréquente à temps complet, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement et à l'égard de laquelle l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exercerait l'autorité parentale si elle était mineure;
- c) est majeure, sans conjoint et atteinte d'une déficience fonctionnelle visée par le règlement d'application de la Loi sur l'assurance médicaments adopté par le gouvernement du Québec, déficience qui doit être survenue lorsque l'état de la personne correspondait à ce qui est prévu en a) ou en b), dans la présente définition, et étant entendu que pour être considérée comme une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, la personne doit être domiciliée chez une personne qui, en plus d'être assurée à titre d'adhérent ou de conjoint d'un adhérent, exercerait l'autorité parentale sur la personne déficiente si celle-ci était mineure.

Hospitalisation

Admission à l'hôpital pour une durée minimale de 24 heures ou pour une chirurgie dite chirurgie d'un jour.

Jour

Un jour civil, sauf stipulation contraire dans le présent régime.

Maladie

Toute détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un médecin. Aux fins du présent régime, les dons d'organes et leurs complications sont également considérés comme des maladies, de même que les complications de chirurgie esthétique.

Médecin

Une personne légalement licenciée et autorisée à pratiquer la médecine dans la région où les soins médicaux sont donnés.

Membre actif de l'ACDQ

Membre actif de l'ACDQ conformément aux statuts de l'ACDQ.

Personne assurée

L'adhérent et le cas échéant, son conjoint et ses enfants à charge.

Régime antérieur

Le régime d'assurance collective en vigueur avant le 1^{er} janvier 2012.

Résident spécialiste

Chirurgien dentiste dûment inscrit dans un programme de deuxième cycle d'un établissement universitaire ou affilié à un établissement universitaire en vue d'une spécialisation au Canada ou aux États-Unis.

Revenu

Honoraires et salaires provenant de la pratique de la médecine dentaire, salaires gagnés à titre d'enseignant, de chercheur, d'administrateur ou de gestionnaire reliés à sa profession de chirurgien dentiste, et tout autre montant reçu pour services professionnels en dentisterie.

Dans le cas d'un chirurgien dentiste faisant partie d'une société par actions formée conformément au règlement sur l'exercice de la profession de dentiste en société du Code des Professions (L.R.Q., c.C-26, a.93, paragraphes g) et h), et a.94, paragraphe p)), le bénéfice net avant impôt de la société provenant des activités professionnelles est considéré comme revenu aux fins de la présente. Si une société compte plus d'un actionnaire, la portion du bénéfice net annuel provenant des activités professionnelles sera établie en tenant compte du pourcentage d'actions votantes détenues par l'adhérent dans la société, tel que défini dans la convention entre actionnaires.

Les dividendes ne sont pas considérés comme revenu aux fins du présent régime.

Revenu net

Revenu réduit des frais de bureau établis conformément aux déclarations de revenu lors du calcul des revenus d'entreprise ou selon les états financiers comptables, si pour la totalité de la période visée, les déclarations de revenu ne sont pas disponibles.

Dans le cas d'un chirurgien dentiste faisant partie d'une société par actions, le revenu net est égal au revenu tel que défini au présent régime.

Revenu net après impôt

Revenu net réduit des montants suivants :

- a) les cotisations au Régime de rentes du Québec, les cotisations à l'Assurance-emploi, s'il y lieu, et toute autre cotisation ayant un caractère universel;
- b) l'impôt payable aux gouvernements provincial et fédéral.

Aux fins des présentes, l'impôt payable aux gouvernements provincial et fédéral est déterminé en appliquant au revenu imposable les règles du calcul d'impôt appropriées. Le revenu imposable est égal au revenu net diminué des crédits personnels de base, de ceux reconnus à titre de crédits d'impôt pour le conjoint et les enfants à charge, les montants payés à titre de pensions alimentaires, les crédits d'impôt pour frais médicaux et toute autre déduction de même nature ne relevant pas du choix du contribuable.

Sont spécifiquement exclus du calcul de l'impôt payable les contributions à un régime enregistré d'épargne-retraite, à un régime enregistré d'épargne-études, les dons de charité ou toute autre déduction relevant du choix du contribuable.

Subrogation

Substitution, dans un rapport juridique, d'une personne à une autre ou, parfois, d'une chose à une autre. Le droit de subrogation est décrit plus loin à la présente section des Dispositions générales.

Preneur

L'Association des chirurgiens dentistes du Québec.

STATUT DE NON-FUMEUR

La personne assurée qui désire bénéficier du taux accordé aux non-fumeurs doit soumettre une déclaration de non-fumeur sur le formulaire approprié.

Définition

Pour être reconnu comme non-fumeur, la personne assurée ne doit pas avoir fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit (cigarette, cigare, pipe, autres) au cours des 12 mois précédant la date de sa déclaration.

Fausse déclaration

La personne assurée qui déclare être non-fumeur sur sa demande d'assurance ou lors d'une dernière déclaration, alors qu'il est fumeur, fait une fausse déclaration.

S'il est établi après le décès de la personne assurée que ce dernier a fait une fausse déclaration, la somme assurée payable par l'assureur au décès de la personne assurée sera calculée en fonction de la prime versée par la personne assurée et du taux de prime en vigueur, au décès de la personne assurée, applicable aux personnes assurées fumeurs du même groupe d'âge.

Changement de statut

Une déclaration de statut de non-fumeur, signée par la personne assurée, est exigée en cas de modification nécessitant une preuve d'assurabilité.

Si le statut est modifié, le taux fumeur sera alors applicable sur la totalité de la somme assurée des garanties ASSURANCE VIE DE L'ADHÉRENT, ASSURANCE INVALIDITÉ – PERTE DE REVENU et ASSURANCE INVALIDITÉ – FRAIS DE BUREAU pour l'adhérent, et de l'ASSURANCE VIE ET ASSURANCE DÉCÈS OU MUTILATION ACCIDENTELS DU CONJOINT ET DES ENFANTS À CHARGE pour le conjoint.

MODIFICATION À LA PROTECTION DES RÉGIMES D'ÉTAT

Advenant qu'une modification du contenu ou de l'étendue des protections des régimes d'État vienne modifier dans son application l'étendue de la protection prévue aux garanties ASSURANCE INVALIDITÉ – PERTE DE REVENU, ASSURANCE INVALIDITÉ – FRAIS DE BUREAU et ASSURANCE MALADIE, le preneur et l'assureur conviennent de s'entendre dans les plus brefs délais pour établir la manière de tenir compte de tous les impacts financiers de cette modification.

ARRÊT TEMPORAIRE DU PERMIS DE PRATIQUE

- a) En cas d'arrêt temporaire du permis de pratique, l'adhérent, résident ou non du Québec doit maintenir en vigueur toutes les garanties d'assurance pour lui-même, son conjoint et ses enfants à charge, le cas échéant.
- b) En cas d'invalidité survenant pendant une période d'arrêt temporaire du permis de pratique, il sera considéré que l'invalidité a débuté le lendemain de la date prévue de retour à la pratique.

RENSEIGNEMENTS

L'administrateur fournit à l'assureur tous les renseignements qu'il peut raisonnablement exiger au sujet de tout ce qui a rapport au présent régime.

L'administrateur doit informer les personnes admissibles et les personnes assurées de leurs droits et obligations en vertu de ce régime de même que de toute modification qui y est apportée.

INCONTESTABILITÉ

Lorsque des preuves d'assurabilité sont requises pour accepter l'assurance d'une personne admissible à l'une des garanties du présent régime, les déclarations faites dans lesdites preuves sont, sauf en cas d'erreur dans l'âge ou en cas de fraude, acceptées comme vraies et incontestables après que l'assurance ou la garantie de la personne admissible a été en vigueur pendant 2 ans du vivant de cette personne.

Si l'assurance est résiliée et par la suite remise en vigueur, ce délai de 2 ans recommence à compter de la date de remise en vigueur.

Dans le cas de toute personne assurée le 31 décembre 2011 en vertu du régime antérieur ou dans le cas d'un transfert de l'adhérent du régime de l'Association dentaire canadienne, la période de deux ans s'applique à compter de la date d'acceptation des preuves d'assurabilité requises pour tout montant ou partie du montant d'assurance en vertu du régime antérieur ou du régime de l'ADC.

ATTESTATION D'ASSURANCE

L'administrateur remet une attestation d'assurance à chaque adhérent. Si une attestation est émise au nom d'un particulier ou est en la possession d'un particulier qui, pour une raison quelconque, n'est pas assuré en vertu du présent régime, cette attestation est nulle et non avenue.

MONNAIE

Tout paiement prévu dans ce régime est effectué en monnaie canadienne.

EXAMEN

L'assureur a le droit de faire examiner à ses frais toute personne qui a subi un accident ou est devenue totalement invalide, lorsqu'une demande de prestations ou d'indemnités lui est présentée.

RESPONSABILITÉ CIVILE ET SUBROGATION

L'adhérent doit informer SSQ de tout jugement et de toute réclamation, mise en demeure, poursuite entreprise contre une tierce partie ou entente portant sur un événement donnant droit à des prestations en vertu du régime.

Si l'adhérent a droit à des prestations payables ou payées par un tiers ou à une compensation financière couvrant des frais payés par SSQ en vertu du contrat, il doit rembourser le montant qui lui a été payé en trop par SSQ.

SSQ est subrogée dans tous les droits de la personne assurée contre le tiers responsable de l'événement donnant droit à des prestations en vertu du contrat, jusqu'à concurrence des sommes payées par SSQ. Si SSQ décide d'exercer son droit de subrogation, l'adhérent doit consentir à l'acte de subrogation rédigé par SSQ.

BÉNÉFICIAIRE

Sous réserve des dispositions de la loi, l'adhérent peut désigner ou révoquer en tout temps un ou des bénéficiaires de son assurance en faisant parvenir un avis écrit à l'administrateur. Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant l'adhérent retournent à ce dernier.

Aux termes de la garantie ASSURANCE INVALIDITÉ - FRAIS DE BUREAU, il est entendu que les prestations sont versées directement au créancier, sous réserves des dispositions prévues à cette garantie. Aux fins du présent paragraphe, le créancier est un chirurgien dentiste propriétaire ou le cabinet dentaire privé. En l'absence d'une désignation de bénéficiaire, le bénéficiaire de la présente garantie est l'adhérent.

L'assureur et l'administrateur n'assume aucune responsabilité quant à la validité de toute désignation ou révocation du bénéficiaire.

CESSION ET MISE EN GAGE

L'assurance du présent régime ne peut en aucun temps être cédée ni mise en gage.

CALCUL DES PRIMES

La prime totale payable à toute date d'échéance est la somme des diverses primes relatives à chacune des garanties et à chacun des adhérents. Cette prime est déterminée selon les taux alors en vigueur.

PAIEMENT DES PRIMES DES ADHÉRENTS

Toutes les primes et tout réajustement de primes, s'il y a lieu, sont payables par l'adhérent à l'administrateur.

Un délai de grâce de 31 jours est accordé à l'adhérent pour le paiement de toute prime. La ou les garanties sont maintenues en vigueur durant ce délai, à moins que l'adhérent n'ait au préalable avisé l'administrateur ou l'assureur par écrit que ces garanties devaient être résiliées à la dernière échéance de prime.

À l'expiration du délai de grâce, la ou les garanties d'un adhérent est ou sont résiliées d'office si la prime échue pour la garantie ou les garanties concernées n'est ou n'ont pas été payées.

ASSURANCE VIE DE L'ADHÉRENT

ADMISSIBILITÉ

Tout chirurgien dentiste de moins de 70 ans qui exerce ses fonctions professionnelles habituelles au Canada ou aux États-Unis est admissible à la présente garantie de même que tout chirurgien dentiste nouvellement diplômé qui n'est pas invalide au sens du présent régime.

Tout étudiant en médecine dentaire est également admissible à la présente garantie, à condition qu'il s'agisse d'un étudiant dûment inscrit et suivant ses cours au Québec et qu'il ne soit pas invalide au sens du présent régime.

L'étudiant qui échoue sa dernière session d'études et qui désire conserver son statut d'étudiant en médecine dentaire aux fins de la présente garantie doit confirmer par écrit qu'il reprend la session qu'il vient d'échouer au cours de la même année. Il conserve alors ce statut jusqu'à la première des dates suivantes :

- a) la date de la fin de la session de reprise s'il échoue encore;
- b) la date réelle d'obtention de son diplôme ou, si antérieure, la date de la fin de la période de 12 mois à compter de la date où il aurait normalement dû l'obtenir.

DEMANDE D'ASSURANCE ET PREUVES D'ASSURABILITÉ

L'adhésion à la présente garantie est facultative. La personne admissible qui désire adhérer à la présente garantie doit remplir une demande d'assurance à cet effet; elle doit également fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur.

Dans le cas d'un étudiant en médecine dentaire qui n'est pas invalide au sens du présent régime, aucune preuve d'assurabilité n'est requise pour tout montant d'assurance de 80 000 \$ et moins.

Sous réserve des autres dispositions de la présente garantie, tout adhérent qui désire modifier son assurance doit fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur si la modification demandée représente un avantage par rapport à l'assurance détenue auparavant.

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

- a) L'assurance entre en vigueur à l'une des dates suivantes :
 - i) dans le cas de toute personne assurée le 31 décembre 2011 en vertu de la garantie d'ASSURANCE VIE DE L'ADHÉRENT du régime antérieur, l'assurance en vertu de la présente garantie prend effet le 1^{er} janvier 2012, sauf s'il s'agit d'un adhérent en invalidité totale, auquel cas l'assurance prend effet à la fin de la période d'invalidité totale si la personne est admissible à l'exonération de la prime;

- ii) dans le cas d'une demande qui nécessite des preuves d'assurabilité, l'assurance entre en vigueur à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité ou de la déclaration de bonne santé, si au moins 1/12 de la prime annuelle a été versé à l'administrateur ou à l'assureur, à condition que le chirurgien dentiste soit assurable au taux de prime régulier le jour où les preuves d'assurabilité ou la déclaration de bonne santé sont acceptées.

Si les preuves d'assurabilité ou la déclaration de bonne santé n'ont pas été fournies dans les 60 jours suivant la signature de la demande d'assurance, celle-ci devient nulle;

- iii) dans le cas d'une demande qui ne nécessite pas de preuves d'assurabilité, l'assurance entre en vigueur à la date de réception de la demande d'assurance, si au moins 1/12 de la prime annuelle a été versé à l'administrateur ou à l'assureur;
 - iv) dans le cas où le chirurgien dentiste est assurable, mais à un taux de prime différent du taux régulier, son assurance entre en vigueur à la date de réception de la surprime par l'administrateur ou l'assureur.
- b) Si un chirurgien dentiste décède ou devient totalement invalide à la suite d'un accident survenu dans les 60 jours après avoir rempli sa demande d'assurance, mais avant d'avoir transmis à l'assureur le dernier élément des preuves d'assurabilité ou avant que l'assureur n'ait accepté ou refusé sa demande et les preuves d'assurabilité fournies, l'assurance faisant l'objet de la demande d'assurance est alors reconnue comme ayant été en vigueur au moment du décès ou de l'invalidité totale, sans autre condition.

RÉSIDENTE DANS UNE SPÉCIALISATION

- a) L'adhérent qui devient résident spécialiste tel que défini à la clause DÉFINITIONS peut interrompre ou maintenir en vigueur son plein montant ou un montant d'assurance réduit en vertu de la présente garantie pendant la période prévue de sa résidence dans une spécialisation, sous réserve des dispositions suivantes :
- i) L'adhérent doit informer l'administrateur ou l'assureur avant le début de sa résidence dans une spécialisation de la date prévue de la fin de ladite résidence;
 - ii) L'adhérent doit continuer à verser les primes à l'administrateur ou à l'assureur pour toute la durée de la résidence dans une spécialisation, s'il a choisi de maintenir son plein montant d'assurance ou de le réduire, sous réserve des dispositions prévues à la clause EXONÉRATION DE LA PRIME.
- b) Si, pendant la période de résidence dans une spécialisation, l'adhérent interrompt son assurance ou maintient un montant d'assurance réduit, il peut, au terme de ladite période, recommencer à être assuré pour le montant qu'il détenait auparavant en vertu de la présente garantie sans avoir à prouver son assurabilité, pourvu qu'il en fasse la demande au cours des 60 jours qui suivent immédiatement la date à laquelle a pris fin sa période de résidence dans une spécialisation et pourvu qu'il ne soit pas devenu invalide au cours de cette période.

Si l'adhérent est devenu invalide pendant cette période, il peut recommencer à être assuré pour le montant qu'il détenait avant la période de résidence et ce, à compter de la date de la fin de son invalidité si celle-ci est postérieure à la fin de cette période.

SOMME ASSURÉE

- a) La somme assurée qui devient payable au décès de l'adhérent de moins de 65 ans est égale au multiple de 1 000 \$ qu'il a choisi lors de l'adhésion et pour lequel la prime versée correspond à la protection demandée, sous réserve des minimums et maximums d'assurance et de toute indexation prévue à la présente clause. La somme assurée est répartie comme suit :
- Assurance vie adhérent
 - Assurance vie associé
- b) À la date de renouvellement du régime suivant le 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent, la somme assurée alors prévue à son égard est réduite de 50 % et ne peut excéder 400 000 \$.
- c) À la date de renouvellement du régime suivant le 70^e anniversaire de naissance de l'adhérent, la somme assurée alors prévue à son égard est de nouveau réduite de 50 % et ne peut excéder 200 000 \$.
- d) À la date de renouvellement du régime suivant le 75^e anniversaire de naissance de l'adhérent, la somme assurée alors prévue à son égard est de nouveau réduite de 50 % et ne peut excéder 100 000 \$.
- e) À la date de renouvellement du contrat suivant le 80^e anniversaire de naissance de l'adhérent, la somme assurée alors prévue à son égard est de nouveau réduite de 50 %, sans toutefois excéder un montant maximal de 50 000 \$.
- f) La somme assurée choisie à l'adhésion ne peut être inférieure à 20 000 \$. Cependant, la somme assurée peut devenir inférieure à 20 000 \$ lors des réductions de la somme assurée prévues aux 65^e, 70^e, 75^e et 80^e anniversaires de naissance de l'adhérent.
- g) Toute somme assurée résultant de la réduction de la somme assurée initiale de l'adhérent en raison de son âge est arrondie au prochain multiple de 1 000 \$.
- h) Au 1^{er} janvier 2026, la somme assurée à l'adhésion ne peut être supérieure aux montants suivants :
- i) 2 619 000 \$, s'il s'agit d'un adhérent de moins de 65 ans;
 - ii) 400 000 \$, s'il s'agit d'un adhérent de 65 à 69 ans.

Le montant maximal applicable aux étudiants en médecine dentaire est limité à 250 000 \$.

- i) La somme assurée pour les adhérents âgés entre 36 et 54 ans inclusivement, qui accomplissent les principales tâches de leurs fonctions professionnelles habituelles, est indexée le 1^{er} janvier de chaque année. Cette indexation annuelle est égale au moindre de 5 % et du taux annuel de variation de l'indice des prix à la consommation, tel que publié par Statistique Canada pour la période de 12 mois se terminant le 30 juin précédent; cette indexation ne peut toutefois être négative.

- j) La somme assurée pour les adhérents âgés de 35 ans ou moins, qui accomplissent les principales tâches de leurs fonctions professionnelles habituelles, est indexée le 1^{er} janvier de chaque année. Cette indexation annuelle est égale au plus élevé de 5 % et du taux annuel de variation de l'indice des prix à la consommation, tel que publié par Statistique Canada pour la période de 12 mois se terminant le 30 juin précédent; cette indexation ne peut toutefois être négative.
- k) Aucune augmentation de la somme assurée ne peut survenir au cours d'une période d'invalidité totale donnant droit à l'exonération des primes. Après le retour au travail de l'adhérent, toute indexation de la somme assurée qui n'a pas eu lieu en raison d'une invalidité ayant débuté en 1994 ou après se fait à la date de retour au travail et ce, à l'égard de toute nouvelle période d'invalidité.
- l) Le montant d'assurance maximal prévu au sous-alinéa i) de l'alinéa h) de la présente clause est indexé le 1^{er} janvier de chaque année. Cette indexation annuelle est égale au moindre de 5 % et du taux annuel de variation de l'indice des prix à la consommation, tel que publié par Statistique Canada pour la période de 12 mois se terminant le 30 juin précédent; cette indexation ne peut toutefois être négative.
- m) Les résultats de l'indexation de la somme assurée et du montant d'assurance maximal visé à l'alinéa l) de la présente clause sont arrondis au prochain multiple de 1 000 \$.

PAIEMENT PAR ANTICIPATION

- a) L'adhérent dont l'espérance de vie est de moins de 24 mois, tel qu'attesté par son médecin traitant et sous réserve de l'acceptation par l'assureur, peut obtenir à sa demande le paiement par anticipation d'une partie de la somme assurée prévue à son égard en vertu de la présente garantie. Le montant versé est toutefois limité à 50 % de ladite somme assurée, jusqu'à concurrence d'un maximum de 100 000 \$.

Au décès de l'adhérent, la somme assurée payable sera réduite du montant versé par anticipation et des intérêts ayant couru sur ledit montant jusqu'à la date du décès.

- b) Le taux d'intérêt utilisé relativement au montant versé par anticipation est le même que celui qui est crédité par l'assureur lors du paiement des prestations de décès.
- c) L'adhérent demeure responsable du versement de la prime totale, à moins qu'il ne soit exonéré du paiement de la prime.
- d) De plus, les conditions suivantes doivent être respectées :
 - i) Le présent régime doit être en vigueur au moment de la demande de paiement par anticipation;
 - ii) Le bénéficiaire désigné par l'adhérent doit l'être à titre révocable. Dans le cas d'un bénéficiaire désigné à titre irrévocable, l'autorisation de ce bénéficiaire est nécessaire et doit être jointe à la demande de paiement par anticipation;
 - iii) L'état de santé de l'adhérent ne doit pas être dû à une blessure qu'il s'est infligé volontairement.

EXCLUSION

Si l'adhérent décède au cours des deux premières années suivant la date de son adhésion à l'assurance et si son décès résulte d'un suicide, que l'adhérent soit sain d'esprit ou non, la somme assurée prévue à son égard ne sera pas payable et l'obligation de l'assureur sera alors limitée au seul remboursement de la prime versée pour l'assurance vie de cet adhérent.

Cette exclusion s'applique également à toute partie de somme assurée constituant une augmentation autre qu'une augmentation attribuable à une indexation. Dans un tel cas, la période d'exclusion de deux ans débute à la date de prise d'effet de l'augmentation de la somme assurée.

EXONÉRATION DE LA PRIME

- a) Définition d'invalidité totale : Un adhérent est totalement invalide si, par suite de maladie ou d'un accident, il est incapable d'accomplir les principales tâches de ses fonctions professionnelles habituelles et pour laquelle il est sous surveillance médicale. Dans le cas d'un étudiant en médecine dentaire ou d'un résident spécialiste, l'état d'incapacité en question doit empêcher l'adhérent d'accomplir les principales tâches des fonctions professionnelles habituelles d'un chirurgien dentiste.

Définition de présomption d'invalidité totale : En cas de perte totale et irrécupérable de la parole, de la vision d'un oeil, de l'ouïe, de l'usage d'une main ou de l'usage des 2 pieds, la personne qui subit la perte est reconnue comme totalement invalide, qu'elle occupe ou non un autre emploi et qu'elle soit ou non suivie par un médecin, à condition que la perte résulte d'une maladie ou d'un accident.

- b) Définition de période d'invalidité totale : Aux fins d'application de la clause EXONÉRATION DE LA PRIME, toute période continue d'invalidité totale ou toutes périodes successives d'invalidité totale résultant d'une même maladie ou d'un même accident et séparées par une période de moins de 12 mois consécutifs de travail régulier. Si, pendant une période donnée, l'invalidité totale résulte d'une maladie ou d'un accident tout à fait indépendant de la maladie ou de l'accident qui a causé l'invalidité totale précédente, elle est considérée comme une nouvelle période d'invalidité totale. Cette définition ne s'applique qu'à l'exonération de la prime.
- c) Un adhérent âgé de moins de 65 ans a droit à l'exonération du paiement de la prime en vertu de la présente garantie s'il est totalement invalide depuis au moins 6 mois consécutifs. Par conséquent, les primes versées au cours des 6 premiers mois d'invalidité totale lui sont alors remboursées.

Toutefois, l'exonération du paiement de la prime est applicable à la prime correspondante à la somme assurée pour laquelle la présente clause a été retenue.

La preuve de son invalidité totale doit être considérée comme satisfaisante par l'assureur.

- d) L'exonération de la prime cesse à la première des dates suivantes :
- i) la date à laquelle l'adhérent cesse d'être totalement invalide;

- ii) la date à laquelle l'adhérent est incapable, ou omet de fournir à l'assureur des preuves satisfaisantes de son invalidité totale;
 - iii) la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 85 ans.
- e) L'adhérent peut choisir, lors de sa demande d'assurance, de retenir la présente clause d'exonération sur la totalité ou sur une partie de la somme assurée. Lorsque l'adhérent choisit de ne pas retenir la présente clause d'exonération sur la somme assurée visée, ce choix demeure irrévocable, sauf si l'adhérent choisit d'augmenter le montant d'assurance en vertu de la présente garantie ou choisit d'adhérer ou d'augmenter le montant d'assurance en vertu de la garantie ASSURANCE INVALIDITÉ – PERTE DE REVENU ou de la garantie ASSURANCE INVALIDITÉ – FRAIS DE BUREAU et qu'il fournit des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur.

DROIT DE TRANSFORMATION

- a) Si l'assurance en vertu de la présente garantie prend fin avant le 80^e anniversaire de naissance du participant alors que le contrat est en vigueur, et cela parce que l'adhérent cesse de faire partie du groupe ou s'il y a réduction du montant d'assurance détenu en vertu de la présente garantie selon l'âge atteint de l'adhérent, il a le droit de transformer le montant d'assurance collective sur la vie perdu en tout ou en partie par un contrat individuel d'assurance vie de type temporaire un an, temporaire échéant à 65 ans, temporaire échéant à 70 ans ou temporaire échéant à 100 ans, sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité, sous réserve des conditions suivantes :
 - i) L'adhérent doit transmettre une demande écrite à l'assureur ainsi que la première prime du contrat individuel proposé dans les 31 jours suivant la date de son départ du groupe ou de la réduction du montant d'assurance détenu en vertu de la présente garantie.
 - ii) Le contrat individuel entre en vigueur à la date de départ du groupe ou de la réduction de l'assurance en vertu de la présente garantie.
 - iii) La prime du contrat individuel est calculée selon les taux d'assurance individuelle habituels en vigueur chez l'assureur d'après le sexe et l'âge de l'adhérent, ses habitudes tabagiques à la date d'entrée en vigueur du contrat individuel, ainsi que des particularités qui s'appliquaient alors à sa protection;
 - iv) Dans tous les cas de transformation, la prime de première année de l'assurance individuelle ne peut être supérieure à celle d'une assurance temporaire d'un an. À l'exception de cette prime de première année, la prime de l'assurance individuelle obtenue est une prime uniforme.
 - v) Le montant d'assurance du contrat individuel ne peut excéder le montant d'assurance collective sur la vie que l'adhérent détenait avant son départ du groupe ou le montant perdu à la suite de la réduction du montant d'assurance. Le montant d'assurance individuelle résultant de la transformation ne peut en aucun cas excéder 500 000 \$.
 - vi) Si une réduction de montant d'assurance est transformée, tout exercice ultérieur du droit de transformation ne pourra excéder le maximum de 500 000 \$ prévu à l'alinéa v) de la présente clause pour l'ensemble des polices de transformation.

Le contrat individuel résultant de l'exercice du présent droit de transformation ne comporte pas d'exonération des primes ni de clause d'indexation du montant d'assurance.

Si l'adhérent décède au cours de la période de 31 jours durant laquelle il aurait pu exercer son droit de transformation et que son assurance collective n'ait pas déjà été transformée, le montant d'assurance vie qu'il était en droit de transformer est payable en vertu de la présente garantie.

- b) Advenant la résiliation de la présente garantie sans qu'il soit possible de la remplacer par une assurance collective d'un autre assureur, l'assureur accordera d'office aux adhérents, dans les 31 jours suivant la date de résiliation, une assurance vie individuelle temporaire non résiliable, avec renouvellement garanti et d'un montant correspondant à la somme assurée à la date de résiliation de la présente garantie. À cet égard, l'assureur s'engage à demander ses taux habituels d'assurance vie individuelle.

Le contrat individuel résultant du présent droit de transformation ne comporte pas d'exonération des primes ni de clause d'indexation du montant d'assurance.

FIN DE L'ASSURANCE

L'assurance de tout adhérent prend fin à 23 h 59 à la première des dates suivantes :

- a) la date de la résiliation du régime ou de la présente garantie sous réserve des dispositions prévues à la clause « Exonération de la prime » de cette garantie;
- b) la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée par cet adhérent, si cette prime n'est pas payée avant la fin du délai de grâce;
- c) la date à laquelle il cesse d'être chirurgien dentiste, sauf s'il cesse de l'être en raison de sa retraite;
- d) la date de résiliation qu'il demande, pourvu qu'il ait fait parvenir une demande écrite à cet effet à l'administrateur ou à l'assureur avant la date en question, sinon à la date de réception de la demande écrite;
- e) la date à laquelle il perçoit ou laisse percevoir, en conséquence de fausses demandes ou de fausses représentations provenant de lui-même ou d'un tiers, des prestations auxquelles la présente garantie ne donne pas droit, à l'exception toutefois du statut de non-fumeur, et ce, sans égard à tout autre recours que l'assureur pourrait exercer;
- f) la date à laquelle il atteint l'âge de 85 ans.

DEMANDE DE PRESTATIONS

Toute demande de prestations doit être soumise sur les formulaires fournis à cet effet par l'assureur dans les 90 jours suivant immédiatement la date de survenance de l'événement donnant droit à des prestations, et des preuves écrites satisfaisantes doivent parvenir à l'assureur dans les 12 mois suivant immédiatement la date à laquelle des prestations sont payables.

Le défaut de transmettre la demande de prestations ou de fournir les preuves et renseignements dans les délais prévus n'empêche pas le versement des prestations, pourvu que la demande, les preuves et les renseignements soient fournis aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire. Cependant, la demande de prestations, les preuves et les renseignements devront parvenir à l'assureur au plus tard 12 mois après la date de l'événement donnant droit à des prestations; autrement, les prestations pour la période écoulée entre la date limite et celle où les preuves d'invalidité parviennent à l'assureur pourraient ne pas être versées.

L'assureur se réserve le droit d'exiger des preuves ou renseignements additionnels et de faire examiner la personne assurée par un médecin de son choix.

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

DÉFINITION PARTICULIÈRE

Perte

Perte complète et définitive de la parole, de l'ouïe ou de la vue, ou de l'usage d'un membre, tel qu'indiqué au Tableau des pertes de la présente garantie. Il est toutefois entendu que dans le cas des orteils, le terme «perte» désigne le sectionnement à l'articulation métacarpophalangienne de tous les orteils du pied.

ADMISSIBILITÉ

Tout chirurgien dentiste de moins de 65 ans, qui exerce ses fonctions professionnelles habituelles au Canada et aux États-Unis, est admissible à la présente garantie à la date à laquelle il est admis en vertu des garanties suivantes du présent régime : ASSURANCE VIE DE L'ADHÉRENT, ASSURANCE INVALIDITÉ – PERTE DE REVENU ou ASSURANCE INVALIDITÉ – FRAIS DE BUREAU. Il en est de même de tout chirurgien dentiste nouvellement diplômé qui n'est pas totalement invalide au sens du présent régime.

Tout étudiant en médecine dentaire est également admissible à la présente garantie, à condition qu'il s'agisse d'un étudiant dûment inscrit et suivant ses cours au Québec et qu'il ne soit pas invalide au sens du présent régime.

L'étudiant qui échoue sa dernière session d'études et qui désire conserver son statut d'étudiant en 4^e année de médecine dentaire aux fins de la présente garantie doit confirmer par écrit qu'il reprend la session qu'il vient d'échouer au cours de la même année. Il conserve alors ce statut jusqu'à la première des dates suivantes :

- a) la date de la fin de la session de reprise s'il échoue encore;
- b) la date réelle d'obtention de son diplôme ou, si antérieure, la date de la fin de la période de 12 mois à compter de la date où il aurait normalement dû l'obtenir.

DEMANDE D'ASSURANCE ET PREUVES D'ASSURABILITÉ

L'adhésion à la présente garantie est facultative et conditionnelle à l'adhésion à l'une des garanties suivantes : ASSURANCE VIE DE L'ADHÉRENT, ASSURANCE INVALIDITÉ – PERTE DE REVENU ou ASSURANCE INVALIDITÉ – FRAIS DE BUREAU du présent régime.

La personne admissible qui désire adhérer à la présente garantie doit remplir une demande d'assurance à cet effet; elle doit également fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur.

Sous réserve des autres dispositions de la présente garantie, tout adhérent qui désire modifier son assurance doit fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur si la modification demandée représente un avantage par rapport à l'assurance détenue auparavant.

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

a) L'assurance entre en vigueur à l'une des dates suivantes :

- i) dans le cas de toute personne assurée le 31 décembre 2011 en vertu de la garantie d'Assurance décès ou mutilation accidentels du régime antérieur, l'assurance en vertu de la présente garantie prend effet le 1^{er} janvier 2012, sauf s'il s'agit d'un adhérent en invalidité totale, auquel cas l'assurance prend effet à la fin de la période d'invalidité totale si la personne est admissible à l'exonération des primes;
- ii) dans le cas d'une demande qui nécessite des preuves d'assurabilité, l'assurance entre en vigueur à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité ou de la déclaration de bonne santé, si au moins 1/12 de la prime annuelle a été versé à l'administrateur ou à l'assureur.

Si les preuves d'assurabilité ou la déclaration de bonne santé n'ont pas été fournies dans les 60 jours suivant la signature de la demande d'assurance, celle-ci devient nulle;

- iii) dans le cas d'une demande qui ne nécessite pas de preuves d'assurabilité, l'assurance entre en vigueur à la date de réception de la demande d'assurance, si au moins 1/12 de la prime annuelle a été versé à l'administrateur ou à l'assureur.
- b) Si un chirurgien dentiste décède ou devient totalement invalide à la suite d'un accident survenu dans les 60 jours après avoir rempli sa demande d'assurance, mais avant d'avoir transmis à l'assureur le dernier élément des preuves d'assurabilité ou avant que l'assureur n'ait accepté ou refusé sa demande et les preuves d'assurabilité fournies, l'assurance faisant l'objet de la demande d'assurance est alors reconnue comme ayant été en vigueur au moment du décès ou de l'invalidité totale, sans autre condition.

RÉSIDENTE DANS UNE SPÉCIALISATION

a) L'adhérent qui devient résident spécialiste tel que défini à la clause DÉFINITIONS peut interrompre ou maintenir en vigueur son plein montant ou un montant d'assurance réduit en vertu de la présente garantie pendant la période prévue de sa résidence dans une spécialisation, sous réserve des dispositions suivantes :

- i) L'adhérent doit informer l'administrateur ou l'assureur avant le début de sa résidence dans une spécialisation de la date prévue de la fin de ladite résidence;
- ii) L'adhérent doit continuer à verser les primes à l'administrateur ou à l'assureur pour toute la durée de la résidence dans une spécialisation, s'il a choisi de maintenir son plein montant d'assurance ou de le réduire, sous réserve des dispositions prévues à la clause EXONÉRATION DE LA PRIME.

b) Si, pendant la période de résidence dans une spécialisation, l'adhérent interrompt son assurance ou maintient un montant d'assurance réduit, il peut, au terme de ladite période, recommencer à être assuré pour le montant qu'il détenait auparavant en vertu de la présente garantie sans avoir à prouver son assurabilité, pourvu qu'il en fasse la demande au cours des 60 jours qui suivent immédiatement la date à laquelle a pris fin sa période de résidence dans une spécialisation et pourvu qu'il ne soit pas devenu invalide au cours de cette période.

Si l'adhérent est devenu invalide pendant cette période, il peut recommencer à être assuré pour le montant qu'il détenait avant la période de résidence et ce, à compter de la date de la fin de son invalidité si celle-ci est postérieure à la fin de cette période.

SOMME ASSURÉE EN CAS D'ACCIDENT

- a) La somme assurée en cas d'accident, ou un pourcentage de cette somme selon ce qui est prévu à la présente clause, devient payable lorsqu'un accident résulte en un décès ou en une perte telle que définie à la présente garantie. Cette somme est égale au multiple de 1 000 \$ que l'adhérent a choisi lors de l'adhésion et pour lequel la prime versée correspond à la protection demandée, sous réserve des minimums et maximums d'assurance et toute indexation prévus à la présente clause.
- b) La somme assurée ne peut être inférieure à 20 000 \$. Au 1^{er} janvier 2026, la somme choisie lors de l'adhésion ne peut être supérieure à 904 000 \$, ce maximum étant toutefois indexé conformément à la présente clause. De plus, elle ne peut excéder le plus élevé des montants suivants :
 - i) la somme assurée en vertu de la garantie ASSURANCE VIE DE L'ADHÉRENT,
 - ii) 100 fois la somme assurée en vertu de la garantie ASSURANCE INVALIDITÉ - PERTE DE REVENU,
 - iii) 20 fois la somme assurée en vertu de la garantie ASSURANCE INVALIDITÉ - FRAIS DE BUREAU.

Le montant maximal applicable aux étudiants de médecine dentaire est limité à 250 000 \$.

- c) Lorsqu'un accident résulte en l'une des pertes indiquées au Tableau des pertes ci-dessous et que cette perte survient après le début de l'assurance et au cours des 365 jours qui suivent la date de cet accident, l'assureur s'engage à payer à l'adhérent ou à son bénéficiaire un montant égal au pourcentage de la somme assurée en cas d'accident, conformément à ce qui est prévu au tableau suivant :

TABLEAU DES PERTES

Résultat de l'accident	Pourcentage
Décès	100 %
Hémiplégie	100 %
Paraplégie	100 %
Quadriplégie	100 %
Perte d'une main	100 %
Perte d'un pied	100 %
Perte d'un bras	100 %
Perte d'une jambe	100 %
Perte de la vue d'un oeil	100 %
Perte de la parole ou de l'ouïe	100 %
Perte du pouce ou de l'index	100 %
Perte d'une oreille	100 %
Perte de tous les orteils du pied	25 %

Lorsqu'un adhérent subit plus d'une perte (voir le Tableau des pertes ci-dessus) à la suite d'un même accident, la somme assurée à laquelle il a droit ne peut excéder 100 % de la somme assurée qu'il a choisie en vertu de la présente garantie et pour laquelle la prime versée correspond à la protection demandée.

- d) En cas de décès accidentel de l'adhérent, pourvu que la somme assurée que celui-ci détient en vertu de la présente garantie soit de 150 000 \$ ou plus et sous réserve de toute autre disposition de la présente garantie, l'assureur s'engage à payer, en plus de la somme assurée prévue au Tableau des pertes ci-dessus :
- i) une prestation annuelle de 5 000 \$ à l'égard de chaque enfant à charge qui fréquente une institution d'enseignement post-secondaire reconnue, pourvu que l'inscription ait lieu au cours de la période de 5 années complètes suivant immédiatement la date du décès et étant entendu que la durée maximale des prestations applicables à un même enfant est de 4 ans;

- ii) le montant des frais raisonnables et nécessaires que le conjoint de l'adhérent engage en vue de sa formation professionnelle destinée à acquérir des qualifications pour occuper un poste pour lequel il ne serait pas autrement qualifié, jusqu'à concurrence de 10 000 \$ et à condition que ce soit dans le cadre d'un programme spécifique et que les frais en question se rapportent à la période de 36 mois qui suit immédiatement la date du décès de l'adhérent.
- e) En cas de décès accidentel de l'adhérent à une distance de plus de 50 kilomètres de son domicile et sous réserve de toute autre disposition de la présente garantie, l'assureur s'engage à rembourser, jusqu'à concurrence de 10 000 \$, les frais engagés pour le rapatriement de la dépouille de l'adhérent au premier endroit de dépôt de son corps dans la ville où il est domicilié, y compris les frais de préparation du corps pour le transport.
- f) La somme assurée pour les adhérents âgés entre 36 et 54 ans inclusivement, qui accomplissent les principales tâches de leurs fonctions professionnelles habituelles, est indexée le 1^{er} janvier de chaque année. Cette indexation annuelle est égale au moins de 5 % et du taux annuel de variation de l'indice des prix à la consommation, tel que publié par Statistique Canada pour la période de 12 mois se terminant le 30 juin précédent; cette indexation ne peut toutefois être négative.
- g) La somme assurée pour les adhérents âgés de 35 ans ou moins, qui accomplissent les principales tâches de leurs fonctions professionnelles habituelles, est indexée le 1^{er} janvier de chaque année. Cette indexation annuelle est égale au plus élevé de 5 % et du taux annuel de variation de l'indice des prix à la consommation, tel que publié par Statistique Canada pour la période de 12 mois se terminant le 30 juin précédent; cette indexation ne peut toutefois être négative.
- h) Aucune augmentation de la somme assurée ne peut survenir au cours d'une période d'invalidité totale ou partielle. Après le retour au travail de l'adhérent, toute indexation de la somme assurée qui n'a pas eu lieu en raison d'une invalidité ayant débuté en 1994 ou après se fait à la date de retour au travail et ce, à l'égard de toute nouvelle période d'invalidité.
- i) Le montant d'assurance maximal prévu à la présente clause est indexé le 1^{er} janvier de chaque année. Cette indexation annuelle est égale au moins de 5 % et du taux annuel de variation de l'indice des prix à la consommation, tel que publié par Statistique Canada pour la période de 12 mois se terminant le 30 juin précédent; cette indexation ne peut toutefois être négative.
- j) Les résultats de l'indexation de la somme assurée et du montant d'assurance maximal sont arrondis au prochain multiple de 1 000 \$.

LIMITATIONS ET EXCLUSIONS

Aucune prestation n'est versée en vertu de la présente garantie si le décès ou la mutilation résulte :

- a) D'un voyage ou d'une envolée dans n'importe quel type d'aéronef, si l'adhérent est membre de l'équipage ou exerce une fonction quelconque relative à l'envolée;
- b) Des blessures que l'adhérent s'inflige intentionnellement ou de suicide ou tentative de suicide, sans égard à son état d'esprit;

- c) D'une émeute ou d'une guerre, déclarée ou non;
- d) D'une maladie ou d'une infection, à l'exception des infections résultant directement d'un accident;
- e) D'un acte criminel que l'adhérent a lui-même commis ou tenté de commettre, cette exclusion ne s'appliquant toutefois pas à la conduite en état d'ébriété;
- f) Du service actif de l'adhérent dans des forces armées;
- g) D'un empoisonnement, une intoxication ou l'usage de drogue par la personne assurée;
- h) Des lésions ne présentant aucune blessure ou contusion visible sur l'extérieur du corps, sauf la noyade et les lésions internes révélées par intervention chirurgicale ou autopsie.

EXONÉRATION DE LA PRIME

- a) Définition d'invalidité totale : Un adhérent est totalement invalide si, par suite de maladie ou d'un accident, il est incapable d'accomplir les principales tâches de ses fonctions professionnelles habituelles et pour laquelle il est sous surveillance médicale. Dans le cas d'un étudiant en médecine dentaire ou d'un résident spécialiste, l'état d'incapacité en question doit empêcher l'adhérent d'accomplir les principales tâches des fonctions professionnelles habituelles d'un chirurgien dentiste.

Définition de présomption d'invalidité totale : En cas de perte totale et irrécupérable de la parole, de la vision d'un oeil, de l'ouïe, de l'usage d'une main ou de l'usage des 2 pieds, la personne qui subit la perte est reconnue comme totalement invalide, qu'elle occupe ou non un autre emploi et qu'elle soit ou non suivie par un médecin, à condition que la perte résulte d'une maladie ou d'un accident.

- b) Définition de période d'invalidité totale : Aux fins d'application de la clause EXONÉRATION DE LA PRIME, toute période continue d'invalidité totale ou toutes périodes successives d'invalidité totale résultant d'une même maladie ou d'un même accident et séparées par une période de moins de 12 mois consécutifs de travail régulier. Si, pendant une période donnée, l'invalidité totale résulte d'une maladie ou d'un accident tout à fait indépendant de la maladie ou de l'accident qui a causé l'invalidité totale précédente, elle est considérée comme une nouvelle période d'invalidité totale. Cette définition ne s'applique qu'à l'exonération de la prime.
- c) Un adhérent âgé de moins de 65 ans a droit à l'exonération du paiement de la prime en vertu de la présente garantie s'il est totalement invalide depuis au moins 6 mois consécutifs. Par conséquent, les primes versées au cours des 6 premiers mois d'invalidité totale lui sont alors remboursées.
- d) L'exonération de la prime cesse à la première des dates suivantes :
 - i) la date à laquelle l'adhérent cesse d'être totalement invalide;
 - ii) la date à laquelle l'adhérent est incapable ou omet de fournir à l'assureur des preuves satisfaisantes de son invalidité totale;

iii) la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 71 ans.

FIN DE L'ASSURANCE

L'assurance de tout adhérent prend fin à 23 h 59 à la première des dates suivantes :

- a) la date de la résiliation du régime ou de la présente garantie sous réserve des dispositions prévues à la clause EXONÉRATION DE LA PRIME de cette garantie;
- b) la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée par cet adhérent, si cette prime n'est pas payée avant la fin du délai de grâce;
- c) la date à laquelle il cesse d'être chirurgien dentiste, sauf s'il cesse de l'être en raison de sa retraite;
- d) la date de résiliation demandée, pourvu qu'il ait fait parvenir une demande écrite à cet effet à l'administrateur ou à l'assureur avant la date en question, sinon à la date de réception de la demande écrite;
- e) la date à laquelle il perçoit ou laisse percevoir, en conséquence de fausses demandes ou de fausses représentations provenant de lui-même ou d'un tiers, des prestations auxquelles la présente garantie ne donne pas droit et ce, sans égard à tout autre recours que l'assureur pourrait exercer;
- f) la date à laquelle il atteint l'âge de 71 ans.

DEMANDE DE PRESTATIONS

Toute demande de prestations doit être soumise sur les formulaires fournis à cet effet par l'assureur dans les 90 jours suivant immédiatement la date de survenance de l'événement donnant droit à des prestations, et des preuves écrites satisfaisantes doivent parvenir à l'assureur dans les 12 mois suivant immédiatement la date à laquelle des prestations sont payables.

Le défaut de transmettre la demande de prestations ou de fournir les preuves et renseignements dans les délais prévus n'empêche pas le versement des prestations pourvu que la demande, les preuves et les renseignements soient fournis aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire. Cependant, la demande de prestations, les preuves et les renseignements devront parvenir à l'assureur au plus tard 12 mois après la date de l'événement donnant droit à des prestations; autrement, les prestations pour la période écoulée entre la date limite et celle où les preuves d'invalidité parviennent à l'assureur pourraient ne pas être versées.

L'assureur se réserve le droit d'exiger des preuves ou renseignements additionnels et de faire examiner la personne assurée par un médecin de son choix.

ASSURANCE INVALIDITÉ - PERTE DE REVENU

DÉFINITION PARTICULIÈRE

Délai de carence

Période durant laquelle l'adhérent est dans l'incapacité d'exercer en tout ou en partie les principales tâches de ses fonctions professionnelles habituelles à la suite d'une invalidité partielle ou totale résultant d'une maladie ou d'un accident avant d'avoir droit au paiement des prestations en vertu des présentes.

Invalidité partielle

État d'incapacité résultant d'une maladie ou d'un accident, qui réduit les capacités de l'adhérent d'exercer ses fonctions professionnelles habituelles et qui, de ce fait, lui cause une perte de revenu net.

Tout chirurgien dentiste souffrant de l'infection au V.I.H. (infection par le virus de l'immunodéficience humaine), de l'hépatite B ou C ou de toute autre maladie transmissible grave est aussi considéré être en invalidité partielle à l'égard de la période pendant laquelle la divulgation à ses patients de son infection ou maladie ou des restrictions de sa pratique en raison de son infection ou maladie lui sont recommandées ou imposées.

Dans le cas d'un chirurgien dentiste pratiquant la médecine dentaire au Québec, cette divulgation de son état ou ces restrictions de pratique peuvent être émises par l'Ordre des dentistes du Québec, ou par un décret du Ministère de la Santé et des services sociaux, ou à la suite d'une ordonnance d'un centre hospitalier ou de recommandations ou décisions de toute instance, de tout organisme ou de tout comité ayant une telle capacité en cette matière.

Dans le cas d'un chirurgien dentiste pratiquant la médecine dentaire dans une province canadienne, autre que la province de Québec, ou dans un état des États-Unis, cette divulgation de son état ou ces restrictions de pratique peuvent être émises par un organisme de réglementation, un gouvernement ou une institution gouvernementale, un centre hospitalier ou toute instance, tout organisme ou tout comité ayant une telle capacité en cette matière et ayant juridiction sur le territoire où le chirurgien dentiste exerce sa profession.

Invalidité totale

État d'incapacité résultant d'une maladie ou d'un accident, qui empêche l'adhérent d'accomplir les principales tâches de ses fonctions professionnelles habituelles et pour lequel il est sous surveillance médicale. Dans le cas d'un étudiant en médecine dentaire ou d'un résident spécialiste, l'état d'incapacité en question doit empêcher l'adhérent d'accomplir les principales tâches des fonctions professionnelles habituelles d'un chirurgien dentiste.

Tout chirurgien dentiste souffrant de l'infection au V.I.H. (infection par le virus de l'immunodéficience humaine), de l'hépatite B ou C ou de toute autre maladie transmissible grave est aussi considéré comme totalement invalide à l'égard de la période pendant laquelle il lui est interdit de pratiquer en raison de sa maladie.

Dans le cas d'un chirurgien dentiste pratiquant la médecine dentaire au Québec, cette interdiction de pratique peut être émise par l'Ordre des dentistes du Québec, ou par un décret du Ministère de la Santé et des services sociaux, ou à la suite d'une ordonnance d'un centre hospitalier ou de recommandations ou décisions de toute instance, de tout organisme ou de tout comité ayant une telle capacité en cette matière.

Dans le cas d'un chirurgien dentiste pratiquant la médecine dentaire dans une province canadienne, autre que la province de Québec, ou dans un état des États-Unis, cette interdiction de pratique peut être émise par un organisme de réglementation, un gouvernement ou une institution gouvernementale, un centre hospitalier ou toute instance, tout organisme ou tout comité ayant une telle capacité en cette matière et ayant juridiction sur le territoire où le chirurgien dentiste exerce sa profession.

Présomption d'invalidité totale : En cas de perte totale et irrécupérable de la parole, de la vision d'un oeil, de l'ouïe, de l'usage d'une main ou de l'usage des 2 pieds, la personne qui subit la perte est reconnue comme totalement invalide, qu'elle occupe ou non un autre emploi et qu'elle soit ou non suivie par un médecin, à condition que la perte résulte d'une maladie ou d'un accident.

Période d'invalidité et récidive

Aux fins de l'application des PRESTATIONS et de l'EXONÉRATION DE LA PRIME de la présente garantie, toute période continue d'invalidité totale ou partielle ou toutes périodes successives d'invalidité résultant d'une même maladie ou d'un même accident et séparées par une période de moins de 12 mois consécutifs de travail régulier. Si, pendant une période donnée, l'invalidité résulte d'une maladie ou d'un accident tout à fait indépendant de la maladie ou de l'accident qui a causé l'invalidité précédente, elle est considérée comme une nouvelle période d'invalidité.

ADMISSIBILITÉ

Tout chirurgien dentiste de moins de 70 ans qui exerce ses fonctions professionnelles habituelles au Canada ou aux États-Unis est admissible à la présente garantie de même que tout chirurgien dentiste nouvellement diplômé qui n'est pas invalide au sens du présent régime.

Tout étudiant en médecine dentaire est également admissible à la présente garantie, à condition qu'il s'agisse d'un étudiant dûment inscrit et suivant ses cours au Québec et qu'il ne soit pas invalide au sens du présent régime.

L'étudiant qui échoue sa dernière session d'études et qui désire conserver son statut d'étudiant de médecine dentaire aux fins du présent régime doit confirmer par écrit qu'il reprend la session qu'il vient d'échouer au cours de la même année. Il conserve alors ce statut jusqu'à la première des dates suivantes :

- a) la date de la fin de la session de reprise s'il échoue encore;
- b) la date réelle d'obtention de son diplôme ou, si antérieure, la date de la fin de la période de 12 mois à compter de la date où il aurait normalement dû l'obtenir.

DEMANDE D'ASSURANCE ET PREUVES D'ASSURABILITÉ

L'adhésion à la présente garantie est facultative. La personne admissible qui désire adhérer à la présente garantie doit remplir une demande d'assurance à cet effet; elle doit également fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur.

Dans le cas d'un étudiant en médecine dentaire qui n'est pas invalide au sens du présent régime, aucune preuve d'assurabilité n'est requise pour un montant d'assurance de 500 \$ si le formulaire de demande d'assurance est signé avant le 31 décembre de l'année de graduation.

Sous réserve des autres dispositions de la présente garantie, tout adhérent qui désire modifier son assurance doit fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur si la modification demandée représente un avantage par rapport à l'assurance détenue auparavant.

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

a) L'assurance entre en vigueur à l'une des dates suivantes :

- i) dans le cas de tout chirurgien dentiste assuré le 31 décembre 2011 en vertu de la garantie Assurance perte de revenu du régime antérieur, l'assurance en vertu de la présente garantie prend effet le 1^{er} janvier 2012, sauf si l'adhérent est en invalidité totale, auquel cas l'assurance prend effet à la fin de la période d'invalidité totale;
- ii) dans le cas d'une demande qui nécessite des preuves d'assurabilité, l'assurance entre en vigueur à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité ou de la déclaration de bonne santé, si au moins 1/12 de la prime annuelle a été versé à l'administrateur ou à l'assureur, à condition que le chirurgien dentiste soit assurable au taux de prime régulier le jour où les preuves d'assurabilité ou la déclaration de bonne santé sont acceptées.

Si les preuves d'assurabilité ou la déclaration de bonne santé n'ont pas été fournies dans les 60 jours suivant la signature de la demande d'assurance, celle-ci devient nulle;

- iii) dans le cas d'une demande qui ne nécessite pas de preuves d'assurabilité, l'assurance entre en vigueur à la date de réception de la demande d'assurance, si au moins 1/12 de la prime annuelle a été versé à l'administrateur ou à l'assureur;
 - iv) dans le cas où le chirurgien dentiste est assurable, mais à un taux de prime différent du taux régulier, son assurance entre en vigueur à la date de réception de la surprime par l'administrateur ou l'assureur;
- b) Si un chirurgien dentiste devient totalement invalide à la suite d'un accident survenu dans les 60 jours après avoir rempli sa demande d'assurance, mais avant d'avoir transmis à l'assureur le dernier élément des preuves d'assurabilité ou avant que l'assureur n'ait accepté ou refusé sa demande et les preuves d'assurabilité fournies, l'assurance faisant l'objet de la demande d'assurance est alors reconnue comme ayant été en vigueur au moment de l'invalidité totale, sans autre condition.

RÉSIDENTE DANS UNE SPÉCIALISATION

- a) L'adhérent qui devient résident spécialiste tel que défini à la clause DÉFINITIONS peut interrompre ou maintenir en vigueur son plein montant ou un montant d'assurance réduit en vertu de la présente garantie pendant la période prévue de sa résidence dans une spécialisation, sous réserve des dispositions suivantes :
- i) L'adhérent doit informer l'administrateur ou l'assureur avant le début de sa résidence dans une spécialisation de la date prévue de la fin de ladite résidence;
 - ii) L'adhérent doit continuer à verser les primes à l'administrateur ou à l'assureur pour toute la durée de la résidence dans une spécialisation, s'il a choisi de maintenir son plein montant d'assurance ou de le réduire, sous réserve des dispositions prévues à la clause EXONÉRATION DE LA PRIME.
- b) Si, pendant la période de résidence dans une spécialisation, l'adhérent interrompt son assurance ou maintient un montant d'assurance réduit, il peut, au terme de ladite période, recommencer à être assuré pour le montant qu'il détenait auparavant en vertu de la présente garantie sans avoir à prouver son assurabilité, pourvu qu'il en fasse la demande au cours des 60 jours qui suivent immédiatement la date à laquelle a pris fin sa période de résidence dans une spécialisation et pourvu qu'il ne soit pas devenu invalide au cours de cette période.

Si l'adhérent est devenu invalide pendant cette période, il peut recommencer à être assuré pour le montant qu'il détenait auparavant à la date de la fin de son invalidité si celle-ci est postérieure à la fin de cette période.

- c) En cas d'invalidité survenant pendant la résidence dans une spécialisation, il sera considéré que si l'invalidité a débuté le lendemain de la date prévue de la fin de la résidence dans une spécialisation, ce délai pour considérer l'invalidité ne s'appliquant toutefois pas à la clause EXONÉRATION DE LA PRIME.

PRESTATIONS

Somme assurée mensuelle

La somme assurée correspond à un multiple de 100 \$ et ne peut être inférieure à 500 \$. Au 1^{er} janvier 2026, la somme assurée choisie lors de l'adhésion ne peut être supérieure à 20 200 \$ dans le cas d'un chirurgien dentiste, ce maximum étant toutefois indexé conformément à la présente clause. S'il s'agit d'un étudiant en médecine dentaire, la somme assurée ne peut être supérieure à 2 500 \$, et à 3 500 \$ s'il s'agit d'un étudiant en dernière année de médecine dentaire.

La somme assurée pour les adhérents âgés entre 36 et 54 ans inclusivement, qui accomplissent les principales tâches de leurs fonctions professionnelles habituelles, est indexée le 1^{er} janvier de chaque année. Cette indexation annuelle est égale au moindre de 5 % et du taux annuel de variation de l'indice des prix à la consommation, tel que publié par Statistique Canada pour la période de 12 mois se terminant le 30 juin précédent; cette indexation ne peut toutefois être négative.

La somme assurée pour les adhérents âgés de 35 ans ou moins, qui accomplissent les principales tâches de leurs fonctions professionnelles habituelles, est indexée le 1^{er} janvier de chaque année. Cette indexation annuelle est égale au plus élevé de 5 % et du taux annuel de variation de l'indice des prix à la consommation, tel que publié par Statistique Canada pour la période de 12 mois se terminant le 30 juin précédent; cette indexation ne peut toutefois être négative.

Aucune augmentation de la somme assurée ne peut survenir au cours d'une période d'invalidité totale ou partielle. Après le retour au travail de l'adhérent, toute indexation de la somme assurée qui n'a pas eu lieu en raison d'une invalidité ayant débuté en 1994 ou après se fait à la date de retour au travail et ce, à l'égard de toute nouvelle période d'invalidité.

Le montant d'assurance maximal prévu à la présente clause est indexé le 1^{er} janvier de chaque année. Cette indexation annuelle est égale au moindre de 5 % et du taux annuel de variation de l'indice des prix à la consommation, tel que publié par Statistique Canada pour la période de 12 mois se terminant le 30 juin précédent; cette indexation ne peut toutefois être négative.

Les résultats de l'indexation de la somme assurée et du montant d'assurance maximal sont arrondis au prochain multiple de 100 \$.

Prestations payables

Les prestations payables en vertu de la présente garantie sont non imposables, tant que les primes sont entièrement payées par l'adhérent. Dans le cas où les primes de cette garantie sont payées par toute autre personne (morale ou physique) que l'adhérent, il se peut que les primes aient à être ajoutées au revenu imposable de l'adhérent assuré en vertu de la présente garantie. Dans un tel cas, le caractère non imposable des prestations risque également d'être affecté. Il incombe à l'adhérent d'ajuster sa déclaration de revenus en conséquence.

Délai de carence

L'adhérent choisit parmi les délais de carence suivants :

- a) 30 jours;
- b) 60 jours;
- c) 90 jours;
- d) 120 jours.;
- e) 180 jours.

Les jours constituant le délai de carence peuvent être accumulés de façon non consécutive, à condition que la rechute résulte de la même maladie ou du même accident et survienne dans les 180 jours suivant le retour au travail.

Aux fins du calcul du délai de carence suite à une invalidité partielle, toute journée comprise dans une période d'invalidité au cours de laquelle le chirurgien dentiste doit réduire ses activités professionnelles à la suite d'une invalidité partielle, incluant celles où le chirurgien dentiste exerce ses fonctions, sont comptabilisées au calcul du délai de carence.

S'il s'agit d'un étudiant en médecine dentaire, le délai de carence débute à la date à laquelle l'adhérent interrompt ses études en raison d'une invalidité.

Invalidité totale

Lorsqu'un adhérent devient totalement invalide, il a droit, après épuisement du délai de carence prévu dans son cas, à la somme assurée à condition que la prime versée corresponde à la protection choisie et compte tenu de toute indexation qui est prévue à la présente garantie.

Présomption d'invalidité totale

S'il y a présomption d'invalidité totale en raison d'une des pertes décrites dans la définition d'invalidité totale, le droit à la prestation mensuelle débute le jour où l'adhérent subit la perte si ce jour est antérieur à celui où le droit à la prestation aurait autrement débuté.

Invalidité partielle

- a) Pour ouvrir droit à des prestations, une invalidité partielle n'a pas à être précédée d'une période d'invalidité totale et le délai de carence s'applique de la même façon qu'en cas d'invalidité totale.
- b) En cas d'invalidité partielle, la prestation mensuelle à laquelle l'adhérent a droit correspond à une portion de la somme assurée. Cette portion est égale au pourcentage de perte de revenu net après impôt que subit l'adhérent en raison de son invalidité.
- c) Le pourcentage de perte de revenu net que subit l'adhérent en raison de son invalidité partielle est déterminé à partir du revenu net de l'adhérent avant l'invalidité correspondant au plus élevé des deux montants suivants :
 - i) le revenu net mensuel moyen le plus élevé pour 12 mois consécutifs au cours de la période de 24 mois qui précède la période d'invalidité, en excluant toute période de congé de maternité ou de paternité et toute période au cours de laquelle le dentiste fait une spécialisation;
 - ii) le revenu net mensuel moyen de la période de 24 mois qui précède la période d'invalidité, en excluant toute période de congé de maternité ou de paternité et toute période au cours de laquelle le dentiste fait une spécialisation.

Fractionnement de la prestation

La prestation mensuelle est fractionnée, le cas échéant, à raison de 1/30 par jour d'invalidité. En aucun cas, le montant payable ne peut excéder le montant qui aurait été payable pour un mois complet d'invalidité.

Début des prestations

Le paiement des prestations débute après l'expiration de délai de carence.

Cessation des prestations

- a) En vertu de l'option « 65 ans », si l'invalidité débute avant le 63^e anniversaire de naissance de l'adhérent, le versement de la prestation se poursuit tant que dure cette invalidité, mais il cesse lorsque l'adhérent atteint 65 ans. Si l'invalidité débute après le 63^e anniversaire de naissance de l'adhérent, le versement de la prestation s'étend sur une période maximale de 24 mois, mais il ne peut se poursuivre après la fin de l'invalidité ni après le 71^e anniversaire de naissance de l'adhérent.
- b) En vertu de l'option « 60 ans », si l'invalidité totale débute avant le 58^e anniversaire de naissance de l'adhérent, le versement de la prestation se poursuit tant que dure cette invalidité, mais il cesse lorsque l'adhérent atteint 60 ans. Si l'invalidité débute après le 58^e anniversaire de naissance de l'adhérent, le versement de la prestation s'étend sur une période maximale de 24 mois, mais il ne peut se poursuivre après la fin de l'invalidité ni après le 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent.
- c) En vertu de l'option « 55 ans », si l'invalidité totale débute avant le 53^e anniversaire de naissance de l'adhérent, le versement de la prestation se poursuit tant que dure cette invalidité, mais il cesse lorsque l'adhérent atteint 55 ans. Si l'invalidité débute après le 53^e anniversaire de naissance de l'adhérent, le versement de la prestation s'étend sur une période maximale de 24 mois, mais il ne peut se poursuivre après la fin de l'invalidité ni après le 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent.
- d) Le versement de la prestation cesse à la date à laquelle l'adhérent omet de se faire examiner par le médecin désigné par l'assureur.
- e) Le versement de la prestation cesse à la date à laquelle l'adhérent omet de soumettre les preuves demandées par l'assureur.
- f) Le versement de la prestation cesse au décès de l'adhérent.

Indexation de la prestation suite à une invalidité

- a) S'il en a été choisi ainsi lors de l'adhésion et si la prime nécessaire à cet égard avait été versée à l'assureur lorsque l'invalidité a débuté, les prestations payables en raison d'une invalidité sont indexées après chaque période de 12 mois consécutifs d'indemnisation.

Cette indexation annuelle, qui ne peut être négative, est égale au moindre de 3 % et du taux annuel de variation de l'indice des prix à la consommation, tel que publié par Statistique Canada pour la période de 12 mois se terminant 6 mois avant la date à laquelle doit s'appliquer l'indexation. Il est entendu que les résultats de l'indexation sont arrondis au prochain multiple de 1 \$.

- b) Aux fins du calcul de la prestation payable en raison d'une invalidité partielle, le revenu que touchait l'adhérent avant de devenir invalide est aussi indexé de la manière prévue au paragraphe précédent.

Programme de réintégration professionnelle

Lorsque l'état de santé de l'adhérent totalement invalide le permet, il doit participer à un programme de réintégration dans sa profession de chirurgien dentiste, pourvu que l'assureur l'approuve. La prestation payable est alors réduite de 50 % du revenu net après impôt qu'il reçoit dans le cadre de ce programme. Les frais relatifs à l'application d'un tel programme, lorsqu'il est accepté tant par l'adhérent que par l'assureur, sont assumés par l'assureur.

LIMITATIONS ET EXCLUSIONS

L'assureur ne verse aucune prestation pendant une période d'invalidité :

- a) qui résulte d'une participation à une émeute ou à une guerre, déclarée ou non;
- b) qui résulte de blessures que l'adhérent s'inflige volontairement, sauf si elles surviennent dans le cours de l'évolution d'une maladie mentale identifiée auparavant;
- c) qui résulte d'un acte criminel commis par l'adhérent, cette exclusion ne s'appliquant toutefois pas à la conduite en état d'ébriété;
- d) qui résulte d'une grossesse normale, sans complications;
- e) durant laquelle l'adhérent n'est pas sous traitement médical ou sous les soins réguliers d'un médecin, sauf dans le cas d'un état stationnaire attesté par un médecin;
- f) durant laquelle l'adhérent ne participe pas à un programme de réadaptation recommandé par l'assureur.

EXONÉRATION DE LA PRIME

- a) Un adhérent a droit à l'exonération du paiement de la prime en vertu de la présente garantie s'il est totalement invalide depuis au moins 6 mois consécutifs, admissible aux prestations à la suite de cette invalidité totale en vertu de cette garantie et âgé de moins de 65 ans s'il s'agit d'un adhérent assuré en vertu de l'option « 65 ans », âgé de moins de 60 ans s'il s'agit d'un adhérent assuré en vertu de l'option « 60 ans » et âgé de moins de 55 ans s'il s'agit d'un adhérent assuré en vertu de l'option « 55 ans ». Par conséquent, les primes versées au cours des 6 premiers mois d'invalidité totale lui sont alors remboursées.
- b) L'exonération de la prime cesse à la première des dates suivantes :
 - i) la date à laquelle l'adhérent cesse d'être totalement invalide;
 - ii) la date à laquelle l'adhérent est incapable ou omet de fournir à l'assureur des preuves satisfaisantes de son invalidité totale;
 - iii) la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 71 ans s'il s'agit d'un adhérent assuré en vertu de l'option « 65 ans »;
 - iv) la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 65 ans s'il s'agit d'un adhérent assuré en vertu de l'option « 60 ans » ou en vertu de l'option « 55 ans ».

DROIT DE TRANSFORMATION

Advenant la résiliation de la présente garantie sans qu'il soit possible de la remplacer par une assurance collective d'un autre assureur, l'assureur accordera d'office aux adhérents, dans les 31 jours suivant la date de résiliation, une assurance individuelle perte de revenu non résiliable avec renouvellement garanti et en conformité avec ses tarifs habituels d'assurance individuelle perte de revenu et comportant des protections similaires.

L'assurance individuelle perte de revenu résultant du présent droit de transformation est semblable à l'assurance collective que détenait l'adhérent en ce qui a trait à la garantie, au montant d'assurance et à l'âge limite de la protection d'assurance; elle diffère de l'assurance collective quant aux points suivants :

- a) le délai de carence minimum est de 30 jours;
- b) l'indexation des prestations est égale au moindre de 3 % et du taux annuel de variation de l'indice des prix à la consommation, tel que publié par Statistique Canada pour la période de 12 mois se terminant 6 mois avant la date à laquelle doit s'appliquer l'indexation;
- c) le contrat individuel résultant du présent droit de transformation ne comporte pas de clause d'indexation du montant d'assurance.

FIN DE L'ASSURANCE

L'assurance de tout adhérent prend fin à 23 h 59 à la première des dates suivantes :

- a) la date de la résiliation du régime ou de la présente garantie sous réserve des dispositions prévues à la clause EXONÉRATION DE LA PRIME de cette garantie;
- b) la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée par cet adhérent, si cette prime n'est pas payée avant la fin du délai de grâce;
- c) la date à laquelle il cesse d'être chirurgien dentiste;
- d) la date de résiliation demandée, pourvu qu'il ait fait parvenir une demande écrite à cet effet à l'administrateur ou à l'assureur avant la date en question, sinon à la date de réception de la demande écrite;
- e) la date à laquelle il perçoit ou laisse percevoir, en conséquence de fausses demandes ou de fausses représentations provenant de lui-même ou d'un tiers, des prestations auxquelles le régime ne donne pas droit, à l'exception toutefois du statut de non-fumeur, et ce, sans égard à tout autre recours que l'assureur pourrait exercer;
- f) la date de sa retraite;
- g) la date à laquelle il ne correspond plus à la définition d'étudiant en 4^e année de médecine dentaire, s'il ne devient pas assuré à titre de chirurgien dentiste;
- h) la date à laquelle l'étudiant en médecine dentaire interrompt ses études;

- i) la date à laquelle il atteint l'âge de 71 ans s'il s'agit d'un adhérent assuré en vertu de l'option « 65 ans »;
- j) la date à laquelle il atteint l'âge de 65 ans s'il s'agit d'un adhérent assuré en vertu de l'option « 60 ans » ou en vertu de l'option « 55 ans ».

DEMANDE DE PRESTATIONS

Toute demande de prestations doit être soumise sur les formulaires fournis à cet effet par l'assureur dans les 90 jours suivant immédiatement la date de l'événement donnant droit à des prestations.

Des preuves satisfaisantes quant à la cause et à la durée de l'invalidité, y compris un rapport médical, doivent être présentées à l'assureur au cours des 90 jours qui suivent le début de l'invalidité, mais pas plus tard que 15 jours après la date à laquelle l'adhérent a repris ses fonctions professionnelles habituelles. L'adhérent doit également soumettre des preuves de continuation de son invalidité chaque fois que l'assureur en fait la demande et ce, dans les 31 jours qui suivent la date de la demande de l'assureur. Si l'adhérent ne respecte pas ces délais, il peut perdre son droit aux prestations pour la période de la fin du délai accordé à la date à laquelle l'assureur reçoit les preuves relatives à son invalidité.

Le défaut de transmettre la demande de prestations ou de fournir les preuves et renseignements dans les délais prévus n'empêche pas le versement des prestations pourvu que la demande, les preuves et les renseignements soient fournis aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire. Cependant, la demande de prestations, les preuves et les renseignements devront parvenir à l'assureur au plus tard 12 mois après la date du début de l'invalidité; autrement, les prestations pour la période écoulée entre la date limite et celle où les preuves d'invalidité parviennent à l'assureur pourraient ne pas être versées.

L'assureur se réserve le droit d'exiger des preuves ou renseignements additionnels et de faire examiner la personne assurée par un médecin de son choix.

ASSURANCE INVALIDITÉ - FRAIS DE BUREAU

DÉFINITION PARTICULIÈRE

Délai de carence

Période durant laquelle l'adhérent est dans l'incapacité d'exercer en tout ou en partie les principales tâches de ses fonctions professionnelles habituelles à la suite d'une invalidité partielle ou totale résultant d'une maladie ou d'un accident avant d'avoir droit au paiement des indemnités en vertu de la présente garantie.

Invalidité partielle

État d'incapacité résultant d'une maladie ou d'un accident, qui réduit les capacités de l'adhérent d'exercer ses fonctions professionnelles habituelles et qui, de ce fait, lui cause une perte de revenu net.

Tout chirurgien dentiste souffrant de l'infection au V.I.H. (infection par le virus de l'immunodéficience humaine), de l'hépatite B ou C ou de toute autre maladie transmissible grave est aussi considéré être en invalidité partielle à l'égard de la période pendant laquelle la divulgation à ses patients de son infection ou maladie ou des restrictions de sa pratique en raison de son infection ou maladie lui sont recommandées ou imposées.

Dans le cas d'un chirurgien dentiste pratiquant la médecine dentaire au Québec, cette divulgation de son état ou ces restrictions de pratique peuvent être émises par l'Ordre des dentistes du Québec, ou par un décret du Ministère de la Santé et des services sociaux, ou à la suite d'une ordonnance d'un centre hospitalier ou de recommandations ou décisions de toute instance, de tout organisme ou de tout comité ayant une telle capacité en cette matière.

Dans le cas d'un chirurgien dentiste pratiquant la médecine dentaire dans une province canadienne, autre que la province de Québec, ou dans un état des États-Unis, cette divulgation de son état ou ces restrictions de pratique peuvent être émises par un organisme de réglementation, un gouvernement ou une institution gouvernementale, un centre hospitalier ou toute instance, tout organisme ou tout comité ayant une telle capacité en cette matière et ayant juridiction sur le territoire où le chirurgien dentiste exerce sa profession.

Invalidité totale

État d'incapacité résultant d'une maladie ou d'un accident, qui empêche l'adhérent d'accomplir les principales tâches de ses fonctions professionnelles habituelles et pour lequel il est sous surveillance médicale. Dans le cas d'un étudiant en médecine dentaire ou d'un résident spécialiste, l'état d'incapacité en question doit empêcher l'adhérent d'accomplir les principales tâches des fonctions professionnelles habituelles d'un chirurgien dentiste.

Tout chirurgien dentiste souffrant de l'infection au V.I.H. (infection par le virus de l'immunodéficience humaine), de l'hépatite B ou C ou de toute autre maladie transmissible grave est aussi considéré comme totalement invalide à l'égard de la période pendant laquelle il lui est interdit de pratiquer en raison de sa maladie.

Dans le cas d'un chirurgien dentiste pratiquant la médecine dentaire au Québec, cette interdiction de pratique peut être émise par l'Ordre des dentistes du Québec, ou par un décret du Ministère de la Santé et des services sociaux, ou à la suite d'une ordonnance d'un centre hospitalier ou de recommandations ou décisions de toute instance, de tout organisme ou de tout comité ayant une telle capacité en cette matière.

Dans le cas d'un chirurgien dentiste pratiquant la médecine dentaire dans une province canadienne, autre que la province de Québec, ou dans un état des États-Unis, cette interdiction de pratique peut être émise par un organisme de réglementation, un gouvernement ou une institution gouvernementale, un centre hospitalier ou toute instance, tout organisme ou tout comité ayant une telle capacité en cette matière et ayant juridiction sur le territoire où le chirurgien dentiste exerce sa profession.

Présomption d'invalidité totale : En cas de perte totale et irréversible de la parole, de la vision d'un oeil, de l'ouïe, de l'usage d'une main ou de l'usage des 2 pieds, la personne qui subit la perte est reconnue comme totalement invalide, qu'elle occupe ou non un autre emploi et qu'elle soit ou non suivie par un médecin, à condition que la perte résulte d'une maladie ou d'un accident.

Période d'invalidité et récidive

Aux fins de l'application des INDEMNITÉS et de l'EXONÉRATION DE LA PRIME, toute période continue d'invalidité ou toutes périodes successives d'invalidité résultant d'une même maladie ou d'un même accident et séparées par une période de moins de 12 mois consécutifs de travail régulier. Si au cours d'une période d'invalidité donnée, une invalidité due à une autre cause survient, cette dernière sera considérée être survenue en même temps que la première et la période d'invalidité ne sera pas augmentée de ce seul fait.

ADMISSIBILITÉ

Tout chirurgien dentiste de moins de 70 ans qui exerce ses fonctions professionnelles habituelles en cabinet privé au Canada ou aux États-Unis est admissible à la présente garantie.

DEMANDE D'ASSURANCE ET PREUVES D'ASSURABILITÉ

L'adhésion à la présente garantie est facultative. Le chirurgien dentiste qui désire adhérer à la présente garantie doit remplir une demande d'assurance à cet effet; il doit également fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur.

La demande d'assurance du chirurgien dentiste rémunéré à la commission ou au pourcentage doit également être signée par le payeur de la prime.

Sous réserve des autres dispositions de la présente garantie, tout adhérent qui désire modifier son assurance doit fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur si la modification demandée représente un avantage par rapport à l'assurance détenue auparavant.

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

a) L'assurance entre en vigueur à l'une des dates suivantes :

- i) dans le cas de tout chirurgien dentiste assuré le 31 décembre 2011 en vertu de la garantie Assurance frais de bureau du régime antérieur, l'assurance en vertu de la présente garantie prend effet le 1^{er} janvier 2012 sauf si l'adhérent est en invalidité totale, auquel cas l'assurance prend effet à la fin de la période d'invalidité totale;
- ii) dans le cas d'une demande qui nécessite des preuves d'assurabilité, l'assurance entre en vigueur à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité ou de la déclaration de bonne santé, si au moins 1/12 de la prime annuelle a été versé à l'administrateur ou à l'assureur, à condition que le chirurgien dentiste soit assurable au taux de prime régulier le jour où les preuves d'assurabilité ou la déclaration de bonne santé sont acceptées.

Si les preuves d'assurabilité ou la déclaration de bonne santé n'ont pas été fournies dans les 60 jours suivant la signature de la demande d'assurance, celle-ci devient nulle;

- iii) dans le cas d'une demande qui ne nécessite pas de preuves d'assurabilité, l'assurance entre en vigueur à la date de réception de la demande d'assurance, si au moins 1/12 de la prime annuelle a été versé à l'administrateur ou à l'assureur;
- iv) dans le cas où le chirurgien dentiste est assurable, mais à un taux de prime différent du taux régulier, son assurance entre en vigueur à la date de réception de la surprime par l'administrateur ou l'assureur.

b) Si un chirurgien dentiste devient totalement invalide à la suite d'un accident survenu dans les 60 jours après avoir rempli sa demande d'assurance, mais avant d'avoir transmis à l'assureur le dernier élément des preuves d'assurabilité ou avant que l'assureur n'ait accepté ou refusé sa demande et les preuves d'assurabilité fournies, l'assurance faisant l'objet de la demande d'assurance est alors reconnue comme ayant été en vigueur au moment de l'invalidité totale, sans autre condition.

RÉSIDENT DANS UNE SPÉCIALISATION

- a) L'adhérent qui devient résident spécialiste tel que défini à la clause DÉFINITIONS peut interrompre ou maintenir en vigueur son plein montant ou un montant d'assurance réduit en vertu de la présente garantie pendant la période prévue de sa résidence dans une spécialisation, sous réserve des dispositions suivantes :
 - i) L'adhérent doit informer l'administrateur ou l'assureur avant le début de sa résidence dans une spécialisation de la date prévue de la fin de ladite résidence;

- ii) L'adhérent doit continuer à verser les primes à l'administrateur ou à l'assureur pour toute la durée de la résidence dans une spécialisation, s'il a choisi de maintenir son plein montant d'assurance ou de le réduire, sous réserve des dispositions prévues à la clause EXONÉRATION DE LA PRIME.
- b) Si, pendant la période de la résidence dans une spécialisation, l'adhérent interrompt son assurance ou maintient un montant d'assurance réduit, il peut, au terme de ladite période, recommencer à être assuré pour le montant qu'il détenait auparavant en vertu de la présente garantie sans avoir à prouver son assurabilité, pourvu qu'il en fasse la demande au cours des 60 jours qui suivent immédiatement la date à laquelle a pris fin sa période de résidence dans une spécialisation et pourvu qu'il ne soit pas devenu invalide au cours de cette période.

Si l'adhérent est devenu invalide pendant cette période, il peut recommencer à être assuré pour le montant qu'il détenait auparavant à la date de la fin de son invalidité si celle-ci est postérieure à la fin de cette période.
- c) En cas d'invalidité survenant durant la résidence dans une spécialisation,
 - i) si l'adhérent ne doit pas supporter de façon raisonnable et habituelle des frais de bureau admissibles pendant la résidence dans une spécialisation, il sera alors considéré que l'invalidité a débuté le lendemain de la date prévue de la fin de la résidence dans une spécialisation, ce délai ne s'appliquant toutefois pas à la clause EXONÉRATION DE LA PRIME;
 - ii) si l'adhérent doit supporter de façon raisonnable et habituelle des frais de bureau admissibles pendant la résidence dans une spécialisation, le paiement des indemnités sera alors effectué après l'épuisement du délai de carence. De plus, le montant de la prestation sera établi en fonction de la part des frais que l'adhérent doit supporter de façon raisonnable et habituelle entre la date du début de sa résidence en spécialisation et la date du début de son invalidité, sous réserve de toute autre disposition sur les indemnités. À compter de la date prévue de la fin de la résidence dans une spécialisation, le montant des indemnités sera établi conformément aux termes et conditions de la présente garantie.

INDEMNITÉS

Somme assurée mensuelle

La somme assurée correspond à un multiple de 100 \$ et ne peut être inférieure à 500 \$. Au 1^{er} janvier 2026, la somme assurée choisie lors de l'adhésion ne peut être supérieure à 50 100 \$ pour les Options 1, 2 et 3 et de 10 700 \$ pour l'Option 4. Ces maximums sont indexés conformément à la présente clause.

La somme assurée pour les adhérents âgés entre 36 et 54 ans inclusivement, qui accomplissent les principales tâches de leurs fonctions professionnelles habituelles, est indexée le 1^{er} janvier de chaque année. Cette indexation annuelle est égale au moindre de 5 % et du taux annuel de variation de l'indice des prix à la consommation, tel que publié par Statistique Canada pour la période de 12 mois se terminant le 30 juin précédent; cette indexation ne peut toutefois être négative.

La somme assurée pour les adhérents âgés de 35 ans ou moins, qui accomplissent les principales tâches de leurs fonctions professionnelles habituelles, est indexée le 1^{er} janvier de chaque année. Cette indexation annuelle est égale au plus élevé de 5 % et du taux annuel de variation de l'indice des prix à la consommation, tel que publié par Statistique Canada pour la période de 12 mois se terminant le 30 juin précédent; cette indexation ne peut toutefois être négative.

Aucune augmentation de la somme assurée ne peut survenir au cours d'une période d'invalidité totale ou partielle. Après le retour au travail de l'adhérent, toute indexation de la somme assurée qui n'a pas eu lieu en raison d'une invalidité se fait à la date de retour au travail et ce, à l'égard de toute nouvelle période d'invalidité.

Le montant d'assurance maximal prévu à la présente clause est indexé le 1^{er} janvier de chaque année. Cette indexation annuelle est égale au moindre de 5 % et du taux annuel de variation de l'indice des prix à la consommation, tel que publié par Statistique Canada pour la période de 12 mois se terminant le 30 juin précédent; cette indexation ne peut toutefois être négative.

Les résultats de l'indexation de la somme assurée et du montant d'assurance maximal sont arrondis au prochain multiple de 100 \$.

Délai de carence

L'adhérent choisit parmi les délais de carence suivants :

- a) 7 jours;
- b) 14 jours;
- c) 30 jours.

Dans le cas des adhérents dont le délai de carence est de 30 jours, les jours constituant le délai de carence peuvent être accumulés de façon non consécutive, à condition que la rechute résulte de la même maladie ou du même accident et survienne dans les 180 jours suivant le retour au travail.

Aux fins du calcul du délai de carence suite à une invalidité partielle, toute journée comprise dans une période d'invalidité au cours de laquelle le chirurgien dentiste doit réduire ses activités professionnelles à la suite d'une invalidité partielle, incluant les journées où le chirurgien dentiste exerce ses fonctions, sont comptabilisées au calcul du délai de carence.

Invalidité totale

- a) Lorsqu'un adhérent devient totalement invalide, les frais de bureau admissibles, tels que définis à la présente garantie, seront versés au bénéficiaire, après épuisement du délai de carence, et jusqu'à concurrence d'une indemnité mensuelle établie en fonction de l'Option choisie, sous réserve des minimums et maximums d'assurance et de toute indexation prévue à la présente garantie.

- b) En cas d'invalidité totale, l'indemnité mensuelle maximale pouvant être versée au bénéficiaire correspond à un pourcentage de la somme assurée, selon ce qui suit et sous réserve de toutes limites prévues à la présente garantie :

Durée de l'invalidité totale après le délai de carence	Pourcentage
Option 1	
• pour chacun des 3 premiers mois	100 %
• pour chacun des 6 mois suivants	65 %
• pour chacun des 3 mois suivants	40 %
Option 2	
• pour chacun des 12 premiers mois	100 %
Option 3	
• pour chacun des 3 premiers mois	100 %
• pour chacun des 4 mois suivants	75 %
• pour chacun des 17 mois suivants	50 %
Option 4 ⁽¹⁾	
• pour chacun des 2 premiers mois	100 %
• pour chacun des 2 mois suivants	75 %
• pour chacun des 2 mois suivants	50 %

- ⁽¹⁾ Seule l'Option 4 est offerte aux chirurgiens dentistes à la commission ou au pourcentage ayant signé une entente contractuelle avec le chirurgien dentiste propriétaire ou le cabinet dentaire privé en vertu de laquelle il doit remettre à ce dernier les sommes dues lors de sa période d'invalidité.

Invalidité partielle

- a) Pour ouvrir droit à des indemnités, une invalidité partielle n'a pas à être précédée d'une période d'invalidité totale et le délai de carence s'applique de la même façon qu'en cas d'invalidité totale,
- b) La prestation en cas d'invalidité partielle est une indemnité mensuelle qui correspond aux frais nets de fonctionnement réellement engagés par l'adhérent durant la période d'invalidité partielle jusqu'à concurrence de l'indemnité mensuelle que le bénéficiaire aurait reçue si l'adhérent avait été en invalidité totale.

Par frais nets de fonctionnement, on entend le montant des dépenses mensuelles admissibles à titre de frais de bureau tels que définis à la clause Frais de bureau admissibles et réellement engagés par l'adhérent pendant l'invalidité partielle, duquel sont déduits ses honoraires bruts réellement facturés.

Présomption d'invalidité totale

S'il y a présomption d'invalidité totale en raison d'une des pertes décrites dans la définition d'invalidité totale, le droit à l'indemnité mensuelle débute le jour où l'adhérent subit la perte si ce jour est antérieur à celui où le droit à l'indemnité aurait autrement débuté.

Frais de bureau admissibles

- a) Les frais de bureau admissibles en vertu de la présente garantie comprennent la part des frais suivants que l'adhérent doit engager de façon raisonnable et habituelle dans l'exercice de sa profession en cabinet privé, étant entendu que les frais se rapportant à des périodes qui s'étendent sur plus d'un mois sont calculés au prorata :
 - i) la rémunération des employés et la cotisation de l'adhérent à titre d'employeur aux différents régimes publics ainsi qu'aux régimes d'assurance collective et de retraite des employés;
 - ii) le coût des services publics tels que l'électricité, le téléphone et l'eau;
 - iii) le loyer, les taxes foncières, ou l'amortissement ou le versement mensuel en remboursement d'un emprunt hypothécaire contracté sur la partie de l'immeuble où se trouve le cabinet du chirurgien dentiste (l'adhérent doit choisir dès le début de sa période d'invalidité entre l'amortissement ou le remboursement mensuel d'un emprunt hypothécaire);
 - iv) le coût des services de blanchisserie, de conciergerie et d'entretien;
 - v) les honoraires pour services professionnels, tels que la comptabilité, le contentieux ou la facturation;
 - vi) les versements découlant d'un contrat de crédit-bail, ou l'amortissement ou les versements équivalents consistant en paiements d'intérêt et de capital pour le mobilier, l'équipement ou le matériel requis par l'adhérent dans l'exercice de sa profession; les versements comprenant les taxes et frais d'entretien;
 - vii) la cotisation de l'adhérent aux différentes associations professionnelles;
 - viii) les fournitures utilisées par les hygiénistes dentaires du cabinet du chirurgien dentiste;
 - ix) les autres dépenses courantes.
- b) Il est toutefois entendu que les frais de bureau suivants sont exclus des frais de bureau admissibles:
 - i) les salaires, honoraires ou autres bénéfices revenant à l'adhérent ainsi que la partie des honoraires représentant la rémunération personnelle des chirurgiens dentistes à la commission ou au pourcentage ou des chirurgiens dentistes remplaçants pour accomplir les tâches de l'adhérent lors de son invalidité totale;
 - ii) le coût d'achat des marchandises, des produits pharmaceutiques et des autres fournitures à l'exception de ceux prévus à l'alinéa viii) du paragraphe a);
 - iii) les frais dont l'adhérent n'était pas responsable avant son invalidité.

- c) Sous réserve des paragraphes a) et b) de la présente clause, les frais de bureau qui sont admissibles en vertu de la présente garantie pour les chirurgiens dentistes rémunérés à la commission ou au pourcentage ayant signé une entente contractuelle sont les sommes qu'il doit remettre au bénéficiaire à l'égard de sa période d'invalidité selon l'entente contractuelle liant ce chirurgien dentiste et le chirurgien dentiste propriétaire ou le cabinet dentaire privé et qui existait avant la période d'invalidité.
- d) Dans le cas où il y a plus d'un dentiste pratiquant au sein du même cabinet dentaire, et sous réserve des paragraphes a) et b) de la présente clause, les frais de bureau admissibles lors de l'invalidité de l'adhérent sont établis en tenant compte :
 - i) advenant l'existence d'une entente écrite répartissant entre les dentistes les frais de bureau sur une base autre que celle des honoraires facturés, du pourcentage alloué à l'adhérent selon cette entente.
 - ii) s'il n'y a pas d'entente écrite répartissant les frais de bureau, du pourcentage des honoraires facturés par l'adhérent par rapport au total des honoraires facturés par l'ensemble des dentistes pratiquant dans ce cabinet, et ce, au cours de la période de 12 mois précédant le début de son invalidité.

Cette règle ne s'applique pas au cas prévu à l'alinéa c) ci-dessus.

Coordination par réduction indirecte

La prestation mensuelle d'un adhérent invalide est réduite de telle façon que le total de la prestation mensuelle en vertu de la présente garantie et des prestations de même nature payables en vertu d'autres sources n'excède pas 100 % des frais de bureau admissibles tels que définis à la clause Frais de bureau admissibles de la présente garantie pour cette période. Les prestations payables en vertu d'autres sources sont tous les montants reçus ou que l'adhérent invalide serait en droit de recevoir en vertu de tout régime d'assurance individuel, collectif ou d'association.

Prolongation de la période d'indemnisation

Si l'invalidité se poursuit lorsque la période d'indemnisation prévue en cas d'invalidité totale ou partielle prend fin, cette période peut être prolongée jusqu'à la première des dates suivantes :

- a) la date de la fin d'une période additionnelle de 12 mois;
- b) la date à laquelle le total des remboursements de l'assureur correspond à
 - i) 8,1 fois la somme assurée que détient l'adhérent pour ce qui est de l'Option 1, ou
 - ii) 12,0 fois la somme assurée que détient l'adhérent pour ce qui est de l'Option 2, ou
 - iii) 14,5 fois la somme assurée que détient l'adhérent pour ce qui est de l'Option 3, ou
 - iv) 4,5 fois la somme assurée que détient l'adhérent pour ce qui est de l'Option 4.

Cette prolongation est conditionnelle à la prolongation de l'invalidité.

De plus, le pourcentage de la somme assurée qui sert à déterminer l'indemnité maximale au cours de la prolongation est le même qu'à la fin de la période d'indemnisation normale.

Fractionnement de l'indemnité

L'indemnité mensuelle est fractionnée, le cas échéant, à raison de 1/30 par jour d'invalidité au cours du mois durant lequel l'invalidité débute ou se termine.

Début de l'indemnisation

Le versement des indemnités débute après l'expiration de délai de carence.

Cessation de l'indemnisation

Le versement de l'indemnité cesse à la première des dates suivantes :

- a) la date à laquelle se termine l'invalidité totale après le délai de carence indiqué à l'alinéa b) de la clause Invalidité totale de la présente garantie;
- b) si l'invalidité totale se poursuit au-delà de la période d'indemnisation, la date de la fin de la période de prolongation en vertu de la clause Prolongation de la période d'indemnisation de la présente garantie;
- c) la date à laquelle l'adhérent cesse d'être invalide;
- d) la date à laquelle l'adhérent omet de se faire examiner par le médecin désigné par l'assureur;
- e) la date à laquelle l'adhérent omet de soumettre les preuves d'assurabilité demandées par l'assureur.

Décès de l'adhérent

Si l'adhérent décède à un moment où il a droit à des indemnités en vertu de la présente garantie, l'assureur continue de verser les indemnités au bénéficiaire désigné ou, à défaut d'une désignation, à la succession de cet adhérent afin de payer la part de ses frais de bureau pour une période maximale de 3 mois suivant immédiatement son décès. Le montant ainsi payé pour chaque mois ne peut en aucun cas excéder le montant maximal qui aurait autrement été payé si l'adhérent n'était pas décédé.

Si l'adhérent décède à un moment où il n'a pas droit à des indemnités en vertu de la présente garantie, l'assureur verse les indemnités des 3 premiers mois au bénéficiaire désigné, sans tenir compte du délai de carence ou, à défaut d'une désignation, à la succession de cet adhérent, sur présentation de pièces justificatives.

LIMITATIONS ET EXCLUSIONS

L'assureur ne verse aucune indemnité pendant une période d'invalidité :

- a) qui résulte d'une participation à une émeute ou à une guerre, déclarée ou non;
- b) qui résulte de blessures que l'adhérent s'inflige volontairement, sauf si elles surviennent dans le cours de l'évolution d'une maladie mentale identifiée auparavant;

- c) qui résulte d'un acte criminel commis par l'adhérent, cette exclusion ne s'appliquant toutefois pas à la conduite en état d'ébriété;
- d) durant laquelle l'adhérent n'est pas sous traitement médical ou sous les soins réguliers d'un médecin, sauf dans le cas d'un état stationnaire attesté par un médecin.

EXONÉRATION DE LA PRIME

- a) Un adhérent âgé de moins de 65 ans a droit à l'exonération du paiement de la prime en vertu de la présente garantie s'il est totalement invalide depuis au moins 6 mois consécutifs et est admissible aux indemnités à la suite de cette invalidité totale en vertu de cette garantie. Par conséquent, les primes versées au cours des 6 premiers mois d'invalidité totale lui sont alors remboursées.
- b) L'exonération de la prime cesse à la première des dates suivantes :
 - i) la date à laquelle l'adhérent cesse d'être totalement invalide;
 - ii) la date à laquelle l'adhérent est incapable ou omet de fournir à l'assureur des preuves satisfaisantes de son invalidité totale;
 - iii) la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 71 ans.

DROIT DE TRANSFORMATION

Advenant la résiliation de la présente garantie sans qu'il soit possible de la remplacer par une assurance collective d'un autre assureur, l'assureur accordera d'office aux adhérents, dans les 31 jours suivant la date de résiliation, une assurance individuelle frais de bureau non résiliable avec renouvellement garanti, en conformité avec ses tarifs habituels d'assurance individuelle frais de bureau et comportant des protections similaires.

L'assurance individuelle frais de bureau résultant du présent droit de transformation est semblable à l'assurance collective que détenait l'adhérent, sauf en ce qui a trait aux points suivants :

- a) le délai de carence minimum est de 30 jours;
- b) le contrat individuel ne comporte pas de clause d'indexation du montant d'assurance.

FIN DE L'ASSURANCE

L'assurance de tout adhérent prend fin à 23 h 59 à la première des dates suivantes :

- a) la date de la résiliation du régime ou de la présente garantie sous réserve des dispositions prévues à la clause EXONÉRATION DE LA PRIME de cette garantie;
- b) la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée par cet adhérent, si cette prime n'est pas payée avant la fin du délai de grâce;
- c) la date à laquelle il cesse d'être chirurgien dentiste;

- d) la date de résiliation demandée, pourvu qu'il ait fait parvenir une demande écrite à cet effet à l'assureur ou à l'administrateur avant la date en question, sinon à la date de réception de la demande écrite;
- e) la date à laquelle il perçoit ou laisse percevoir, en conséquence de fausses demandes ou de fausses représentations provenant de lui-même ou d'un tiers, des prestations auxquelles le régime ne donne pas droit, à l'exception toutefois du statut de non-fumeur, et ce, sans égard à tout autre recours que l'assureur pourrait exercer;
- f) la date de sa retraite;
- g) la date à laquelle il atteint l'âge de 71 ans.

DEMANDE D'INDEMNISATION

Toute demande d'indemnisation doit être soumise sur les formulaires fournis à cet effet par l'assureur dans les 90 jours suivant immédiatement la date de l'événement donnant droit à des indemnités.

Des preuves satisfaisantes quant à la cause et à la durée de l'invalidité, y compris un rapport médical, doivent être présentées à l'assureur au cours des 90 jours qui suivent le début de l'invalidité, mais pas plus tard que 15 jours après la date à laquelle l'adhérent a repris ses fonctions professionnelles habituelles. L'adhérent doit également soumettre des preuves de continuation de son invalidité chaque fois que l'assureur en fait la demande et ce, dans les 31 jours qui suivent la date de la demande de l'assureur. Si l'adhérent ne respecte pas ces délais, il peut perdre son droit aux indemnités pour la période de la fin du délai accordé à la date à laquelle l'assureur reçoit les preuves relatives à son invalidité.

Le défaut de transmettre la demande d'indemnisation ou de fournir les preuves et renseignements dans les délais prévus n'empêche pas le paiement des indemnités, pourvu que la demande, les preuves et les renseignements soient fournis aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire. Cependant, la demande d'indemnisation, les preuves et les renseignements devront parvenir à l'assureur au plus tard 12 mois après la date du début de l'invalidité; autrement, les indemnités pour la période écoulée entre la date limite et celle où les preuves d'invalidité parviennent à l'assureur pourraient ne pas être versées.

L'assureur se réserve le droit d'exiger des preuves ou renseignements additionnels et de faire examiner la personne assurée par un médecin de son choix.

ASSURANCE VIE ET ASSURANCE DÉCÈS OU MUTILATION ACCIDENTELS DU CONJOINT ET DES ENFANTS À CHARGE

DÉFINITION PARTICULIÈRE

Perte

Perte complète et définitive de la parole, de l'ouïe ou de la vue, ou de l'usage d'un membre, tel qu'indiqué au Tableau des pertes de la présente garantie.

CONDITION PARTICULIÈRE

Tout enfant à charge doit être âgé d'au moins 24 heures afin d'être admissible à la présente garantie.

ADMISSIBILITÉ

Le conjoint de moins de 70 ans ou un enfant à charge d'un adhérent deviennent admissibles à l'assurance à la dernière des dates suivantes :

- a) la date d'entrée en vigueur du présent régime si à cette date il est considéré comme conjoint ou enfant à charge d'un adhérent;
- b) la date à laquelle il devient conjoint ou enfant à charge d'un adhérent.

DEMANDE D'ASSURANCE ET PREUVES D'ASSURABILITÉ

- a) L'adhésion à la présente garantie est facultative. L'adhésion des enfants à charge doit s'accompagner de celle du conjoint, le cas échéant. Toutefois, il peut y avoir adhésion des enfants à charge sans qu'il y ait adhésion du conjoint dans le cas où il n'y a pas de conjoint. Il est entendu à cet égard que l'adhésion des enfants à charge doit se faire en même temps que celle de l'adhérent, sans quoi des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur devront être fournies à l'égard desdits enfants à charge.

Pour tout conjoint admissible ou pour les enfants à charge admissibles d'un même adhérent, celui-ci doit soumettre une demande d'assurance à cet effet.

Lorsque des preuves d'assurabilité sont requises, celles-ci doivent être jugées satisfaisantes par l'assureur.

- b) Sous réserve des autres dispositions de la présente garantie, tout adhérent qui désire modifier l'assurance de son conjoint doit soumettre à son égard des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur si la modification demandée représente un avantage par rapport à l'assurance détenue auparavant.

- c) L'adhésion à l'ASSURANCE DÉCÈS OU MUTILATION ACCIDENTELS de la présente garantie est facultative et conditionnelle à l'adhésion du conjoint ou des enfants à charge à l'ASSURANCE VIE de la présente garantie.

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

- a) L'assurance du conjoint entre en vigueur à l'une des dates suivantes :
- i) dans le cas d'une personne assurée le 31 décembre 2011 en vertu de la garantie Assurance décès et mutilation accidentels des personnes à charge du régime antérieur, l'assurance en vertu du présent régime prend effet le 1^{er} janvier 2012, sauf si l'adhérent est en invalidité totale, auquel cas l'assurance prend effet à la fin de la période d'invalidité totale;
 - ii) dans le cas où le conjoint doit soumettre des preuves d'assurabilité, l'assurance entre en vigueur à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité ou de la déclaration de bonne santé, si au moins 1/12 de la prime annuelle a été versé à l'administrateur ou à l'assureur et à condition que le conjoint soit assurable au taux de prime régulier le jour où les preuves d'assurabilité ou la déclaration de bonne santé sont acceptées;

Si les preuves d'assurabilité ou la déclaration de bonne santé n'ont pas été fournies dans les 60 jours suivant la signature de la demande d'assurance, celle-ci devient nulle;
 - iii) dans le cas où le conjoint est assurable, mais à un taux de prime différent du taux régulier, son assurance entre en vigueur à la date de réception de la surprime par l'administrateur ou l'assureur;
- b) Sous réserve des autres dispositions de la présente garantie, l'assurance de tout enfant à charge qui n'est pas hospitalisé entre en vigueur à la dernière des dates suivantes :
- i) la date du début de l'assurance de l'adhérent, si ce dernier demande l'assurance des enfants à charge au moment où il s'assure;
 - ii) la date du début de l'assurance du conjoint, si l'adhérent demande cette assurance sans avoir demandé au préalable l'assurance des enfants à charge;
 - iii) la date à laquelle l'enfant à charge devient admissible à l'assurance;
 - iv) la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur, si la demande d'assurance des enfants à charge est remplie à une autre date que la date de la demande d'assurance de l'adhérent ou du conjoint;
 - v) la date à laquelle au moins 1/12 de la prime annuelle des enfants à charge a été versé à l'administrateur ou à l'assureur.
- c) Sous réserve des autres dispositions de la présente garantie, si un enfant à charge est hospitalisé le jour où son assurance doit normalement entrer en vigueur, il ne devient assuré que 24 heures après son retour au domicile de l'adhérent. Toutefois, un nouveau-né d'un adhérent dont les enfants à charge sont déjà assurés devient assuré 24 heures après sa naissance.

RÉSIDENTE DANS UNE SPÉCIALISATION

- a) L'adhérent qui devient résident spécialiste tel que défini à la clause DÉFINITIONS peut interrompre ou maintenir en vigueur son plein montant ou un montant d'assurance réduit en vertu du présent régime pendant la période prévue de sa résidence, sous réserve de ce qui suit :
 - i) L'adhérent doit informer l'administrateur ou l'assureur avant le début de sa résidence dans une spécialisation de la date prévue de la fin de ladite résidence;
 - ii) L'adhérent doit continuer à verser la prime à l'administrateur ou à l'assureur pour toute la durée de la résidence dans une spécialisation, s'il a choisi de maintenir son plein montant d'assurance ou de le réduire, sous réserve des dispositions prévues à la clause EXONÉRATION DE LA PRIME.
- b) Si, pendant la période de la résidence dans une spécialisation, l'adhérent interromp son assurance ou maintient un montant d'assurance réduit, il peut, au terme de ladite période, recommencer à être assuré pour le montant qu'il détenait auparavant en vertu de la présente garantie sans avoir à prouver son assurabilité, pourvu qu'il en fasse la demande au cours des 60 jours qui suivent immédiatement la date à laquelle a pris fin sa période de résidence dans une spécialisation et pourvu qu'il ne soit pas devenu invalide au cours de cette période.

Si l'adhérent est devenu invalide pendant cette période, il peut recommencer à être assuré pour le montant qu'il détenait auparavant à la date de la fin de son invalidité si celle-ci est postérieure à la fin de cette période.

SOMME ASSURÉE

- a) La somme assurée qui devient payable au décès du conjoint de moins de 65 ans est égale au multiple de 1 000 \$ que l'adhérent a choisi lors de l'adhésion et pour lequel la prime versée correspond à la protection demandée, sous réserve des minimums et maximums d'assurance et de toute indexation prévue à la présente garantie.
- b) À la date de renouvellement du régime suivant le 65^e anniversaire de naissance du conjoint, la somme assurée alors prévue à son égard est réduite de 50 %.
- c) À la date de renouvellement du régime suivant le 70^e anniversaire de naissance du conjoint, la somme assurée alors prévue à son égard est de nouveau réduite de 50 %.
- d) À la date de renouvellement du régime suivant le 75^e anniversaire de naissance du conjoint, la somme assurée alors prévue à son égard est de nouveau réduite de 50 %.
- e) La somme assurée du conjoint choisie lors de l'adhésion ne peut être inférieure à 20 000 \$. Cependant, la somme assurée peut devenir inférieure à 20 000 \$ lors des réductions de la somme assurée prévues aux 65^e, 70^e et 75^e anniversaires de naissance du conjoint.

Nonobstant toute autre disposition de la présente garantie, toute somme assurée résultant de la réduction de la somme assurée initiale du conjoint de l'adhérent en raison de son âge est arrondie au prochain multiple de 1 000 \$.

- f) Au 1^{er} janvier 2026, la somme assurée à l'adhésion ne peut être supérieure aux montants suivants :
- i) 904 000 \$, s'il s'agit d'un conjoint âgé de moins de 65 ans;
 - ii) 400 000 \$, s'il s'agit d'un conjoint âgé de 65 ans à 69 ans.
- g) La somme assurée en cas de décès du conjoint des adhérents âgés entre 36 et 54 ans inclusivement, qui accomplissent les principales tâches de leurs fonctions professionnelles habituelles, est indexée le 1^{er} janvier de chaque année. Cette indexation annuelle est égale au moindre de 5 % et du taux annuel de variation de l'indice des prix à la consommation, tel que publié par Statistique Canada pour la période de 12 mois se terminant le 30 juin précédent; cette indexation ne peut toutefois être négative.
- h) La somme assurée en cas de décès du conjoint des adhérents âgés de 35 ans ou moins, qui accomplissent les principales tâches de leurs fonctions professionnelles habituelles, est indexée le 1^{er} janvier de chaque année. Cette indexation annuelle est égale au plus élevé de 5 % et du taux annuel de variation de l'indice des prix à la consommation, tel que publié par Statistique Canada pour la période de 12 mois se terminant le 30 juin précédent; cette indexation ne peut toutefois être négative.
- i) Aucune augmentation de la somme assurée ne peut survenir au cours d'une période d'invalidité totale donnant droit à l'exonération des primes. Après le retour au travail de l'adhérent, toute indexation de la somme assurée qui n'a pas eu lieu en raison d'une invalidité ayant débuté en 1994 ou après se fait à la date de retour au travail et ce, à l'égard de toute nouvelle période d'invalidité.
- j) Le montant d'assurance maximal prévu au sous-alinéa i) de l'alinéa f) est indexé le 1^{er} janvier de chaque année. Cette indexation annuelle est égale au moindre de 5 % et du taux annuel de variation de l'indice des prix à la consommation, tel que publié par Statistique Canada pour la période de 12 mois se terminant le 30 juin précédent; cette indexation ne peut toutefois être négative.
- k) Les résultats de l'indexation de la somme assurée et du montant d'assurance maximal sont arrondis au prochain multiple de 1 000 \$.
- l) Pour les adhérents dont l'assurance vie du conjoint ou des enfants à charge est entrée en vigueur avant le 1^{er} janvier 1999, la somme assurée payable au décès de tout enfant à charge de l'adhérent est égale à 10 000 \$ si la somme assurée du conjoint est de 150 000 \$ et moins.

La somme assurée payable au décès de tout enfant à charge est égale à 20 000 \$ si la somme assurée du conjoint de l'adhérent est de plus de 150 000 \$ à l'adhésion.

- m) Pour les adhérents dont l'assurance vie du conjoint ou des enfants à charge est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1999 ou après, la somme assurée payable au décès de tout enfant à charge de l'adhérent est égale à 10 000 \$, 15 000 \$ ou 20 000 \$ au choix de l'adhérent.

Nonobstant l'article 1) décrit précédemment, les adhérents dont l'assurance vie du conjoint et des enfants à charge est entrée en vigueur avant le 1^{er} janvier 1999, pourront modifier la somme assurée payable au décès de tout enfant selon les modalités décrites précédemment.

PAIEMENT PAR ANTICIPATION

- a) Dans le cas du conjoint dont l'espérance de vie est de moins de 24 mois, tel qu'attesté par son médecin traitant et sous réserve de l'acceptation de l'assureur, l'adhérent peut obtenir le paiement par anticipation d'une partie de la somme assurée du conjoint en vertu de la présente garantie. Le montant versé est toutefois limité à 50 % de ladite somme assurée, jusqu'à concurrence d'un maximum de 100 000 \$.

Au décès du conjoint, la somme assurée payable sera réduite du montant versé par anticipation et des intérêts accumulés sur ledit montant jusqu'à la date du décès.

- b) Le taux d'intérêt utilisé relativement au montant versé par anticipation est le même que celui qui est crédité par l'assureur lors du paiement des prestations de décès.
- c) L'adhérent demeure responsable du versement de la prime totale, à moins qu'il ne soit exonéré du paiement des primes.
- d) De plus, les conditions suivantes doivent être respectées :
- i) Le présent régime doit être en vigueur au moment de la demande de paiement par anticipation;
 - ii) Le bénéficiaire désigné par le conjoint doit l'être à titre révocable. Dans le cas d'un bénéficiaire désigné à titre irrévocable, l'autorisation de ce bénéficiaire est nécessaire et doit être jointe à la demande de paiement par anticipation;
 - iii) L'état de santé du conjoint ne doit pas être dû à une blessure qu'il s'est infligé volontairement.

EXCLUSION

Si la personne assurée décède au cours des deux premières années suivant la date de son adhésion à l'assurance et si son décès résulte d'un suicide, sans égard à l'état d'esprit de la personne assurée, la somme assurée prévue à son égard ne sera pas payable et l'obligation de l'assureur sera alors limitée au seul remboursement de la prime versée pour l'assurance vie de cette personne assurée.

Cette exclusion s'applique également à toute partie de somme assurée constituant une augmentation autre qu'une augmentation attribuable à une indexation. Dans un tel cas, la période d'exclusion de deux ans débute à la date de prise d'effet de l'augmentation de la somme assurée.

SOMME ASSURÉE EN CAS DE DÉCÈS OU MUTILATION ACCIDENTELS

- a) La somme assurée est celle définie à l'article SOMME ASSURÉE et peut être égale ou inférieure à celle en vigueur en vertu de l'ASSURANCE VIE de la présente garantie.

- b) Lorsqu'un conjoint ou un enfant à charge assuré subit un accident qui résulte en l'une des pertes indiqués au Tableau des pertes ci-dessous et que cette perte survient après le début de l'assurance et au cours des 365 jours qui suivent la date de cet accident, l'assureur s'engage à payer à l'adhérent un montant égal au pourcentage de la somme assurée payable à l'égard de la personne en question et pour laquelle la prime versée correspond à la protection demandée, conformément à ce qui est prévu au tableau suivant :

TABLEAU DES PERTES

Résultat de l'accident	Pourcentage
Décès	100 %
Hémiplégie	100 %
Paraplégie	100 %
Quadriplégie	100 %
Perte des deux jambes	100 %
Perte des deux mains ou des deux pieds	100 %
Perte de la vue des deux yeux	100 %
Perte d'un pied et de la vue d'un oeil	100 %
Perte d'une main ou de la vue d'un oeil	100 %
Perte de la parole ou de l'ouïe	100 %
Perte dun bras ou d'une jambe	75 %
Perte d'une main ou d'un pied	66 2/3 %
Perte de la vue d'un oeil	66 2/3 %
Perte de la parole ou de l'ouïe	66 2/3 %
Perte du pouce et de l'index	33 1/3 %
Perte de l'ouïe d'une oreille	16 2/3 %

- c) Lorsque la personne assurée subit plus d'une perte en vertu du Tableau des pertes ci-dessus, à la suite d'un même accident, la somme assurée à laquelle l'adhérent a droit ne peut excéder 100 % de la somme assurée prévue à l'égard de cette personne en vertu de la présente garantie et pour laquelle la prime versée correspond à la protection demandée.

LIMITATIONS ET EXCLUSIONS EN CAS DE DÉCÈS OU MUTILATION ACCIDENTELS

Aucune prestation n'est versée en vertu de la présente garantie si le décès ou la mutilation résulte :

- a) D'un voyage ou d'une envolée dans n'importe quel type d'aéronef, si l'adhérent est membre de l'équipage ou exerce une fonction quelconque relative à l'envolée;

- b) Des blessures que l'adhérent s'inflige intentionnellement ou de suicide ou tentative de suicide, sans égard à son état d'esprit;
- c) D'une émeute ou d'une guerre, déclarée ou non;
- d) D'une maladie ou d'une infection, à l'exception des infections résultant directement d'un accident;
- e) D'un acte criminel que l'adhérent a lui-même commis ou tenté de commettre, cette exclusion ne s'appliquant toutefois pas à la conduite en état d'ébriété;
- f) Du service actif de l'adhérent dans des forces armées;
- g) D'un empoisonnement, une intoxication ou l'usage de drogue par la personne assurée;
- h) Des lésions ne présentant aucune blessure ou contusion visible sur l'extérieur du corps, sauf la noyade et les lésions internes révélées par intervention chirurgicale ou autopsie.

EXONÉRATION DE LA PRIME

- a) Définition d'invalidité totale : Un adhérent est totalement invalide si, par suite de maladie ou d'un accident, il est incapable d'accomplir les principales tâches de ses fonctions professionnelles habituelles et pour laquelle il est sous surveillance médicale. Dans le cas d'un étudiant en médecine dentaire ou d'un résident spécialiste, l'état d'incapacité en question doit empêcher l'adhérent d'accomplir les principales tâches des fonctions professionnelles habituelles d'un chirurgien dentiste.

Définition de présomption d'invalidité totale : En cas de perte totale et irrécupérable de la parole, de la vision d'un oeil, de l'ouïe, de l'usage d'une main ou de l'usage des 2 pieds, la personne qui subit la perte est reconnue comme totalement invalide, qu'elle occupe ou non un autre emploi et qu'elle soit ou non suivie par un médecin, à condition que la perte résulte d'une maladie ou d'un accident.

- b) Définition de période d'invalidité totale : Aux fins d'application de la clause EXONÉRATION DE LA PRIME, toute période continue d'invalidité totale ou toutes périodes successives d'invalidité totale résultant d'une même maladie ou d'un même accident et séparées par une période de moins de 12 mois consécutifs de travail régulier. Si, pendant une période donnée, l'invalidité totale résulte d'une maladie ou d'un accident tout à fait indépendant de la maladie ou de l'accident qui a causé l'invalidité totale précédente, elle est considérée comme une nouvelle période d'invalidité totale. Cette définition ne s'applique qu'à l'exonération de la prime.
- c) Un adhérent âgé de moins de 65 ans a droit à l'exonération du paiement de la prime en vertu de la présente garantie s'il est totalement invalide depuis au moins 6 mois consécutifs. Par conséquent, les primes versées au cours des 6 premiers mois d'invalidité totale lui sont alors remboursées.

Toutefois, l'exonération du paiement de la prime est applicable à la prime correspondante à la somme assurée pour laquelle la présente clause a été retenue.

La preuve de son invalidité totale doit être considérée comme satisfaisante par l'assureur.

- d) L'exonération de la prime cesse à la première des dates suivantes :
 - i) la date à laquelle l'adhérent cesse d'être totalement invalide;
 - ii) la date à laquelle l'adhérent est incapable ou omet de fournir à l'assureur des preuves satisfaisantes de son invalidité totale;
 - iii) la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 80 ans.
- e) La présente clause s'applique si l'adhérent bénéficie également de la clause EXONÉRATION DE LA PRIME pour l'Assurance vie de l'adhérent.

DROIT DE TRANSFORMATION

- a) Pendant que cette garantie est en vigueur, toute personne assurée dont l'assurance vie prend fin autrement qu'en raison de son âge ou du décès de l'adhérent a le droit d'obtenir, sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité, un contrat individuel d'assurance vie de type temporaire un an, temporaire échéant à 65 ans, temporaire échéant à 70 ans ou temporaire échéant à 100 ans (avec ou sans garantie d'assurance décès ou mutilation accidentels, étant entendu que l'assurance individuelle de décès ou mutilation accidentels ne peut s'appliquer qu'aux personnes de moins de 65 ans) d'un genre habituellement émis par l'assureur, et sous réserve des dispositions suivantes :
 - i) La personne assurée doit transmettre à l'assureur, dans les 31 jours qui suivent la date de la fin de l'assurance, une demande écrite et la première prime du contrat proposé;
 - ii) le contrat individuel entre en vigueur à la date de la fin de l'assurance en vertu de la présente garantie;
 - iii) la prime du contrat individuel est déterminée selon l'âge et le sexe de la personne dont l'assurance est transformée lors de l'entrée en vigueur de l'assurance individuelle, selon les tarifs habituels de l'assureur;
 - iv) le montant de l'assurance individuelle est choisi par la personne assurée et ne peut être inférieur au montant prévu dans les règlements généraux de l'assureur ni supérieur à la somme assurée de cette garantie à l'égard de la personne concernée, sans toutefois excéder 500 000 \$;
 - v) pour la première année du contrat individuel, la personne assurée peut opter pour une assurance temporaire un an transformable en assurance permanente ou temporaire à 65 ans à la fin de la période d'un an, si la personne assurée est âgée de moins de 65 ans lorsqu'elle exerce son droit de transformation.

Le contrat individuel résultant du présent droit de transformation ne comporte pas de clause d'exonération des primes ni de clause d'indexation du montant d'assurance.

- b) Advenant la résiliation de la présente garantie sans qu'il soit possible de la remplacer par une assurance collective d'un autre assureur, l'assureur accordera d'office aux conjoints et aux enfants à charge assurés des adhérents, dans les 31 jours suivant la date de résiliation, une assurance vie individuelle temporaire de 5 ans, non résiliable, avec renouvellement garanti et d'un montant correspondant à la somme assurée en vertu de la présente garantie à la date de résiliation. À cet égard, l'assureur s'engage à demander ses tarifs habituels d'assurance vie individuelle.

Le contrat individuel résultant du présent droit de transformation ne comporte pas de clause d'indexation du montant d'assurance.

MAINTIEN D'ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS DE L'ADHÉRENT

Au décès de l'adhérent, l'assurance de son conjoint et de ses enfants à charge assurés en vertu de la présente garantie peut être maintenue en vigueur. La demande doit être transmise par écrit à l'assureur dans les 31 jours qui suivent la date du décès de l'adhérent. Le conjoint obtient alors le statut d'adhérent aux fins de l'application des dispositions du régime, étant entendu que l'assurance ne peut par la suite s'appliquer à aucune personne qui n'était pas déjà assurée à titre de conjoint ou d'enfant à charge de l'adhérent décédé. Il est aussi entendu que c'est le conjoint qui est responsable du paiement des primes nécessaires au maintien de l'assurance en cas de décès de l'adhérent.

FIN DE L'ASSURANCE

L'assurance du conjoint et d'un enfant à charge prend fin à 23 h 59 à la première des dates suivantes :

- a) la date de la résiliation du régime ou de la présente garantie sous réserve des dispositions prévues à la clause EXONÉRATION DE LA PRIME de cette garantie;
- b) la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée en vertu de la présente garantie, si cette prime n'est pas payée avant la fin du délai de grâce;
- c) la date à laquelle ils cessent d'être admissibles à la garantie en leur qualité de conjoint et d'enfant à charge;
- d) la date de résiliation demandée par l'adhérent, pourvu qu'il ait fait parvenir une demande écrite à cet effet à l'administrateur ou à l'assureur avant la date en question, sinon à la date de réception de la demande écrite;
- e) la date à laquelle l'adhérent, le conjoint ou un enfant à charge perçoit ou laisse percevoir, en conséquence de fausses demandes ou de fausses représentations provenant de lui-même ou d'un tiers, des prestations auxquelles la présente garantie ne donne pas droit et ce, sans égard à tout autre recours que l'assureur pourrait exercer, à l'exception toutefois du statut de non-fumeur pour la garantie d'assurance vie du conjoint;
- f) la date à laquelle le conjoint atteint l'âge de 80 ans pour la somme assurée de l'assurance vie et 70 ans pour la somme assurée de décès et mutilation accidentels.

DEMANDE DE PRESTATIONS

Toute demande de prestations doit être soumise sur les formulaires fournis à cet effet par l'assureur dans 90 jours suivant immédiatement la date de l'événement donnant droit à des prestations, et des preuves écrites satisfaisantes doivent parvenir à l'assureur dans les 12 mois suivant immédiatement la date à laquelle des prestations sont payables.

Le défaut de transmettre la demande de prestations ou de fournir les preuves et renseignements dans les délais prévus n'empêche pas le versement des prestations, pourvu que la demande, les preuves et les renseignements soient fournis aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire. Cependant, la demande de prestations, les preuves et les renseignements devront parvenir à l'assureur au plus tard 12 mois après la date de l'événement donnant droit à des prestations; autrement, les prestations pour la période écoulée entre la date limite et celle où les preuves d'invalidité parviennent à l'assureur pourraient ne pas être versées.

L'assureur se réserve le droit d'exiger des preuves ou renseignements additionnels et de faire examiner la personne assurée par un médecin de son choix.

ASSURANCE MALADIE

TABLEAU DES GARANTIES

Protection	RÉGIME L'ESSENTIEL	RÉGIME L'ÉQUILIBRÉ	RÉGIME L'ENRICHIE
Médicaments ⁽¹⁾			
Franchise par service	20 \$	20 \$	15 \$
Pourcentage de remboursement	Selon le RGAM ⁽²⁾	Selon le RGAM ⁽²⁾	75 % ⁽²⁾
Médicaments avec carte SSQ – paiement direct *	Produits de la liste RGAMQ		
Médicaments – Contribution du patient (résidents du Québec seulement) *			
Médicaments – Produits antitabac *	Selon le RGAM		
Injections sclérosantes *	20 \$ admissibles par jour		

- ⁽¹⁾ Si l'adhérent choisit d'acheter un médicament innovateur admissible pour lequel une version générique existe sur le marché, le remboursement sera calculé en fonction du coût du médicament générique le moins coûteux. Toutefois, il est possible d'obtenir un remboursement calculé d'après le coût d'un médicament innovateur pour lequel aucune substitution n'est possible pour des raisons médicales, sur présentation d'un formulaire approprié dûment rempli par le médecin traitant et pourvu que l'absence de substitution soit approuvée par l'assureur.
- ⁽²⁾ Lorsque le maximum annuel à déboursier selon le RGAM est atteint, les frais engagés par la suite au cours de la même année civile pour des médicaments inscrits sur la liste RAMQ sont remboursables à 100 %. Seulement les frais engagés pour des médicaments sur la liste RAMQ participent à l'atteinte du maximum annuel à déboursier, qui s'applique par personne assurée, étant entendu que pour les adhérents du Québec, la portion des frais de médicaments engagés pour les enfants à charge participe à l'atteinte du maximum de l'adhérent, mais en aucun cas à celui du conjoint.

TABLEAU DES GARANTIES (SUITE)

Protection	RÉGIME L'ESSENTIEL	RÉGIME L'ÉQUILIBRÉ	RÉGIME L'ENRICHI
Hospitalisation			
Pourcentage de remboursement	s.o.	100 %	100 %
Chambre d'hôpital	Non couvert	Chambre semi-privée	
Établissements pour soins spécialisés			
Pourcentage de remboursement	s.o.	100 %	100 %
Maison de convalescence *	Non couvert	Chambre semi-privée 180 jours par période de 12 mois consécutifs par personne assurée	
Centre de réadaptation *		Chambre semi-privée 180 jours par période de 12 mois consécutifs par personne assurée	

TABLEAU DES GARANTIES (SUITE)

Protection	RÉGIME L'ESSENTIEL	RÉGIME L'ÉQUILIBRÉ	RÉGIME L'ENRICHI
Professionnels de la santé			
Pourcentage de remboursement	s.o.	s.o.	75 %
Audiologiste	Non couvert	Non couvert	50 \$ de remboursement par traitement ou consultation Maximum regroupé de 500 \$ de remboursement par année civile par personne assurée, y compris les radiographies par un chiropraticien ou un podiatre / chiroprodiste
Chiropraticien (y compris les radiographies)			
Ergothérapeute			
Orthophoniste			
Physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique et thérapeute du sport agréé			75 \$ de remboursement par consultation Maximum regroupé de 750 \$ de remboursement par année civile par personne assurée
Podiatre / Chiroprodiste (y compris les radiographies)			
Conseiller en orientation (y compris le psychoéducateur)			
Psychologue			
Psychothérapeute			
Travailleur social			
Soins de la vue			
Pourcentage de remboursement	s.o.	s.o.	100 %
Examen de la vue	Non couvert	Non couvert	1 examen par période de 24 mois consécutifs par personne assurée

TABLEAU DES GARANTIES (SUITE)

Protection	RÉGIME L'ESSENTIEL	RÉGIME L'ÉQUILIBRÉ	RÉGIME L'ENRICHI
Autres frais médicaux			
Pourcentage de remboursement	s.o.	75 %	75 %
Ambulance et transport ambulancier par avion ou par train *	Non couvert		
Analyses de laboratoire *		Non couvert	Maximum regroupé de 500 \$ de remboursement par année civile par personne assurée
Échographies *			
Électrocardiogrammes *			
Radiographies *			
Résonances magnétiques *			
Tomodensitométries *			
Appareil auditif		600 \$ de remboursement pour 60 mois consécutifs par personne assurée	
Appareils orthopédiques *			
Articles pour stomie *			
Glucomètre *		250 \$ de remboursement pour 36 mois consécutifs par personne assurée	
Prothèses capillaire *		350 \$ de remboursement pour la durée du contrat par personne assurée	
Prothèse externe et membre artificiel *		5 000 \$ de remboursement par prothèse 1 prothèse par membre perdu	
Prothèse mammaires *		1 000 \$ de remboursement pour 24 mois consécutifs par personne assurée	
Vaccins préventifs *		Non couvert	200 \$ de remboursement par année civile par personne assurée

TABLEAU DES GARANTIES (SUITE)

Protection	RÉGIME L'ESSENTIEL	RÉGIME L'ÉQUILIBRÉ	RÉGIME L'ENRICHI
Voyage			
Pourcentage de remboursement	s.o.	100 %	100 %
Assurance voyage avec assistance	Non couvert	5 000 000 \$ de remboursement par séjour	
Assurance annulation de voyage		5 000 \$ de remboursement par séjour	
Autres services			
Pourcentage de remboursement	s.o.	100 %	100 %
Service de télémedecine	Non couvert		

*** Ordonnance médicale requise**

DÉFINITIONS PARTICULIÈRES

Franchise

Partie des frais de soins de santé admissibles que vous devez payer avant d'avoir droit à un remboursement. La franchise est souvent annuelle, mais elle peut aussi redevenir payable à d'autres fréquences ou lors de chaque recours à un service assuré, comme c'est parfois le cas pour les achats de médicaments.

Hôpital

Tout établissement considéré comme un hôpital aux termes de toute loi fédérale ou provinciale applicable.

Centre de réadaptation ou de convalescence

Ces termes désignent une institution ou une unité de soins dûment autorisées par un organisme gouvernemental approprié.

Les établissements de soins infirmiers, les maisons pour personnes âgées, les maisons de repos, les centres d'hébergement et les centres pour alcooliques et toxicomanes sont exclus.

Période d'hospitalisation

Période continue d'hospitalisation ou périodes successives d'hospitalisation résultant d'une même maladie ou d'un même accident et séparées par une période de moins de 180 jours consécutifs pendant lesquels la personne assurée n'a pas été hospitalisée. Si, pendant une période donnée, l'hospitalisation résulte d'une maladie ou d'un accident tout à fait indépendant de la maladie ou de l'accident qui a causé l'hospitalisation précédente, elle est considérée comme une nouvelle période d'hospitalisation.

ADMISSIBILITÉ

- a) Tout chirurgien dentiste et qui exerce ses fonctions professionnelles habituelles est admissible à la présente garantie, s'il répond à l'une des conditions suivantes :
 - i) il est résident du Québec, couvert en vertu du régime d'assurance maladie du Québec et membre actif de l'ACDQ;
 - ii) il est résident du Canada, mais à l'extérieur du Québec et couvert en vertu du régime d'assurance maladie de sa province de résidence.
- b) Le conjoint et les enfants à charge de tout chirurgien dentiste deviennent admissibles à la présente garantie à la date à laquelle le chirurgien dentiste est admis à la présente garantie s'ils sont reconnus comme conjoint et enfants à charge, sinon à la date à laquelle ils obtiennent le statut de conjoint ou d'enfant à charge d'un chirurgien dentiste admis à la présente garantie.

DEMANDE D'ASSURANCE

L'adhésion à la présente garantie est facultative pour le chirurgien dentiste résidant à l'extérieur du Québec et est obligatoire pour tout chirurgien dentiste ou tout chirurgien dentiste nouvellement diplômé résidant au Québec et membre actif de l'ACDQ. Le chirurgien dentiste doit remplir une demande d'assurance à cet effet, pour lui-même, son conjoint et ses enfants à charge, dans les 31 jours suivant sa date d'admissibilité et celle de son conjoint et ses enfants à charge, le cas échéant.

Pendant la campagne d'adhésion initiale du régime modulaire, si vous êtes déjà admissible à l'assurance à titre d'adhérent, vous devez choisir le statut de protection et le régime (L'Essentiel, L'Équilibré ou L'Enrichi) que vous souhaitez détenir à l'égard de la garantie d'assurance maladie. Si vous devenez admissible plus tard, vous devez faire votre choix dans les 31 jours suivant votre admissibilité.

Pour les résidents du Québec, si le chirurgien dentiste est exempté de s'assurer ou d'assurer son conjoint et ses enfants à charge en raison de l'existence d'une garantie similaire, l'exemption prend fin en même temps que se termine cette autre garantie et le chirurgien dentiste doit alors remplir une demande d'assurance, pour lui-même son conjoint et ses enfants à charge, dans les 31 jours suivant la date de terminaison de la garantie qui a donné lieu à l'exemption.

Le chirurgien dentiste qui revient au Québec après avoir résidé à l'extérieur du Canada doit remplir une nouvelle demande d'assurance dans les 31 jours suivant la date de retour au Québec, pour lui-même, son conjoint et ses enfants à charge, à la condition d'être un membre actif de l'ACDQ.

À moins d'indication contraire dans la présente garantie, le conjoint et les enfants à charge ne peuvent demeurer assurés en vertu de la présente garantie si l'adhérent ne le demeure pas lui-même.

PERSONNE ASSURÉE DE 65 ANS OU PLUS QUI RÉSIDE AU QUÉBEC

Lorsqu'une personne assurée réside au Québec au moment où elle atteint l'âge de 65 ans, elle devient assurée par le régime public d'assurance médicaments du Québec. Une personne assurée en vertu du présent régime peut cependant demander à la Régie de l'assurance maladie du Québec d'annuler son inscription au régime public afin de ne pas en payer la prime, auquel cas elle doit aussi au préalable aviser l'assureur de cette décision et payer la prime prévue pour les personnes de 65 ans ou plus qui ne sont pas inscrites au régime public. Il est entendu que personne ne peut maintenir sa participation à l'assurance à titre de personne à charge d'une personne qui n'a pas elle-même maintenu sa participation à titre d'adhérent. Enfin, une personne qui accepte de devenir assurée par le régime public d'assurance médicaments ne peut pas plus tard choisir de devenir assurée par l'assurance maladie du présent régime.

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

- a) L'assurance de toute personne admissible entre en vigueur à l'une des dates suivantes :
 - i) la date à laquelle la personne devient admissible;
 - iii) la date à laquelle la personne cesse d'être exemptée, à condition que la demande d'assurance soit remplie dans les 31 jours suivant la date de fin de l'assurance qui a donné lieu à l'exemption;
 - iv) la date de réception de sa demande d'assurance et d'au moins 1/12 de la prime annuelle par l'administrateur ou par l'assureur.

- b) Nonobstant ce qui est prévu précédemment, la date du début d'assurance pour des adhésions tardives ne peut, en aucun temps, excéder 16 mois de rétroactivité à condition que les primes soient également payées rétroactivement à la date du début d'assurance et selon ce qui est prévu ci-après :
- i) si la demande d'assurance est reçue chez l'assureur entre le 1^{er} janvier et le 30 avril, l'assurance entre en vigueur à la première des dates suivantes :
 - la date d'admissibilité si celle-ci est dans l'année courante;
 - la date de terminaison de l'autre assurance qui a donné lieu à l'exemption, si cette date est dans l'année courante;
 - le 1^{er} janvier de l'année courante ou précédente (maximum 16 mois).
 - ii) si la demande d'assurance est reçue chez l'assureur entre le 1^{er} mai et le 31 décembre, l'assurance entre en vigueur à la première des dates suivantes :
 - la date d'admissibilité si celle-ci est dans l'année courante;
 - la date de terminaison de l'autre assurance qui a donné lieu à l'exemption, si cette date est dans l'année courante;
 - le 1^{er} janvier de l'année courante.
- c) Si le conjoint ou un enfant à charge est hospitalisé le jour où l'assurance doit normalement entrer en vigueur, cette personne ne devient assurée que 24 heures après son retour au domicile de l'adhérent. Toutefois, un nouveau-né d'un adhérent dont les enfants à charge sont déjà assurés devient assuré dès sa naissance.

MODIFICATION DES RÉGIMES CHOISIS LORS DES CAMPAGNES DE RÉADHÉSION

Les campagnes de réadhésion auront lieu aux périodes convenues entre le preneur et l'assureur.

En dehors des campagnes de réadhésion, il n'est possible de changer de régime qu'à la date où survient l'un des événements suivants, pourvu que la demande en soit faite dans les 31 jours qui suivent l'événement :

- le conjoint perd involontairement une assurance collective qu'il détenait;
- une personne devient un conjoint ou cesse de l'être;
- une personne devient un enfant à charge à la suite d'une naissance ou d'une adoption;
- une personne cesse d'être un enfant à charge lorsqu'elle était la seule à l'être.

RÉSIDENTE DANS UNE SPÉCIALISATION

La présente garantie est maintenue en vigueur durant toute période de résidence dans une spécialisation au Canada.

S'il s'agit d'une résidence dans une spécialisation aux États-Unis, seuls les frais d'ASSURANCE VOYAGE AVEC ASSISTANCE encourus au cours des 180 premiers jours de résidence dans une spécialisation sont admissibles.

FRAIS ADMISSIBLES

Les frais décrits ci-après sont admissibles ou non à un remboursement selon la catégorie à laquelle vous appartenez et le régime choisi, le cas échéant. Lorsqu'ils sont couverts, ces frais sont indiqués au « Tableau des garanties ».

a) Médicaments

Pour être admissibles, les frais de médicaments doivent être engagés pour l'achat des produits décrits ci-après, et ce pour une personne qui est assurée au moment de l'achat. Les maximums s'appliquant à ces frais sont indiqués au « Tableau des garanties », de même que les franchises et pourcentages de remboursement s'y rapportant. Toutefois, le maximum de déboursement prévu au régime général d'assurance médicaments du Québec (RGAM) s'applique aux frais qu'engage tout adhérent résidant au Québec, pour lui-même et pour ses personnes à charge assurées, en raison de l'application de la franchise et du pourcentage de remboursement prévus par la présente protection. Pour les frais admissibles de médicaments engagés par la suite au cours de la même année civile, le pourcentage de remboursement est de 100 %.

- i) Les frais admissibles de médicaments de la présente garantie sont les médicaments et autres produits admissibles qui sont couverts par le Régime général d'assurance médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec et selon les conditions qui y sont déterminées.
- ii) La contribution au paiement des services pharmaceutiques et médicaments qui est exigée d'une personne admise au RGAM, que cette contribution soit sous forme de franchise ou de coassurance.
- iii) Les frais engagés pour l'achat d'une préparation pharmaceutique, dite aussi « préparation magistrale », à condition que la préparation soit admissible en vertu de la politique de l'assureur à l'égard des médicaments extemporanés de produits composés.
- iv) Les produits antitabac.
- v) Les frais d'injections sclérosantes qui ne sont pas admissibles en vertu d'autres dispositions du contrat seulement et à condition que les injections soient fournies et administrées par un médecin à des fins curatives et non esthétiques. Aux fins de la présente assurance, les honoraires du médecin ne sont pas considérés comme des frais d'injections sclérosantes.
- vi) Les produits pour les personnes diabétiques. L'insuline, les seringues, les lancettes, les aiguilles, les bandelettes et les capteurs de glucose pour glucomètres à lecture sporadique, pour les personnes diabétiques. L'admissibilité des frais engagés pour l'achat de bandelettes et de capteurs de glucose est toutefois assujettie aux conditions suivantes :
 - le nombre de bandelettes admissibles à un remboursement est limité à un maximum annuel; ce maximum peut être augmenté selon l'état de santé de la personne assurée, et ce, sous réserve d'une autorisation préalable de l'assureur;
 - le nombre de capteurs admissibles est limité à un maximum annuel et les frais engagés pour des capteurs de glucose doivent faire l'objet d'une autorisation préalable de l'assureur.

vii) Les médicaments dits « médicaments d'exception » requièrent une autorisation préalable de l'assureur. Ils ne sont couverts que si leur utilisation répond à l'ensemble des conditions suivantes :

- elle est conforme aux conditions et indications thérapeutiques déterminées par les autorités gouvernementales;
- elle est conforme aux critères d'utilisation proposés par les autorités médicales ou gouvernementales compétentes reconnues dans le secteur de la santé;
- elle est conforme aux pratiques nécessaires, usuelles et raisonnables généralement acceptées dans le secteur de la santé, y compris quant au rapport entre coût et efficacité.

b) Hospitalisation au Canada

- i) Les frais d'hospitalisation pour une personne qui est assurée au moment d'obtenir ces services. Les maximums s'appliquant à ces frais sont indiqués au « Tableau des garanties », de même que les franchises et pourcentages de remboursement s'y rapportant.

c) Établissement pour soins spécialisés au Canada

- i) Les frais pour un séjour dans un centre de réadaptation ou de convalescence dûment autorisé pour une personne qui est assurée au moment d'obtenir ces services. Les maximums s'appliquant à ces frais sont indiqués au « Tableau des garanties », de même que les franchises et pourcentages de remboursement s'y rapportant.

d) Professionnels de la santé

Pour être admissibles, les frais doivent être engagés pour des services de professionnels de la santé décrits ci-après, et ce pour une personne qui est assurée au moment où les services sont obtenus. Les maximums s'appliquant à ces frais sont indiqués au « Tableau des garanties », de même que les franchises et pourcentages de remboursement s'y rapportant et les cas pour lesquels une prescription est exigée.

Un seul traitement par jour par professionnel ou spécialiste est admissible pour la même personne assurée et aussi un seul traitement par jour pour une même profession ou spécialité, et ce, sans égard au nombre de spécialités que pratique le professionnel ou spécialiste.

- i) Audiologiste : les honoraires professionnels.
- ii) Chiropraticien : les frais de traitement, y compris les frais de radiographies.
- iii) Conseiller en orientation (y compris le psychoéducateur) : les frais de consultation.
- iv) Ergothérapeute : les frais de traitement.
- v) Orthophoniste : les honoraires professionnels.
- vi) Physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique et thérapeute du sport agréé: les honoraires professionnels ou frais de traitement.
- vii) Podiatre / Chiropradiste : les frais de traitement, y compris les frais de radiographies.
- viii) Psychologue : les honoraires professionnels.
- ix) Psychothérapeute : les frais de consultation.
- x) Travailleur social : les frais de consultation.

e) Soins de la vue

Pour être admissibles, les frais d'examen de la vue par un optométriste ou un ophtalmologiste doivent être engagés par une personne qui est assurée au moment où les services sont obtenus. Les maximums s'appliquant à ces frais sont indiqués au « Tableau des garanties », de même que les franchises et pourcentages de remboursement s'y rapportant.

f) Autres frais médicaux

Pour être admissibles à titre d'autres frais médicaux, les frais doivent être engagés pour les services ou articles décrits ci-après, et ce pour une personne qui est assurée au moment de les obtenir. Les maximums s'appliquant à ces frais sont indiqués au « Tableau des garanties », de même que les franchises et pourcentages de remboursement s'y rapportant.

- i) Le transport terrestre en direction ou en provenance d'un hôpital par un ambulancier licencié. Les traitements d'oxygénothérapie reçus pendant le transport ou immédiatement avant sont couverts. Les frais de transport aller et retour en avion ou en train d'un malade alité occupant l'équivalent de 2 sièges individuels sont également couverts lorsqu'une partie du trajet doit s'effectuer par ce moyen de transport.
- ii) L'achat ou la réparation d'appareils auditifs, y compris les piles, les embouts auriculaires et les accessoires.
- iii) Les frais d'achat d'appareils orthopédiques : les corsets, attelles, béquilles, plâtres et articles pour grands brûlés. Pour tous les appareils orthopédiques, les frais peuvent être considérés comme admissibles jusqu'à concurrence du coût que l'assureur juge raisonnable pour l'appareil nécessaire à la réalisation des activités quotidiennes de base. Les chaussures orthopédiques et les orthèses plantaires ne sont pas considérées comme des appareils orthopédiques aux fins de la présente assurance.
- iv) Les frais d'achat de membres artificiels et d'autres prothèses externes devenus nécessaires par suite de la perte d'un membre naturel survenant lorsque la personne est assurée en vertu de la présente garantie. Aux fins de la présente assurance, les articles suivants ne sont pas considérés comme des prothèses externes ni comme des membres artificiels : les prothèses dentaires, les prothèses mammaires, les prothèses capillaires, les appareils auditifs, les lunettes, les lentilles cornéennes ou intraoculaires.
- v) L'achat d'articles pour stomie qui sont prescrits par un médecin, pour la partie des frais qui excède le montant remboursé par l'État.
- vi) L'achat d'appareil muni d'un autotiqueur servant à mesurer le taux de glucose sanguin. L'achat d'un glucomètre à lecture sporadique qui nécessite l'utilisation de capteurs de glucose peut également être admissible, sous réserve d'une autorisation préalable de l'assureur.
- vii) Les frais d'achat de prothèses mammaires par suite de mastectomie.
- viii) Les frais d'achat de prothèses capillaires requises à la suite d'une chimiothérapie.
- ix) Les vaccins préventifs.

- x) Les analyses de tissus et de liquides biologiques (sang, urine, etc.), si elles sont effectuées en laboratoire privé à des fins de prévention ou de diagnostic et qu'elles soient du même type que celles qui sont effectuées en centre hospitalier.
 - xi) Les échographies.
 - xii) Les électrocardiogrammes.
 - xiii) Les radiographies autres que celles pour lesquelles des frais admissibles de radiographies sont déjà prévus par d'autres dispositions du contrat. Aux fins de la présente assurance, les résonances magnétiques et les tomodensitométries ne sont pas considérées comme des radiographies.
 - xiv) Les résonances magnétiques.
 - xv) Les tomodensitométries.
- g) **Frais d'ASSURANCE VOYAGE AVEC ASSISTANCE et d'ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE, tels que décrits aux annexes I et II.**

h) **Service de télémédecine**

Le service de télémédecine est admissible ou non selon la catégorie à laquelle vous appartenez et le régime choisi, le cas échéant. Lorsqu'il est couvert, ce service est indiqué au « Tableau des garanties ».

La personne assurée a accès à un service de télémédecine par le biais de la plateforme virtuelle du fournisseur de télémédecine de l'assureur, dans le but d'obtenir des consultations médicales, des soins et d'autres services médicaux, à distance. La personne assurée doit être au Canada au moment d'utiliser ce service.

Les services suivants sont offerts par le fournisseur sans frais additionnels :

- consultations médicales par messagerie texte et vidéoconférence avec des infirmiers licenciés, des infirmiers praticiens et des médecins généralistes, mandatés par le fournisseur;
- référencement vers des médecins spécialistes mandatés par le fournisseur ou des médecins spécialistes externes exerçant en cliniques publiques ou privées;
- émission, renouvellement et traitement des prescriptions pouvant être livrées gratuitement partout au Canada;
- requêtes pour analyses de laboratoire et tests diagnostiques;
- accompagnement de la personne assurée vers les ressources appropriées du système de santé;
- accès au profil médical complet de la personne assurée auprès du fournisseur (accès aux conversations, plans de soins, prescriptions et références).

D'autres services sont offerts par le fournisseur avec frais additionnels, notamment des consultations par vidéoconférence avec des psychologues, des nutritionnistes, des diététiciens, des coachs professionnels et de vie et d'autres professionnels de la santé et du bien-être. Un reçu est émis pour les services avec frais additionnels. Vous pouvez soumettre une demande de remboursement à l'assureur si ledit service est couvert par le présent régime.

Le maintien de l'offre du service de télémedecine est conditionnel au maintien d'une entente entre l'assureur et le fournisseur de services de télémedecine et à la capacité de ce dernier d'offrir les services.

EXCLUSIONS, LIMITATIONS ET RESTRICTIONS

a) Exclusions générales

- i) Les frais qui sont couverts par tout régime public ou toute initiative d'un gouvernement et ceux qui l'auraient été si le fournisseur de services avait choisi de participer à ces régimes ou initiatives, ainsi que pour des frais qui sont payables par un autre assureur.
- ii) Les frais engagés en rapport avec des produits ou traitements expérimentaux ou qui sont obtenus en vertu de tout programme fédéral d'accès spécial à des produits médicaux.
- iii) Les frais engagés par suite :
 - d'un acte criminel que commet ou tente de commettre la personne assurée;
 - de la participation active de la personne assurée à une émeute ou à une insurrection;
 - d'une guerre, déclarée ou non;
 - du service actif de la personne assurée dans des forces armées;
 - d'une tentative de suicide ou de blessures que la personne assurée s'inflige intentionnellement, sans égard à son état d'esprit.
- iv) Les frais engagés pour des traitements à des fins esthétiques qui ne sont pas expressément couverts par l'assurance.
- v) Les frais engagés pour des produits ou services se rapportant au traitement de la cellulite ou de l'obésité.
- vi) Les frais engagés pour des compléments alimentaires et des laits maternisés.
- vii) Les frais engagés pour des produits ou services destinés à faire arrêter l'usage du tabac et qui ne sont pas couverts par la garantie Médicaments du présent régime.
- viii) Les frais engagés pour des produits ou services destinés à combattre les dysfonctions sexuelles.
- ix) Les frais engagés pour des produits ou services destinés à faire repousser les cheveux ou à en empêcher la chute.
- x) Les frais engagés pour des produits ou services destinés au traitement de l'infertilité.
- xi) Les frais dont vous ne pouvez pas prouver que la personne assurée les a engagés et qu'ils ont été payés.

- xii) Les frais engagés auprès d'un professionnel de la santé pour lequel l'assureur est en mesure de démontrer qu'il contrevient à la loi ou agit frauduleusement, en émettant des documents, factures ou pièces justificatives qui contiennent de faux renseignements ou qui ne représentent pas de façon exacte les articles, soins ou services obtenus.
- xiii) Les frais engagés pour subir des examens médicaux à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification ou qui sont engagés pour répondre à la demande d'un tiers.
- xiv) Les frais engagés en rapport avec des services qui ne sont pas reçus pendant que la personne est assurée.
- xv) Les frais engagés à l'égard de contrats de service et pour des frais d'entretien.
- xvi) Les frais engagés pour des prothèses implantées chirurgicalement.
- xvii) Les frais engagés en rapport avec des examens de la réfraction oculaire, ou pour l'achat de lunettes ou de lentilles cornéennes qui ne sont pas expressément couverts par l'assurance.
- xviii) Les frais qui sont à la charge d'un tiers responsable, sauf en cas de subrogation.
- xix) Les frais de livraison ou de poste.

b) Exclusions - Médicaments

- i) Les frais engagés pour les produits utilisés à des fins esthétiques, cosmétiques ou d'hygiène corporelle.
- ii) Les frais engagés pour les substances ou médicaments utilisés à titre préventif, sauf dans les cas où des frais admissibles sont expressément prévus pour ce genre de substances ou médicaments.
- iii) Les frais engagés pour les médicaments ou produits de nature expérimentale ou qui sont obtenus en vertu de tout programme fédéral d'accès spécial à des produits médicaux.
- iv) Les frais engagés pour les produits homéopathiques et les produits dits naturels.
- v) Les frais engagés pour les suppléments diététiques servant à compléter ou à remplacer l'alimentation; toutefois, les suppléments diététiques prescrits en vue du traitement d'une maladie du métabolisme clairement identifiée sont admissibles dans la mesure où ils respectent les conditions d'utilisation et les indications thérapeutiques décrites par les autorités gouvernementales, le cas échéant; un rapport médical complet décrivant toutes les conditions justifiant la prescription du produit doit alors être présenté à l'assureur.
- vi) Les frais engagés pour les écrans solaires.
- vii) Les frais engagés pour les médicaments servant à l'insémination artificielle ou à la fécondation in vitro.
- viii) Les frais engagés pour les hormones de croissance; toutefois, les hormones de croissance peuvent être admissibles, sur présentation d'un rapport médical complet à l'assureur, si elles sont prescrites selon les indications thérapeutiques et les conditions d'utilisation déterminées par les programmes provinciaux d'assurance médicaments.
- ix) Les frais engagés pour les médicaments fournis en cours d'hospitalisation ou par un département de pharmacie d'un hôpital et les médicaments administrés à l'hôpital.

- x) Les frais engagés pour l'acte médical lié à l'injection de médicaments par un professionnel de la santé en cabinet privé.
- c) Exclusions - Hospitalisation et Établissement pour soins spécialisés
 - i) Les frais supplémentaires (télévision, téléphone, frais d'administration, etc.) chargés par l'hôpital ou l'établissement ne sont pas admissibles en vertu de la présente assurance.
- d) Exclusions - Professionnels de la santé, Soins de la vue et Autres frais médicaux.
 - i) les frais d'achat de prothèses dentaires.
 - ii) les frais d'achat d'orthèses podiatriques.
 - iii) les frais d'achat ou de location de matériel tel un matelas orthopédique, un appareil de culture physique, un climatiseur, un humidificateur, un purificateur d'air ou un bain tourbillon.

En aucun cas les limitations et exclusions de la présente garantie ne doivent rendre le régime moins généreux que le Régime général d'assurance-médicaments du Québec.

COORDINATION DES PRESTATIONS ET PARTAGE DES REMBOURSEMENTS

Coordination des prestations

Les frais admissibles en vertu du contrat sont réduits de toute somme payable en vertu de tout régime gouvernemental, que l'adhérent en ait fait la demande ou non.

Le montant total des prestations versées en vertu de tous les régimes d'assurance s'appliquant à une même personne ne peut jamais excéder le montant des frais assurés effectivement engagés. L'assureur peut, sous réserve du consentement de l'assuré si la loi le prescrit, obtenir de toute personne ou communiquer à ladite personne tout renseignement qui pourrait être nécessaire à l'application de cette clause ou qui pourrait faciliter le paiement des prestations en vertu de la présente garantie.

Partage des remboursements

Si la personne assurée en vertu de la présente garantie est aussi assurée en vertu d'un autre régime et si cet autre régime ne contient pas de disposition relative au partage des remboursements, le remboursement prévu par cet autre régime doit être effectué en premier lieu, la présente garantie limitant alors la responsabilité de l'assureur au solde des frais assurables.

Toutefois, si l'autre régime contient une disposition relative au partage des remboursements, le remboursement initial avant application de la coordination est la responsabilité du régime aux termes duquel la personne assurée n'est pas le conjoint ou un enfant à charge. Par la suite, les frais non remboursés sont la responsabilité du régime aux termes duquel la personne est considérée comme conjoint ou enfant à charge.

Dans le cas des enfants à charge, le remboursement initial avant application de la coordination est la responsabilité du régime du conjoint assuré dont l'anniversaire de naissance arrive en premier au cours de l'année civile. Par la suite, les frais non remboursés sont la responsabilité du régime de l'autre conjoint.

FIN DE L'ASSURANCE DE L'ADHÉRENT

L'assurance de tout adhérent prend fin à 23 h 59 à la première des dates suivantes :

- a) la date de la résiliation du régime;
- b) la date de son décès;
- c) la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée pour cet adhérent, si cette prime n'est pas payée avant la fin du délai de grâce;
- d) la date à laquelle il cesse d'être membre actif de l'ACDQ, s'il est résident du Québec ou d'être membre en règle d'un organisme de réglementation au Canada, s'il n'est pas résident du Québec;
- e) la date à laquelle il débute la pratique de la médecine dentaire exclusivement à l'extérieur du Canada;
- f) la date de sa retraite;
- g) la date de résiliation demandée, pourvu qu'il ait fait parvenir une demande écrite à cet effet à l'administrateur ou à l'assureur avant la date en question, sinon à la date de réception de la demande écrite;
- h) la date à laquelle l'adhérent cesse de résider au Canada;
- i) la date à laquelle il ne répond plus aux conditions d'admissibilité de la présente garantie;
- j) la date à laquelle, par suite de fausses représentations, vous soumettez une demande de prestations ou recevez des prestations, indépendamment du caractère obligatoire de l'assurance et de tout autre recours que l'assureur pourrait exercer.

FIN DE L'ASSURANCE DU CONJOINT OU DES ENFANTS À CHARGE

L'assurance de toute personne assurée prend fin à 23 h 59 à la première des dates suivantes :

- a) la date de la résiliation du régime;
- b) la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée pour ce conjoint ou ces enfants à charge, si cette prime n'est pas payée avant la fin du délai de grâce;
- c) la date à laquelle l'adhérent cesse d'être assuré en vertu de la présente garantie;
- d) la date à laquelle la personne assurée cesse d'être admissible à la garantie en sa qualité de conjoint ou d'enfant à charge;
- e) la date de résiliation demandée, pourvu que l'adhérent ait fait parvenir une demande écrite à cet effet à l'administrateur ou à l'assureur avant la date en question, sinon à la date de réception de la demande écrite;
- f) la date à laquelle la personne assurée cesse de résider au Canada.

DEMANDE DE PRESTATIONS

- a) Toute demande de prestations, sauf si l'adhérent a recours au service de paiement par carte, doit être effectuée à l'aide du formulaire prévu à cet effet, qui est disponible sur le site web de l'assureur ou auprès de son service à la clientèle. L'adhérent doit le remplir et l'adresser à l'assureur avec l'original de ses factures. L'assureur ne retourne pas les factures qui lui sont soumises; l'adhérent devrait donc dans tous les cas en conserver une copie pour ses dossiers.

Sur demande, les remboursements peuvent être effectués par dépôt direct.

- b) Lorsque l'adhérent a recours au service de paiement direct par carte, l'assureur rembourse directement au pharmacien la part des frais de médicaments de l'adhérent qui est payable en vertu du contrat. Ainsi, il suffit à l'adhérent de déboursier la part des frais qui n'est pas à la charge de l'assureur.
- c) La demande de prestations, les preuves et les renseignements devront parvenir à l'assureur au plus tard 15 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés. Toutefois, le défaut de transmettre la demande de prestations ou de fournir les preuves et renseignements dans les délais prévus n'empêche pas le paiement de toute prestation pourvu que la demande, les preuves et les renseignements soient fournis aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire.
- d) Une demande de prestations accompagnée des pièces justificatives doit être adressée à l'assureur tous les 6 mois s'il y a lieu, ou plus souvent lorsque l'ampleur du montant à réclamer le justifie.

PROLONGATION

Lorsque l'assurance d'un adhérent se termine pour une autre raison que la fin du régime ou de la présente garantie, l'assureur continue de payer pour une personne assurée hospitalisée à la fin de l'assurance, les frais hospitaliers prévus à la clause PRESTATIONS et engagés à la suite de la continuation ininterrompue de l'hospitalisation après la fin de l'assurance, sans toutefois excéder une période maximale de prolongation de 12 mois et à condition que :

- a) l'hospitalisation ait débuté avant la fin de l'assurance et qu'elle se poursuive sans interruption après la fin de l'assurance;
- b) la présente garantie demeure en vigueur pendant la prolongation.

En cas de décès de l'adhérent, l'ASSURANCE VOYAGE AVEC ASSISTANCE continue de s'appliquer à son conjoint et ses enfants à charge assurés qui sont en voyage à l'extérieur de leur province de résidence au moment dudit décès, cette prolongation se poursuivant jusqu'à la première des dates suivantes :

- a) le 31^e jour suivant le décès de l'adhérent;
- b) la date de la fin du voyage en cours.

DROIT DE TRANSFORMATION

Si l'assurance d'une personne en vertu de la présente garantie prend fin parce que celle-ci cesse d'y être admissible, cette personne peut obtenir une assurance maladie pour particuliers alors offerte par l'assureur, et ce sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité, pourvu qu'elle en fasse la demande par écrit à l'assureur dans les 90 jours suivant la date de la fin de son assurance collective. Dans les autres cas, l'assurance maladie pour particuliers peut s'obtenir seulement sur présentation de preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur.

ANNEXE I

Assurance voyage avec assistance (Assurance maladie)

Pour obtenir toute information avant le départ ou une autorisation avant d'engager ou de payer des frais admissibles, ou pour demander de l'assistance, l'adhérent doit communiquer avec le service d'assistance voyage de aux numéros de téléphone suivants :

Du Canada ou des États-Unis : 1 800 465-2928

D'ailleurs dans le monde : (514) 286-8412 (à frais virés)

Le numéro de contrat paraissant sur la carte doit être fourni au moment de l'appel.

La présente offre à la personne assurée un service d'assistance médicale en cas d'urgence pendant les 180 premiers jours d'un voyage privé ou professionnel, pour toute blessure accidentelle ou maladie subite et inattendue survenue hors du Canada, sous réserve des conditions ci-après énoncées.

1. Définitions particulières

Certains termes utilisés dans la description du régime d'assurance collective sont définis aux CONDITIONS GÉNÉRALES. Pour leur part, les définitions suivantes s'appliquent de manière spécifique à l'interprétation de la présente garantie chaque fois que le contexte le permet.

Membre de la famille

Se dit d'une personne dont le lien de parenté avec une autre est l'un des suivants : conjoint, fils, fille, père, mère, beau-père, belle-mère, frère, sœur, demi-frère, demi-sœur, beau-frère, belle-sœur, gendre, bru, grand-père, grand-mère, petit-fils, petite-fille.

Proche parent

Se dit d'une personne dont le lien de parenté avec une autre est l'un des suivants : conjoint, fils, fille, père, mère, frère, sœur.

Province

Sert à désigner les provinces canadiennes ainsi que le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut.

Voyage

Se dit de tout séjour en dehors de la province de résidence habituelle de la personne assurée. Dans ce cas, le terme voyage s'applique aussi aux transports de la personne assurée entre son départ et son retour.

2. Frais admissibles

La présente assurance s'applique seulement pendant la partie du séjour à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée au cours de laquelle cette personne est aussi couverte par les régimes d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de sa province de résidence. Pour tout séjour d'une durée excédant la durée couverte par ces régimes d'assurance provinciaux, ces journées excédentaires ne sont pas couvertes par la présente assurance. De plus, la présente assurance s'applique uniquement à l'excédent des frais remboursables en vertu de ces régimes d'assurance provinciaux.

Si une personne décède pendant qu'elle est effectivement assurée par cette garantie, ou si elle est alors blessée accidentellement ou atteinte d'une maladie subite et inattendue, les frais décrits ci-après et qu'elle doit engager en cas d'urgence pendant son séjour sont admissibles, jusqu'au maximum de remboursement indiqué à cet égard au « Tableau des garanties ».

Dans les cas suivants, une autorisation doit être demandée sans délai au service d'assistance voyage de l'assureur, que ce soit par la personne assurée elle-même ou par tout autre adulte qui est en mesure de la demander : hospitalisation; soins de médecin; transport par ambulance.

Dans les cas suivants, une autorisation doit être demandée à l'avance par la personne assurée au service d'assistance voyage de l'assureur : soins d'infirmier, de chiropraticien, de podiatre, de physiothérapeute ou de dentiste; rapatriement; escorte médicale; séjour et transport d'un proche parent de la personne assurée; transport en cas de décès; retour d'un véhicule; frais décrits sous la rubrique « Services, produits et articles ».

Pour que les frais décrits ci-après puissent être considérés comme admissibles, la personne assurée doit être protégée par les régimes d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de sa province de résidence.

Dans tous les cas, les services doivent être obtenus d'une personne qui ne réside pas avec la personne assurée et qui n'est pas un de ses proches parents ni un de ses compagnons de voyage.

Si la personne assurée est déjà atteinte d'une maladie ou d'une affection connue, elle doit s'assurer avant son départ :

- que son état de santé est bon et stable; un état de santé est considéré instable, et ses effets ne sont pas considérés comme ceux d'une maladie subite et inattendue, notamment dans les cas où la maladie ou l'affection :
 - s'est aggravée;
 - a fait l'objet d'une récurrence;
 - est en phase terminale d'évolution;
 - est chronique et présente des risques de dégradation ou de complications prévisibles pendant la durée prévue du voyage.

- qu'elle peut effectuer ses activités habituelles;
et
- qu'aucun symptôme ne laisse raisonnablement présager que des complications puissent survenir ou que des soins soient requis pendant la durée prévue du voyage.

Le service d'assistance voyage de l'assureur peut fournir des précisions sur la signification de l'expression « maladie subite et inattendue » et indiquer à la personne assurée si son état de santé limite sa protection de quelque manière.

Hospitalisation

Les frais d'hospitalisation pour traitement dans un hôpital.

Honoraires de médecin

Les honoraires pour soins médicaux, chirurgicaux ou d'anesthésie, autres que les honoraires pour soins dentaires.

Honoraires d'infirmier

S'ils sont prescrits par le médecin traitant, les honoraires d'un infirmier licencié pour soins privés donnés exclusivement à l'hôpital. Les frais admissibles pour honoraires d'infirmier ne peuvent excéder 5 000 \$ par personne assurée par voyage.

Honoraires de chiropraticien, de podiatre ou de physiothérapeute

Les honoraires d'un chiropraticien, d'un podiatre ou d'un physiothérapeute.

Honoraires de chirurgien dentiste

Les honoraires d'un chirurgien dentiste pour soigner des lésions accidentelles aux dents naturelles. L'accident doit être survenu à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée. Les soins doivent être reçus lorsque l'assurance de la personne est en vigueur. Les frais admissibles pour honoraires de chirurgien dentiste ne peuvent excéder 1 000 \$ par personne assurée par voyage.

Médicaments

Les frais d'achat de médicaments qui ne sont disponibles que sur prescription par un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire.

Transport par ambulance

Les frais de transport en ambulance par un ambulancier licencié, en direction de l'hôpital le plus proche.

Rapatriement de la personne assurée

Les frais de rapatriement de la personne assurée vers sa province de résidence en vue d'une hospitalisation immédiate, incluant les frais de transport jusqu'au lieu le plus près où les services médicaux appropriés sont disponibles. Les prestations sont limitées au coût du transport le plus économique que permet l'état de santé de la personne assurée.

Transport par avion d'une escorte médicale

Les frais de transport aller et retour en classe économique d'une escorte médicale qui n'est ni un membre de la famille de la personne assurée ni un de ses compagnons de voyage, à condition que l'escorte en question soit exigée par le transporteur aérien ou par le médecin traitant de la personne assurée.

Séjour et transport d'un proche parent

Les frais d'hébergement et de repas d'un proche parent dans un établissement commercial ainsi que ses frais de transport, aller et retour, en classe économique, entre son lieu de résidence et l'établissement où la personne assurée est hospitalisée pendant au moins 7 jours. Les frais admissibles à ce titre, incluant le transport en vue d'aller identifier le corps de la personne assurée décédée avant son retour, sont limités comme suit :

- pour le transport : 2 500 \$ par voyage pour l'ensemble des personnes assurées d'une même famille;
- pour l'hébergement et les repas : 300 \$ par jour pour l'ensemble des personnes assurées d'une même famille, jusqu'à un maximum global de 2 400 \$ par voyage.

Les frais de transport admissibles à cet égard se limitent au coût qui serait exigé pour effectuer le trajet en utilisant le moyen de transport public (autobus, train, avion) le plus économique. La nécessité de la visite doit être confirmée par le médecin traitant.

Transport du corps de la personne assurée en cas de décès

Les frais de préparation et de retour du corps de la personne assurée par la route la plus directe pour la ramener chez elle, à l'exclusion des frais engagés pour un cercueil ou pour une urne funéraire, jusqu'à un maximum de frais admissibles de 10 000 \$ au total pour la préparation du corps et le transport.

Retour du véhicule

Les frais de retour du véhicule personnel de la personne assurée vers sa résidence ou du véhicule loué par la personne assurée vers l'agence appropriée de location de véhicules la plus proche, jusqu'à un maximum de frais admissibles de 2 000 \$ par voyage.

Le retour du véhicule doit être effectué par une agence commerciale. La personne assurée doit être incapable de s'en occuper en raison d'une maladie ou d'une blessure attestée par son médecin traitant; ses compagnons de voyage doivent aussi être incapables de s'en charger.

Services, produits et articles

Les frais qui sont payés pour les services, produits ou articles suivants :

- location d'un fauteuil roulant, d'un lit d'hôpital ou d'un appareil d'assistance respiratoire;
- analyses de laboratoire et radiographies;
- achat de bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles, plâtres et autres appareils orthopédiques.

Frais de subsistance

Les frais d'hébergement et de repas dans un établissement commercial, si la personne assurée a dû les engager parce qu'elle a reporté son retour en raison de son hospitalisation ou de l'hospitalisation d'un compagnon de voyage ou d'un membre de sa famille qui l'accompagne.

L'hospitalisation doit être d'une durée d'au moins 24 heures. Les frais admissibles à ce titre ne peuvent excéder 300 \$ par jour, ni 2 400 \$ par séjour à l'étranger, pour l'ensemble des personnes protégées.

Services d'assistance voyage

L'assurance comporte des services d'assistance voyage, auxquels l'adhérent a accès lorsqu'il en a besoin. Ces services ne sont toutefois pas disponibles dans tous les pays et l'assureur peut les modifier sans préavis.

Les services offerts sont les suivants :

- a) diriger la personne assurée vers une clinique ou un hôpital approprié;
- b) vérifier si l'assurance de la personne peut lui éviter d'avoir à effectuer un dépôt en argent pour obtenir des soins hospitaliers;
- c) assurer le suivi du dossier médical de la personne assurée;
- d) coordonner le retour et le transport de la personne assurée aussitôt que médicalement possible;
- e) apporter une aide d'urgence et coordonner les demandes de règlement;
- f) prendre les dispositions nécessaires pour faciliter le transport d'un membre de la famille jusqu'au chevet de la personne assurée ou pour lui permettre d'aller identifier une personne assurée décédée, puis coordonner le rapatriement de cette dernière;
- g) prendre les dispositions nécessaires pour faciliter le retour des personnes assurées à leur domicile (frais de retour non compris);
- h) coordonner le retour du véhicule personnel de la personne assurée si une maladie ou un accident la rend incapable de s'en occuper;

- i) communiquer avec la famille ou avec l'employeur de la personne assurée;
- j) servir d'interprète aux appels d'urgence;
- k) recommander un avocat, lorsque des problèmes d'ordre juridique surviennent.

3. Exclusions, limitations et restrictions

Aux exclusions, limitations et restrictions qui s'appliquent à l'ensemble de la garantie d'assurance maladie s'ajoute ce qui suit pour l'assurance voyage avec assistance.

Les frais suivants ne sont pas admissibles en vertu de l'assurance voyage avec assistance du présent régime :

- a) frais engagés après le refus de la personne assurée d'être rapatriée dans sa province de résidence à la demande de l'assureur;
- b) frais engagés par la personne assurée hors de sa province de résidence, alors que ces frais auraient pu être engagés dans sa province de résidence sans danger pour sa vie ou sa santé; le fait que les soins offerts dans la province de résidence de la personne assurée soient de qualité inférieure à ceux qui peuvent l'être à l'étranger n'est pas considéré comme un danger pour la vie ou la santé de la personne assurée;
- c) frais engagés à un endroit où le gouvernement du Canada a émis un avertissement d'éviter tout voyage ainsi que les frais engagés durant un voyage en croisière alors que le gouvernement du Canada a émis un avertissement d'éviter tout voyage en croisière. Si la personne assurée se trouve déjà à l'endroit en question ou en croisière au moment où l'avertissement est émis, elle doit se conformer à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission. Si la personne assurée ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission, aucuns frais engagés par la personne assurée ne seront admissibles après ce délai;
- d) frais payables en vertu de tout régime public;
- e) frais relatifs à une chirurgie ou à un traitement facultatifs ou non urgents;
- f) dans le cas d'un voyage entrepris dans le but d'obtenir une consultation ou de recevoir un traitement ou des soins médicaux, frais engagés par suite de la condition médicale pour laquelle le voyage a été entrepris, peu importe que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non;
- g) frais engagés dans un établissement pour malades chroniques;
- h) frais engagés pour une personne assurée dans un établissement pour soins prolongés ou une station thermale;
- i) frais engagés à la suite de blessures ou d'un décès découlant de la pratique des activités ou sports suivants : vol plané, deltaplane, parapente, alpinisme, « bungee », saut en parachute ou parachutisme en chute libre et toute autre activité du même genre, tous sports extrêmes ou de combat, toute compétition de véhicules motorisés ainsi que toute activité sportive ou sous-marine pour laquelle la personne visée par l'assurance est rémunérée;

- j) frais relatifs à un événement dont la personne assurée pouvait raisonnablement prévoir qu'il risquait de se produire pendant la durée prévue du voyage ou peu après en raison de l'état dans lequel elle se trouvait au début du voyage; dans cette catégorie d'événements entrent une grossesse, une fausse couche, un accouchement et leurs complications, lorsque ces événements se produisent dans les 2 mois précédant la date normale prévue de l'accouchement ou après;
- k) les frais hospitaliers ou médicaux engagés pour des soins à l'égard desquels aucun remboursement n'est prévu par le régime d'assurance hospitalisation ou d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée.

ANNEXE II

Assurance annulation de voyage (Assurance maladie)

Pour toute annulation de voyage avant le départ ayant pour cause un avertissement aux voyageurs du gouvernement du Canada, l'adhérent doit communiquer avec le service d'assistance voyage de pour connaître la procédure à suivre et ce, 72 heures avant qu'un dépôt devienne exigible ou 72 heures avant la date prévue de départ, selon la première éventualité.

Pour toute autre cause d'annulation de voyage avant le départ, l'adhérent doit communiquer avec le service d'assistance voyage de pour connaître la procédure à suivre et ce, au plus tard 48 heures après le moment où est survenue la cause pouvant entraîner des frais admissibles d'annulation.

Les numéros de téléphone pour communiquer avec le service d'assistance voyage de sont les suivants :

Du Canada ou des États-Unis : 1 800 465-2928

D'ailleurs dans le monde : (514) 286-8412 (à frais virés)

Le numéro de contrat paraissant sur la carte doit être fourni au moment de l'appel.

1. Définitions particulières

Certains termes utilisés dans la description de régime d'assurance collective sont définis aux CONDITIONS GÉNÉRALES. Pour leur part, les définitions suivantes s'appliquent de manière spécifique à l'interprétation de la présente garantie chaque fois que le contexte le permet.

Activité à caractère commercial

Assemblée, congrès, colloque, exposition, foire ou séminaire, à caractère professionnel ou commercial. Cette activité doit être publique, se dérouler sous la responsabilité d'un organisme officiel et être conforme aux lois, règlements et politiques de la région où elle doit se tenir. L'activité à caractère commercial doit être la principale raison du voyage.

Associé en affaires

Se dit d'une personne avec qui la personne assurée est associée en affaires pour l'exploitation d'une société par actions composée de 4 actionnaires ou moins ou d'une société commerciale ou civile composée de 4 associés ou moins.

Compagnon de voyage

Se dit d'une personne avec qui la personne assurée partage sa chambre ou son appartement à destination ou dont les frais de transport ont été payés avec ceux de la personne assurée.

Frais de voyage payés d'avance

Se dit des sommes suivantes :

- Celles qui sont déboursées par la personne assurée pour l'achat d'un voyage, y compris pour l'achat de billets de transporteurs publics, la location de véhicules motorisés ou d'hébergement auprès de commerces ou plateformes de réservation accrédités ou autorisés par les autorités compétentes à exploiter une telle entreprise ou à rendre de tels services.
- Celles qui sont déboursées lors de réservations pour des arrangements de voyage habituellement compris dans un voyage à forfait.
- Les sommes déboursées ayant trait aux frais d'inscription à une activité à caractère commercial.

Hôte à destination

Se dit d'une personne dont il est prévu qu'elle hébergera la personne assurée à sa résidence principale pendant au moins une partie du voyage.

Transporteur public

Se dit de tout transporteur approuvé par les autorités compétentes et exploité en vertu d'un permis de transport pour le transport (aérien, maritime ou terrestre) de passagers contre rémunération.

Voyage

Se dit du déplacement occasionnel d'une personne assurée partant de son lieu de résidence habituel pour se rendre temporairement à un lieu qui en est éloigné d'au moins 200 kilomètres. Pour être reconnu comme un voyage aux fins de l'assurance annulation de voyage, le déplacement doit aussi nécessiter une période d'absence comportant au moins 2 nuits consécutives et être effectué pour des raisons touristiques ou d'agrément ou pour assister à une activité à caractère commercial. De plus, s'il s'agit d'une croisière, elle doit être effectuée sous la responsabilité d'un commerce accrédité ou autorisé par les autorités compétentes à exploiter une telle entreprise ou à rendre de tels services.

2. Causes pouvant entraîner des frais admissibles d'annulation

Le voyage doit être annulé, prolongé ou interrompu en raison d'une des causes suivantes pour que des frais d'annulation de voyage puissent être admissibles :

- a) Une maladie ou un accident que subit la personne assurée, son compagnon de voyage, ou son associé en affaires, ou que subit un membre de la famille de la personne assurée ou de son compagnon de voyage; la maladie ou l'accident doit empêcher la personne concernée de remplir ses fonctions habituelles et être suffisamment grave pour justifier l'annulation ou l'interruption du voyage de la personne assurée ou pour en forcer l'interruption.
- b) Le décès de la personne assurée, de son conjoint, d'un enfant de la personne assurée ou de son conjoint, d'un compagnon de voyage de la personne assurée ou d'un associé en affaires de la personne assurée.
- c) Le décès d'un membre de la famille de l'une ou l'autre des personnes suivantes : la personne assurée; le conjoint de la personne assurée; un enfant de la personne assurée; un compagnon de voyage de la personne assurée. Les funérailles doivent toutefois avoir lieu au cours de la période qui s'étend de 31 jours avant jusqu'à 31 jours après la durée du séjour.

- d) Le décès, une maladie ou un accident d'une personne dont la personne assurée est le tuteur légal.
- e) Nonobstant toute autre disposition du contrat, le suicide ou la tentative de suicide d'un compagnon de voyage de la personne assurée ou d'un membre de la famille de la personne assurée.
- f) Le décès d'une personne dont la personne assurée est le liquidateur testamentaire.
- g) Le décès ou l'hospitalisation d'urgence de l'hôte à destination.
- h) La convocation de la personne assurée ou de son compagnon de voyage à agir comme juré ou l'assignation d'une de ces personnes à comparaître comme témoin dans une cause à être entendue durant la période du voyage, pourvu que cette personne ait entrepris les démarches nécessaires pour obtenir un report de la cause à être entendue. Une telle convocation ou assignation n'est pas considérée comme admissible pour fins d'annulation ou d'interruption du voyage lorsque la personne concernée intente une poursuite ou est une partie poursuivie ou qu'il s'agit d'un policier dont l'obligation à comparaître est liée à l'exercice de ses fonctions habituelles.
- i) La mise en quarantaine de la personne assurée, pourvu qu'elle se termine 7 jours ou moins avant la date prévue de départ ou se produise au cours de la période du voyage.
- j) Le détournement de l'avion à bord duquel la personne assurée voyage.
- k) Un sinistre qui rend inhabitable la résidence principale de la personne assurée ou de l'hôte à destination. La résidence doit toujours être inhabitable 7 jours ou moins avant la date prévue de départ, sinon, le sinistre doit avoir lieu pendant la période du voyage.
- l) Le transfert de la personne assurée, pour le même employeur, à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel, pourvu que ce transfert soit exigé par son employeur dans les 30 jours précédant la date déjà fixée du début du voyage.

m) **Pour l'annulation de voyage :**

L'émission par le gouvernement du Canada d'un avertissement :

- d'éviter tout voyage ou d'éviter tout voyage non essentiel à un endroit où la personne assurée doit se rendre; ou
- d'éviter tout voyage en croisière alors que la personne assurée doit effectuer un voyage en croisière.

L'avertissement doit être émis après que la personne assurée ait pris les arrangements relatifs au voyage. L'avertissement doit être toujours en vigueur à la date prévue de départ.

Pour l'interruption de voyage :

L'émission par le gouvernement du Canada d'un avertissement :

- d'éviter tout voyage ou d'éviter tout voyage non essentiel à un endroit où la personne assurée se trouve déjà; ou
- d'éviter tout voyage en croisière alors que la personne assurée s'y trouve déjà.

L'avertissement doit être en vigueur durant le voyage. La personne assurée doit se conformer à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission.

- n) Le retard du moyen de transport utilisé par la personne assurée pour se rendre au point de départ du voyage projeté ou au point de départ d'une correspondance prévue après le départ du voyage projeté, pourvu que l'horaire du moyen de transport utilisé prévoie une arrivée au point de départ au moins 3 heures avant l'heure de départ ou au moins 2 heures avant l'heure de départ si la distance à parcourir est de moins de 100 kilomètres. Le retard doit être causé par des difficultés mécaniques (sauf pour une automobile privée), un accident de la circulation ou la fermeture d'urgence d'une route, chacune des deux dernières causes devant être attestée par un rapport de police.
- o) Des conditions atmosphériques faisant en sorte que :
- le départ du transporteur public, au point de départ du voyage projeté, soit annulé ou qu'il soit retardé pour une période d'au moins 30 % (minimum de 48 heures) de la durée prévue du voyage;
- ou
- la personne assurée ne peut effectuer une correspondance prévue, après le départ, avec un autre transporteur public, pourvu que la correspondance prévue après le départ soit annulée ou qu'elle soit retardée pour une période d'au moins 30 % (minimum de 48 heures) de la durée prévue du voyage.
- p) Un sinistre survenant à l'endroit où doit se tenir une activité à caractère commercial. Le sinistre doit rendre la tenue de l'activité impossible. Un avis écrit annulant l'activité doit avoir été émis par l'organisme officiel responsable de son organisation.
- q) Le décès ou l'hospitalisation de la personne avec laquelle la personne assurée a pris des arrangements pour une réunion d'affaires ou une activité à caractère commercial. Dans ce cas, rembourse les frais de transport, ainsi que les frais d'hébergement jusqu'à concurrence de 3 jours.

3. Frais admissibles

Pour que les frais puissent être admissibles, ils doivent être engagés par la personne assurée en raison de l'annulation, de la prolongation ou de l'interruption d'un voyage dans la mesure où les frais engagés ont trait à des frais de voyage payés d'avance par la personne assurée et où cette dernière, au moment de prendre les arrangements de voyage, ne connaît aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation, la prolongation ou l'interruption du voyage prévu. Les frais doivent aussi être engagés en raison d'une des causes pouvant entraîner des frais admissibles d'annulation.

Le remboursement s'effectue selon les modalités prévues ci-après et les frais d'annulation remboursables ne peuvent excéder 5 000 \$ par personne assurée par voyage.

En cas d'annulation avant le départ

- a) La portion non remboursable, inutilisable, non transférable et irrécouvrable des frais de voyage payés d'avance. Toute forme de crédit, compensation ou dédommagement (avec ou sans restriction quant à l'utilisation) offerts par un fournisseur de voyage, une agence de voyage, un transporteur public, un lieu d'hébergement ou un organisme sont considérés comme des remboursements des frais de voyage payés d'avance.

- b) Les frais supplémentaires engagés par la personne assurée dans le cas où la personne qui devait l'accompagner et partager l'hébergement à destination doit annuler son voyage pour l'une des causes pouvant entraîner des frais admissibles d'annulation et que la personne assurée décide d'effectuer le voyage comme prévu initialement. Ces frais sont admissibles jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable au moment où la personne accompagnatrice doit annuler son voyage.
- c) La portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance, jusqu'à concurrence de 70 % de ces frais, si le départ de la personne assurée est retardé à cause des conditions atmosphériques et qu'elle décide de ne pas effectuer le voyage.

En cas de départ manqué, d'annulation de vol ou d'interruption temporaire de voyage

Le coût supplémentaire d'un billet simple, en classe économique par un transporteur public à horaire fixe, par la route la plus directe, jusqu'à la destination initialement prévue. Le départ doit être manqué en raison du retard du moyen de transport utilisé par la personne assurée ou de l'annulation d'un vol, aux conditions énoncées dans les causes admissibles d'annulation. S'il s'agit d'une interruption de voyage, toutefois, elle doit résulter d'une maladie ou d'un accident dont est victime la personne assurée ou son compagnon de voyage, aux conditions énoncées dans les causes pouvant entraîner des frais admissibles d'annulation.

En cas de retour anticipé ou retardé

- a) Le coût supplémentaire d'un billet simple, en classe économique, par la route la plus directe, pour le voyage de retour jusqu'au point de départ par le moyen de transport prévu initialement. Dans le cas où le moyen de transport prévu initialement ne peut être utilisé, peu importe que les frais de voyage aient été payés d'avance ou non, les frais admissibles correspondent aux frais exigés par un transporteur public à horaire fixe, en classe économique, selon le moyen de transport le plus économique, par la route la plus directe, pour le voyage de retour de la personne assurée jusqu'au point de départ. Ces frais doivent avoir été convenus au préalable avec le service d'assistance voyage de .
- b) La portion non utilisée et non remboursable de la partie terrestre des frais de voyage payés d'avance.

Restriction

Si le retour est retardé de plus de 7 jours, les frais sont admissibles pourvu que la personne assurée ou son compagnon de voyage ait été admis dans un hôpital à titre de patient interne pendant plus de 48 heures à l'intérieur de ladite période de 7 jours.

Dans le cas où des frais de voyage n'auraient pas été payés d'avance, les frais engagés par la personne assurée sont admissibles pourvu que cette dernière, avant la date du début du voyage, ne connaisse aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'interruption du voyage prévu.

Transport aller et retour

Les frais de transport par le moyen le plus économique après approbation par le service d'assistance voyage de , pour faire revenir la personne assurée dans sa province de résidence et la ramener à l'endroit où elle serait rendue dans son voyage, à condition que le retour vers la province de résidence soit attribuable à l'une des causes suivantes :

- a) Le décès ou l'hospitalisation d'un membre de sa famille, d'une personne dont elle est le tuteur légal ou d'une personne dont elle est le liquidateur testamentaire.
- b) Un sinistre ayant rendu sa résidence principale inhabitable ou ayant causé des dommages importants à son établissement commercial.

4. Exclusions, limitations et restrictions

Aux exclusions, limitations et restrictions qui s'appliquent à l'ensemble de la garantie d'assurance maladie s'ajoute ce qui suit pour l'assurance annulation de voyage.

- 1) L'assurance annulation de voyage ne couvre pas les pertes occasionnées par ou auxquelles ont contribué les causes suivantes :
 - a) la participation active de la personne assurée à une émeute ou à une insurrection, la commission ou la tentative de commission d'un acte criminel par la personne assurée ou par son compagnon de voyage ou sa participation à un acte criminel;
 - b) l'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conséquences de cette absorption abusive;
 - c) une blessure que la personne assurée ou son compagnon de voyage s'est infligée intentionnellement, ou le suicide ou la tentative de suicide de la personne assurée, sans égard à son état d'esprit;
 - d) la pratique des activités ou sports suivants : vol plané, deltaplane, parapente, alpinisme, bungee, saut en parachute, parachutisme en chute libre ou toute autre activité du même genre, la pratique de sports de contacts physiques ou de sports extrêmes ou de combat, la participation à toute compétition de véhicules motorisés ou à toute activité sportive ou sous-marine pour laquelle la personne visée par l'assurance est rémunérée;
 - e) la raison pour laquelle le voyage est acheté, dans les cas où il est acheté dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical, une consultation médicale ou des services hospitaliers, que le voyage soit acheté sur la recommandation d'un médecin ou non;
 - f) dans les cas où un voyage est acheté dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou une personne qui a été victime d'un accident, le décès de cette personne ou l'évolution de sa condition médicale;
 - g) une cause qui n'empêchait pas hors de tout doute possible la personne assurée de faire le voyage.

- 2) Aucuns frais ne sont payables si la personne assurée a pris les arrangements de voyage alors qu'un avertissement du gouvernement du Canada était en vigueur à l'effet :
- d'éviter tout voyage à un endroit où la personne assurée doit se rendre;
 - d'éviter tout voyage en croisière alors que la personne assurée doit effectuer un voyage en croisière;

Toutefois, la présente exclusion ne s'applique pas :

- à toute annulation de voyage pour une cause admissible d'annulation autre que l'avertissement du gouvernement du Canada, s'il y a une modification à la baisse du niveau de risque de l'avertissement avant la date prévue de départ en voyage; et
- à toute interruption de voyage pour une cause admissible d'interruption autre que l'avertissement du gouvernement du Canada, s'il y a une modification à la baisse du niveau de risque de l'avertissement avant la date prévue de départ en voyage ou durant le voyage de la personne assurée;

- 3) Aucuns frais d'interruption de voyage ne sont payables si la personne assurée part en voyage alors qu'un avertissement du gouvernement du Canada est en vigueur à l'effet :
- d'éviter tout voyage à un endroit où la personne assurée doit se rendre;
 - d'éviter tout voyage en croisière alors que la personne assurée doit effectuer un voyage en croisière;

Toutefois, la présente exclusion ne s'applique pas à toute interruption de voyage pour une cause admissible d'interruption autre que l'avertissement du gouvernement du Canada, s'il y a une modification à la baisse du niveau de risque de l'avertissement durant le voyage de la personne assurée.

- 4) Aucuns frais d'interruption de voyage ayant pour cause l'avertissement ci-après ne sont payables si la personne assurée part en voyage alors qu'un avertissement du gouvernement du Canada est en vigueur à l'effet d'éviter tout voyage non essentiel à un endroit où la personne assurée doit se rendre.

Toutefois, la présente exclusion ne s'applique pas à toute interruption de voyage ayant pour cause l'avertissement, s'il y a une modification à la hausse du niveau de risque de l'avertissement durant le voyage de la personne assurée.

- 5) Aucuns frais d'interruption de voyage ayant pour cause un des avertissements ci-dessous ne sont payables si, durant le voyage de la personne assurée, le gouvernement du Canada émet un avertissement :
- d'éviter tout voyage ou d'éviter tout voyage non essentiel à un endroit où la personne assurée se trouve déjà et qu'elle ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission; ou
 - d'éviter tout voyage en croisière alors que la personne assurée s'y trouve déjà et qu'elle ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission.

Si la personne assurée ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission, aucuns frais engagés par la personne assurée ne seront admissibles après ce délai;

6) Aucuns frais d'interruption de voyage pour une cause admissible d'interruption autre qu'un des avertissements ci-dessous ne sont payables si, durant le voyage de la personne assurée, le gouvernement du Canada émet un avertissement :

- d'éviter tout voyage à un endroit où la personne assurée se trouve déjà et qu'elle ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission; ou
- d'éviter tout voyage en croisière alors que la personne assurée s'y trouve déjà et qu'elle ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission.

Si la personne assurée ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission, aucuns frais engagés par la personne assurée ne seront admissibles après ce délai;

En cas de non-respect du délai prévu au présent régime pour soumettre l'avis d'une annulation de voyage avant le départ, la responsabilité de se limite aux frais d'annulation prévus au contrat de voyage à l'égard du moment où ledit avis aurait dû avoir été transmis. Toutefois, cette limitation ne s'applique pas s'il est démontré à la satisfaction de que la personne assurée et tout adulte qui doit l'accompagner dans le voyage projeté ont été dans l'incapacité totale et absolue d'agir. Dans ce cas, le voyage doit être annulé aussitôt que l'une de ces personnes est en mesure de le faire, la responsabilité de étant alors limitée aux frais d'annulation prévus au contrat de voyage à l'égard du moment de l'annulation.

ANNEXE III

Garantie d'assurabilité future

1) DESCRIPTION DE L'OPTION

La garantie d'assurabilité future permet à un adhérent qui la détient d'augmenter sa somme assurée mensuelle, sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité. L'augmentation de la somme assurée mensuelle est permise durant chaque période d'option, pourvu que la garantie d'assurabilité future soit en vigueur et que l'adhérent exerce son droit d'assurabilité future.

2) ADMISSIBILITÉ

Tout membre de moins de 55 ans est admissible à la présente option à la date à laquelle il devient assuré en vertu de la garantie d'assurance invalidité perte de revenu.

3) DEMANDE D'ADHÉSION ET PREUVES D'ASSURABILITÉ

L'adhésion à la présente garantie est facultative et conditionnelle à l'adhésion à l'assurance invalidité perte de revenu. Des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur sont exigées uniquement au moment de l'adhésion à la présente garantie, pour le montant total potentiel que l'adhérent peut obtenir.

4) PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE

Sous réserve des autres dispositions de l'assurance invalidité perte de revenu, la garantie d'assurabilité future d'un membre prend effet à la date à laquelle les preuves d'assurabilité ont été jugées satisfaisantes par l'assureur.

5) PRESTATIONS

a) Somme assurée pour les étudiants

La somme assurée en vertu de la présente garantie correspond à une augmentation de 1 000 \$. Le montant d'assurance peut être augmenté à cinq reprises. Toutefois, le total des sommes assurées détenues par l'étudiant ne peut en aucun cas dépasser le maximum prévu pour l'assurance invalidité perte de revenu.

b) Somme assurée pour les autres adhérents

La somme assurée en vertu de la présente garantie correspond à une augmentation de 10 % du montant d'assurance actuel ou de 500 \$, au choix de l'adhérent au moment d'exercer son droit d'assurabilité future. Le montant d'assurance peut être augmenté à cinq reprises. Toutefois, le total des sommes assurées détenues par l'adhérent ne peut en aucun cas dépasser le maximum prévu pour l'assurance invalidité perte de revenu.

c) Droit d'exercice de l'assurabilité future

L'adhérent doit informer l'administrateur par écrit de son choix d'exercer son droit d'assurabilité future.

L'assurabilité future entre alors en vigueur à la date à laquelle l'adhérent en a fait la demande, pourvu que :

- i) la prime additionnelle requise soit payée;
- ii) l'adhérent soit au travail actif à temps plein ou l'était le dernier jour où il devait normalement l'être;
- iii) l'adhérent s'acquitte des principales tâches de ses fonctions professionnelles habituelles ou, s'il n'est pas au travail, soit en mesure d'accomplir les principales tâches de ses fonctions professionnelles habituelles.

Le droit d'exercice de la présente garantie cesse le jour du 55^e anniversaire de naissance de l'adhérent.

6) PRIME ADDITIONNELLE

La première prime additionnelle applicable à la présente garantie doit être payée avant la fin de la période d'option annuelle durant laquelle l'adhérent a exercé son droit d'assurabilité future.

La prime relative à la garantie d'assurabilité future est payable tant et aussi longtemps que l'adhérent bénéficie de la présente option, qu'il exerce ou non son droit d'assurabilité future.

Pour qu'une augmentation de la somme assurée obtenue en vertu de la présente garantie soit payable à la suite d'une invalidité, l'adhérent doit en avoir acquitté la prime mensuelle courante.

7) CONDITIONS, DISPOSITIONS, LIMITATIONS ET EXCLUSIONS

La présente garantie est assujettie aux conditions, dispositions, limitations et exclusions prévues à l'assurance invalidité perte de revenu.

8) EXONÉRATION DE LA PRIME

La clause d'exonération de la prime prévue à l'assurance invalidité perte de revenu s'applique également à la présente garantie.

9) FIN DE LA GARANTIE D'ASSURABILITÉ FUTURE

La garantie d'assurabilité future de tout adhérent prend fin à minuit, à la première des dates suivantes :

- a) la date de la résiliation du présent contrat;
- b) la date d'échéance de la prime additionnelle qui n'est pas payée pour cet adhérent, si cette prime n'est pas payée avant la fin du délai de grâce;

- c) le jour du 55^e anniversaire de naissance de l'adhérent;
- d) la date de fin de l'assurance invalidité perte de revenu;
- e) la date à laquelle l'adhérent a exercé son droit d'assurabilité future pour la 5e fois;
- f) la date à laquelle la somme assurée totale détenue par l'adhérent atteint le maximum prévu en vertu de l'assurance invalidité perte de revenu.



Sogedent Assurances inc.
425, boulevard de Maisonneuve Ouest
Bureau 1425
Montréal (Québec) H3A 3G5

Tél. : 514 282-1425
1 800 361-3794
Téléc. : 514 282-0437

assurances@sogedent.qc.ca
www.sogedent.qc.ca