



La Fédération des coopératives du Nouveau-Québec

Numéro de groupe G. 5648 (39861)

Compte 014 et Compte 015 –

Salariés de Transport Katinniq/Transport Padlayat





Votre régime d'assurance collective

La Fédération des coopératives
du Nouveau-Québec

Numéro de groupe G. 5648 (39861)

Compte 014 et Compte 015 – Salariés de Transport Katinniq/
Transport Padlayat

Date d'effet : 1^{er} septembre 2023

Date d'établissement : 26 avril 2024

Pour en savoir plus, consultez le site cooperators.ca/collective > Avantages sociaux.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
TABLEAU DES PRESTATIONS.....	2
ASSURANCE VIE DE BASE.....	2
ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE	2
ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE	3
ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE.....	3
ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE.....	4
GARANTIE SOINS DENTAIRES	7
PROGRAMME D'AIDE AUX EMPLOYÉS (PAE)	8
GÉNÉRALITÉS	9
<i>Personnes à charge admissibles</i>	<i>9</i>
<i>Comment adhérer au régime</i>	<i>10</i>
<i>Preuve d'assurabilité</i>	<i>10</i>
<i>Quand votre assurance débute-t-elle?</i>	<i>10</i>
<i>Quand l'assurance d'une personne à charge débute-t-elle?</i>	<i>11</i>
<i>Mise à jour de votre dossier</i>	<i>11</i>
<i>Désignation de bénéficiaire</i>	<i>11</i>
<i>Quand les modifications afférentes au montant d'assurance prennent-elles effet?</i>	<i>11</i>
<i>Qu'entend-on par « salaire »?</i>	<i>12</i>
<i>Responsabilité civile/Subrogation</i>	<i>15</i>
ASSURANCE VIE COLLECTIVE DE BASE	16
<i>En quoi consiste la garantie?</i>	<i>16</i>
<i>Qu'arrive-t-il en cas de maladie en phase terminale?</i>	<i>16</i>
<i>Délai pour présenter une demande de règlement d'assurance vie</i>	<i>16</i>
<i>Droit de transformation de l'assurance vie.....</i>	<i>16</i>
ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE.....	18
<i>En quoi consiste la garantie?</i>	<i>18</i>
<i>Exonération des primes en cas d'invalidité totale</i>	<i>18</i>
<i>Délai pour présenter une demande de règlement d'assurance vie des personnes à charge</i>	<i>18</i>
ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE	19
<i>En quoi consiste la garantie?</i>	<i>19</i>
<i>Évaluation médicale indépendante.....</i>	<i>19</i>
<i>Participation à un programme de réadaptation</i>	<i>19</i>
<i>Versement des prestations d'invalidité de courte durée.....</i>	<i>19</i>
<i>Quand l'indemnisation commence-t-elle?.....</i>	<i>19</i>
<i>Quelle est la durée de l'indemnisation?</i>	<i>19</i>
<i>Récidive d'invalidité totale.....</i>	<i>19</i>
<i>Calcul des prestations au prorata pour les semaines incomplètes.....</i>	<i>19</i>
<i>Mes prestations sont-elles imposables?</i>	<i>19</i>
<i>Programme de réadaptation</i>	<i>20</i>
<i>Réductions de la prestation.....</i>	<i>20</i>
<i>Quand vos prestations d'invalidité de courte durée prennent-elles fin?</i>	<i>21</i>
<i>Restrictions applicables aux prestations d'invalidité de courte durée</i>	<i>22</i>
<i>Délai pour présenter une demande de prestations d'invalidité de courte durée</i>	<i>22</i>

TABLE DES MATIÈRES

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE	23
<i>En quoi consiste la garantie?</i>	23
<i>Modalités à remplir avant et pendant l'indemnisation</i>	23
<i>Évaluation médicale indépendante.....</i>	23
<i>Obligation continue</i>	23
<i>Participation à un programme de réadaptation</i>	23
<i>Restriction applicable aux affections préexistantes</i>	23
<i>Versement des prestations mensuelles</i>	24
<i>Pendant la période afférente à la propre profession</i>	24
<i>Après la période afférente à la propre profession</i>	24
<i>Quand l'indemnisation commence-t-elle?.....</i>	24
<i>Récidive d'invalidité totale.....</i>	25
<i>Calcul des prestations au prorata pour les mois incomplets.....</i>	25
<i>Vos prestations sont-elles imposables?</i>	25
<i>Programme de réadaptation</i>	25
<i>Réductions de la prestation.....</i>	26
<i>Plafond des prestations mensuelles (maximum de toutes sources)</i>	26
<i>Réductions directes (revenus de toutes sources)</i>	26
<i>Réductions indirectes (revenus de toutes sources)</i>	26
<i>Exonération des primes en cas d'invalidité totale</i>	27
<i>Quand vos prestations d'invalidité de longue durée prennent-elles fin?</i>	27
<i>Congé de maternité, congé parental, congé de compassion, congé temporaire ou mise à pied temporaire</i>	28
<i>Restrictions applicables aux prestations d'invalidité de longue durée.....</i>	28
<i>Délai pour présenter une demande de prestations d'invalidité de longue durée</i>	29
ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE	30
<i>En quoi consiste la garantie?</i>	30
<i>Faut-il obtenir un plan de traitement?</i>	30
<i>Services et fournitures couverts par l'assurance maladie complémentaire</i>	31
<i>Ambulance</i>	31
<i>Hospitalisation</i>	31
<i>Soins infirmiers à domicile</i>	32
<i>Soins d'urgence à l'étranger</i>	34
<i>Assurance voyage Plus.....</i>	34
<i>Assistance en cas d'urgence médicale en voyage.....</i>	36
<i>Soins paramédicaux.....</i>	37
<i>Frais d'examen des yeux facturés par un optométriste ou un ophtalmologiste</i>	38
<i>Médicaments d'ordonnance.....</i>	38
<i>Restrictions applicables aux médicaments d'ordonnance</i>	38
<i>Fournitures médicales</i>	40
<i>Fournitures pour diabétiques</i>	40
<i>Services diagnostiques de laboratoire.....</i>	40
<i>Équipement médical.....</i>	40
<i>Équipement thérapeutique.....</i>	41
<i>Oxygène et matériel d'administration d'oxygène.....</i>	41
<i>Chaussures orthopédiques, orthèses plantaires et chaussures profondes</i>	41
<i>Fauteuils roulants et lits d'hôpital.....</i>	41
<i>Perruques et postiches</i>	42
<i>Prothèses</i>	42
<i>Aides à la communication.....</i>	42
<i>Appareillage pour stomisés</i>	42
<i>Accidents dentaires</i>	42
<i>Injections sclérosantes</i>	43
<i>Soins de la vue.....</i>	43
<i>Droit de transformation de l'assurance maladie complémentaire.....</i>	43
<i>Prestation de survivant pour les personnes à charge</i>	43
<i>Restrictions générales applicables à l'assurance maladie complémentaire.....</i>	43
<i>Délai pour présenter une demande de règlement</i>	44
<i>Coordination des prestations d'assurance maladie complémentaire</i>	45

TABLE DES MATIÈRES

GARANTIE SOINS DENTAIRES	46
<i>En quoi consiste la garantie?</i>	<i>46</i>
<i>Soins dentaires pour les adhérents tardifs.....</i>	<i>46</i>
<i>Faut-il obtenir un plan de traitement?</i>	<i>46</i>
<i>Guide des tarifs dentaires</i>	<i>46</i>
<i>Somme remboursable.....</i>	<i>46</i>
<i>Radiographies</i>	<i>47</i>
<i>Laboratoire.....</i>	<i>47</i>
<i>Choix du traitement</i>	<i>47</i>
<i>Soins dentaires couverts</i>	<i>47</i>
<i>Niveau 1 – Soins de prévention et de restauration de base couverts.....</i>	<i>47</i>
<i>Niveau 2 – Soins de restauration mineure (endodontie et parodontie).....</i>	<i>48</i>
<i>Droit de transformation de la garantie soins dentaires.....</i>	<i>49</i>
<i>Prestation de survivant pour les personnes à charge</i>	<i>49</i>
<i>Restrictions générales applicables à la garantie soins dentaires.....</i>	<i>49</i>
<i>Délai pour présenter une demande de règlement pour soins dentaires.....</i>	<i>50</i>
<i>Prolongation de la garantie pour les soins dentaires en cours.....</i>	<i>50</i>
<i>Coordination des prestations de la garantie soins dentaires</i>	<i>50</i>
PROGRAMME D'AIDE AUX EMPLOYÉS	52
<i>Programme d'aide aux employés (PAE)</i>	<i>52</i>
<i>Là Pour Vous^{MC} – Services pour l'employé et ses personnes à charge</i>	<i>52</i>
<i>Fin de l'entente de services.....</i>	<i>52</i>

INTRODUCTION

VOTRE RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

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

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

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

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

Administration de votre régime

Croix Bleue – Information

Pour plus d'information sur votre assurance collective ou le site Web des participants au régime, veuillez communiquer sans frais avec notre centre de contact client :

Provinces de l'Atlantique : 1-800-667-4511

Ontario : 1-800-355-9133

Québec : 1-888-588-1212

De partout au Canada : 1-888-873-9200

Vous pouvez également poser vos questions par courriel à contact@medavie.croixbleue.ca ou visiter notre site Web au medaviebc.ca/fr.

Le présent livret contient des renseignements généraux sur votre régime d'assurance collective et ne constitue pas un contrat. La police-cadre G. 5648, établie par Co-operators Compagnie d'assurance-vie au nom de La Fédération des coopératives du Nouveau-Québec détermine les garanties, montants et dates d'effet applicables dans votre cas et fait foi pour le règlement de tous les sinistres. En cas de divergence ou de conflit entre le présent livret et la police, la police prévaut.

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

Tableau des prestations

TABLEAU DES PRESTATIONS

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

Minimum d'heures :

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

Filiales ou sociétés affiliées :

- FCNQ Construction inc.

ASSURANCE VIE DE BASE

Calcul de la prestation :	100 % du salaire annuel, arrondi à la tranche supérieure de 1 000 \$, s'il n'en est pas déjà un multiple.
Montant d'assurance :	Le montant obtenu selon le calcul de la prestation. Le montant maximal d'assurance est le suivant : Maximum sans preuve d'assurabilité : 150 000 \$ Maximum avec preuve d'assurabilité : 150 000 \$ À 65 ans, le montant d'assurance est réduit de 50 %, jusqu'à concurrence d'un maximum de 75 000 \$.
Âge de terminaison :	71 ^e anniversaire de naissance de l'employé
Période d'attente pour l'exonération des primes d'assurance vie :	Correspond au délai de carence de l'invalidité de longue durée. La définition d'invalidité totale pour l'exonération des primes d'assurance vie de base correspond à la définition d'invalidité totale pour la garantie invalidité de longue durée indiquée dans la police. L'exonération des primes prend fin à 65 ans.

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

Montant d'assurance :	Conjoint : 5 000 \$ Enfant (dès la naissance) : 2 500 \$
Assurance prénatale (enfant mort-né) :	La prestation se limite au montant d'assurance sur la tête d'un enfant.
Âge de terminaison :	71 ^e anniversaire de naissance de l'employé
Exonération des primes en cas d'invalidité totale :	Lorsque les primes d'assurance vie de base sont exonérées.

Tableau des prestations

ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE

Calcul de la prestation :	66,67 % du salaire hebdomadaire, arrondi à la tranche supérieure de 1 \$, s'il n'en est pas déjà un multiple.
Prestation hebdomadaire :	Le montant obtenu selon le calcul de la prestation ou le maximum de toutes sources, selon le moins élevé de ces montants.
Prestation hebdomadaire maximale :	1 000 \$
Maximum de toutes sources :	100 % du salaire net d'avant l'invalidité
Protection au travail :	Oui, assurance 24 heures sur 24
Délai de carence :	- Blessureaucun - Maladie7 jours consécutifs
Premier jour d'hospitalisation :	Oui (minimum de 24 heures); voir la disposition 7.3.b
Période d'indemnisation :	17 semaines à compter du début de l'invalidité
Récidive d'invalidité totale :	4 semaines
Semaine d'indemnisation pour l'invalidité de courte durée :	7 jours
Statut fiscal :	Non imposable
Réductions RPC/RRQ :	Primaires
Âge de terminaison :	71 ^e anniversaire de naissance de l'employé
Période d'attente pour l'exonération des primes :	Correspond au délai de carence de l'invalidité de longue durée. L'exonération des primes prend fin à 65 ans.

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Calcul de la prestation :	60 % du salaire mensuel, arrondi à la tranche supérieure de 1 \$, s'il n'en est pas déjà un multiple.
Prestation mensuelle :	Le montant obtenu selon le calcul de la prestation. La prestation mensuelle maximum correspond au moins élevé des montants suivants : 3 500 \$ ou le maximum de toutes sources. Maximum sans preuve d'assurabilité : 3 500 \$ Maximum avec preuve d'assurabilité : 3 500 \$
Maximum de toutes sources :	85 % du salaire net d'avant l'invalidité

Tableau des prestations

Protection au travail :	Oui, assurance 24 heures sur 24
Délai de carence :	- Blessure 119 jours consécutifs - Maladie 119 jours consécutifs
Période afférente à la propre profession :	Durant le délai de carence et les 24 mois qui suivent; par la suite, l'employé doit être atteint d'une invalidité totale qui l'empêche d'exercer les fonctions de toute profession.
Période maximale d'indemnisation :	Jusqu'à 65 ans
Récidive d'invalidité totale :	6 mois
Statut fiscal :	Non imposable
Réductions RPC/RRQ :	Primaires
Âge de terminaison :	65 ^e anniversaire de naissance de l'employé
Période d'attente pour l'exonération des primes :	Correspond au délai de carence de l'invalidité de longue durée. L'exonération des primes prend fin à 65 ans.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

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

Franchise :

- Frais d'hospitalisation, par année 0 \$
- Soins d'urgence à l'étranger et Assurance voyage Plus, par année 0 \$
- Recommandation de traitement à l'étranger 0 \$
- Médicaments d'ordonnance, par année 0 \$
- Soins de la vue, par année 0 \$
- Tous autres soins médicaux complémentaires, par année :
 - ⇒ Employé 25 \$
 - ⇒ Employé avec personnes à charge 25 \$

Régime de médicaments d'ordonnance :

- Liste de choix (médicaments)
- Règlement direct par carte-médicaments
- Médicaments génériques et de marque

Médicaments d'ordonnance pour les résidents du Québec – La prestation maximale payable par personne couverte par période de 12 mois de protection est illimitée. Le régime d'assurance médicaments de la RAMQ détermine la contribution maximale par adulte couvert, laquelle englobe la portion maximale assumée par cette personne, la coassurance ou la franchise. Les frais engagés pour les enfants à charge sont appliqués à la contribution de l'employé. Seuls les frais des médicaments couverts par le régime d'assurance médicaments de la RAMQ sont appliqués à la contribution maximale. Une fois celle-ci atteinte, nous remboursons à 100 % les médicaments couverts par le régime d'assurance médicaments de la RAMQ. Tous les autres médicaments d'ordonnance sont remboursés selon le pourcentage de la coassurance applicable au régime collectif d'assurance médicaments.

Tableau des prestations

Lorsqu'une personne couverte réside dans une province qui offre un régime public d'assurance médicaments, les garanties du présent régime collectif sont administrées selon les exigences de la loi applicable sur l'assurance médicaments et respectent la protection minimale requise par la loi.

Coassurance :

- Frais d'hospitalisation..... 100 %
- Soins d'urgence à l'étranger et Assurance voyage Plus 100 %
- Recommandation de traitement à l'étranger..... 80 %
- Soins de la vue..... 100 %
- Équipement thérapeutique 80 %
- Médicaments d'ordonnance..... 80 %
- Transport par ambulance 100%
- Tous autres soins médicaux complémentaires..... 80 %

Maximums par personne couverte :

- Maximum à vie pour soins d'urgence à l'étranger 5 000 000 \$
- Maximum à vie pour recommandation de traitement à l'étranger..... 50 000 \$
- Maximum par année civile pour soins médicaux complémentaires illimité
- Assurance voyage Plus

Durée maximale du séjour à l'étranger 90 jours

Maximums des prestations d'assurance maladie complémentaire :

- Hospitalisation chambre à deux lits
- Hôpital de convalescence 180 jours
- Soins infirmiers à domicile..... 10 000 \$ par année
- Soins paramédicaux :
 - ⇒ Acupuncteur 500 \$ par année
 - ⇒ Audiologiste 500 \$ par année
 - ⇒ Chiropraticien..... 500 \$ par année
 - ⇒ Massothérapeute..... 500 \$ par année
 - ⇒ Naturopathe/Homéopathe 500 \$ par année
 - ⇒ Nutritionniste/Diététiste 500 \$ par année
 - ⇒ Orthophoniste..... 500 \$ par année
 - ⇒ Ostéopathe..... 500 \$ par année
 - ⇒ Physiothérapeute/Thérapeute du sport 500 \$ par année
 - ⇒ Podiatre/Podologue 500 \$ par année
 - ⇒ Psychologue/Travailleur social/Psychothérapeute/Conseiller clinicien..... 500 \$ par année
- Examens de la vue :
 - ⇒ Adulte..... un examen par 24 mois
 - ⇒ Enfant à charge..... un examen par 24 mois

Tableau des prestations

- Articles de lunetterie sur ordonnance :
 - ⇒ Adulte.....200 \$ par 24 mois
 - ⇒ Enfant à charge.....200 \$ par 12 mois
(moins de 18 ans)
 - ⇒ Pour la correction de la vue au laser, la prestation correspond au double de la prestation pour soins de la vue, dans la limite d'une seule fois la vie durant.
 - ⇒ Le maximum comprend une paire de lunettes ou de verres de contact à la suite de la correction de la vue.
- Fournitures pour diabétiquesillimité
- Chaussures orthopédiques fabriquées sur mesure ou300 \$ par année
orthèses fabriquées sur mesure (combinées)
- Services diagnostiques de laboratoire.....500 \$ par année
- Injections sclérosantes40 \$ par visite (20 \$ pour le
médicament et 20 \$ pour
les frais d'administration
médicale)
- Produits antitabac (résidents du Québec)maximum annuel prévu par
la RAMQ
- Produits antitabac sur ordonnance (résidents des autres provinces).....aucune couverture
- Médicaments antiobésitéaucune couverture
- Médicaments contre la stérilité (résidents du Québec)5 000 \$ à vie, ou le
maximum couvert par la
RAMQ, selon le plus élevé
de ces montants
- Médicaments contre la stérilité (résidents des autres provinces).....5 000 \$, à vie
- Médicaments contre la dysfonction sexuelleaucune couverture
- Aides auditives700 \$ par 3 ans
- Aides à la communication orale1 000 \$, à vie
- Équipement thérapeutique1 500 \$ par année
[dispositifs d'administration pour diabétiques (pompes à perfusion d'insuline), glycomètre, appareils et équipement respiratoires (IPPB, auto CPAP, CPAP, bi-niveau ou autre équipement ou machine respiratoire similaire qui est médicalement nécessaire), neurostimulateur transcutané (TENS), collet cervical, appareil d'aérosolthérapie, tente à inhalation et nébuliseur (à l'exclusion des humidificateurs et vaporisateurs), appareil de traction, alarme d'énurésie, moniteur d'apnée en cas de dysrythmie respiratoire, débitmètre de pointe, chambres d'inhalation, percuteur de la cage thoracique, plateau de drainage et crachoir, canule (tube) de trachéotomie et pompe d'aspiration]
- Membres et yeux artificiels25 000 \$ chacun, à vie
- Bas prothétiques (couvre-moignons).....5 paires par année
- Postiches et perruques à la suite d'une chirurgie ou d'un traitement ... 250 \$, à vie

Tableau des prestations

- Prothèses mammaires externes (postmastectomie).....2 par 24 mois
- Soutiens-gorge chirurgicaux.....2 par année
- Bas de contention gradués2 paires par année

Prestation de survivant pour les personnes à charge :.....2 ans

Âge de terminaison des prestations pour soins d'urgence à l'étranger

(y compris l'Assurance voyage Plus) :.....75^e anniversaire de naissance de l'employé

Âge de terminaison pour les autres

prestations d'assurance maladie complémentaire : Départ à la retraite de l'employé

GARANTIE SOINS DENTAIRES

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

Franchise par année civile :

- Employé.....25 \$
- Employé avec personnes à charge50 \$

Coassurance :

- Niveau 1.....*Soins de restauration de base*80 %
- Niveau 2.....*Soins d'endodontie et de parodontie*80 %
- Niveau 3.....*Soins de restauration majeure*aucune couverture
- Niveau 4.....*Soins orthodontiques*.....aucune couverture

Maximums des prestations pour soins dentaires :

- Niveau 1.....*Soins de restauration de base* }
- Niveau 2.....*Soins d'endodontie et de parodontie* } maximum global de
- Niveau 3.....*Soins de restauration majeure*aucune couverture
- Niveau 4.....*Soins orthodontiques*.....aucune couverture

Guide des tarifs dentaires des généralistes et des spécialistes :année en cours

Autres renseignements sur les soins dentaires :

- ⇒ Examens de rappel, 2 radiographies interproximales, application de fluorure et nettoyage, à raison d'une fois tous les 6 mois.
- ⇒ Examens d'urgence : illimités. Ces examens comprennent l'évaluation de la douleur aiguë ou d'une infection et les tests de vitalité pulpaire.
- ⇒ Traitement au fluorure chez les enfants et les adultes.

Tableau des prestations

- ⇒ Les conseils d'hygiène buccale ne sont pas couverts.
- ⇒ Scellants des puits et fissures chez les enfants à charge de moins de 14 ans.
- ⇒ Le détartrage parodontal, le surfaçage radiculaire, ainsi que l'ajustement et l'équilibrage de l'occlusion sont couverts, à raison d'un maximum de 8 unités de temps par année pour chaque soin.

Prestation de survivant pour les personnes à charge : 2 ans

Âge de terminaison : Départ à la retraite de l'employé

PROGRAMME D'AIDE AUX EMPLOYÉS (PAE)

Là pour vous^{MC} – Services pour l'employé et ses personnes à charge admissibles. Sont inclus :

- accès immédiat et confidentiel à des services d'aide concernant le travail, la santé ou la vie en général;
- counseling professionnel, privé et à court terme, accessible de différentes façons selon les préférences, le mode d'apprentissage, le niveau de confort ou le mode de vie de la personne couverte : téléphone, en personne, cybercounseling; counseling par vidéoconférence, ou en ligne (toutes ces options étant accessibles via un système sécurisé);
- gamme de services de soutien et de consultation professionnels sur des sujets comme la loi, les finances, les soins aux enfants ou aux personnes âgées, les relations de couple, la nutrition et la santé mentale;
- accès en ligne à des articles d'experts sur la santé et le bien-être et à des informations sur les services du PAE;
- application mobile qui procure du soutien en tout temps grâce à une sélection pertinente d'articles et de vidéos, et un accès direct au cybercounseling.

Notre programme **Là pour vous^{MC}** offre des services de counseling à court terme, à raison du nombre de consultations cliniquement nécessaires pour les besoins spécifiques de la personne couverte.

Âge de terminaison : 71^e anniversaire de naissance de l'employé

Exonération des primes en cas

d'invalidité totale : Non applicable

Communiquez avec l'administrateur de votre régime pour en savoir davantage.

GÉNÉRALITÉS

Pour être admissible au régime, vous devez :

- être effectivement au travail sur une base régulière et permanente, à raison du minimum d'heures par semaine indiqué dans le tableau des prestations;
- participer à un régime public d'assurance maladie et résider au Canada;
- avoir moins de 75 ans;
- être employé depuis 90 jours consécutifs.

Vous êtes « effectivement au travail » si :

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

Personnes à charge admissibles

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

- « Conjoint » désigne votre époux ou une personne avec qui vous vivez en union de fait depuis au moins 12 mois. Cette exigence de 12 mois est levée si vous et votre conjoint avez eu ou adopté un enfant ensemble.
 - Veuillez noter que vous ne pouvez assurer qu'une seule personne comme « conjoint » pour toutes les garanties à un moment quelconque.
 - Vos enfants à charge sont vos enfants ou ceux de votre conjoint qui ne sont pas mariés, qu'il s'agisse de vos enfants naturels ou adoptés ou d'un beau-fils ou d'une belle-fille, ou de tout autre enfant non marié pour qui vous ou votre conjoint êtes le tuteur légal.
 - Pour être admissible au régime, votre enfant à charge doit :
 - avoir moins de 21 ans et ne pas travailler plus de 30 heures par semaine, sauf s'il est aux études à plein temps;
 - avoir moins de 25 ans (26 ans pour les résidents du Québec), être inscrit comme étudiant dans un collège, une université, une école de métiers ou dans tout autre établissement d'enseignement semblable et assister aux cours à plein temps; ou
 - être atteint d'une incapacité permanente qui a commencé avant ses 21 ans ou pendant qu'il était un étudiant admissible (il doit être atteint d'une infirmité mentale ou physique permanente et être incapable de subvenir financièrement à ses besoins en raison d'une affection physique ou psychiatrique diagnostiquée par un médecin).
- ⇒ Si votre enfant est atteint d'une infirmité mentale ou physique permanente diagnostiquée par un médecin, ou s'il est aux études, pour que l'assurance se prolonge au-delà de l'âge limite pour les personnes à charge, vous devez présenter une demande par écrit en ce sens dans les 31 jours qui suivent son 21^e anniversaire de naissance. De même, vous devez produire une preuve de son infirmité ou de son statut d'étudiant.

Généralités

- L'enfant de votre conjoint est une personne à charge admissible s'il est également votre enfant, naturel ou adopté, et que votre conjoint réside avec vous, qu'il est assuré aux termes de votre régime et qu'il a la garde de l'enfant.
- Un enfant pour qui vous ou votre conjoint avez été nommé tuteur n'est pas une personne à charge admissible tant que nous n'avons pas reçu une preuve satisfaisante de la tutelle. Si votre conjoint assuré est le tuteur, il doit résider avec vous.
- Un enfant n'est pas considéré comme étant aux études à plein temps s'il touche une rémunération pendant qu'il participe à un programme de formation ou de recyclage dans un établissement d'enseignement, les bourses d'études étant exclues. Si votre enfant à charge est un étudiant de plus de 21 ans, vous devez présenter une preuve de son statut d'étudiant chaque année : il suffit de remplir la déclaration d'admissibilité à titre d'étudiant.

Comment adhérer au régime

Votre employeur ou l'administrateur de votre régime peut vous fournir les formulaires nécessaires pour adhérer à l'assurance collective, demander une nouvelle garantie ou signaler un changement. Vous devez adhérer au régime dans les 31 jours qui suivent votre admissibilité; sans quoi il s'agit d'une demande tardive : vous et vos personnes à charge devrez alors fournir une preuve d'assurabilité.

Les personnes de 65 ans ou plus inscrites au régime public d'assurance médicaments de la RAMQ peuvent avoir renoncé à l'assurance maladie du présent régime ou du régime précédent. À noter toutefois qu'il s'agit d'une décision irrévocable et qu'il sera impossible d'y adhérer de nouveau à une date ultérieure.

Preuve d'assurabilité

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

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

Les résidents du Québec ne sont pas tenus de fournir une preuve de bonne santé pour l'assurance maladie complémentaire (y compris l'assurance médicaments).

Quand votre assurance débute-t-elle?

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

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

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

Généralités

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

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

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

L'assurance maladie complémentaire d'une personne à charge hospitalisée, à l'exception d'un nouveau-né, débute le premier jour suivant son congé de l'hôpital. Cette restriction ne s'applique pas à l'assurance médicaments pour les résidents du Québec.

Mise à jour de votre dossier

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

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

Désignation de bénéficiaire

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

Au Québec, la désignation de l'époux comme bénéficiaire est irrévocable, sauf indication contraire par écrit sur le formulaire de désignation de bénéficiaire. Toutes les autres désignations sont révocables, sauf indication contraire.

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

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

Augmentation du montant d'assurance

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

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

Diminution du montant d'assurance

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

Généralités

Qu'entend-on par « salaire »?

Votre salaire correspond aux revenus habituels (avant retenues) versés annuellement par votre employeur, y compris les heures supplémentaires habituelles, les primes planifiées habituelles, les commissions et l'allocation spéciale pour les employés admissibles. La rémunération qui n'est pas habituelle, comme les dividendes, les heures supplémentaires occasionnelles, les allocations pour frais et tout autre supplément, est exclue. Votre salaire net correspond à votre salaire brut après retenues (impôts sur le revenu, AE et RPC ou RRQ). Si vos revenus sont constitués, en tout ou en partie, de commissions, d'heures supplémentaires habituelles, de primes planifiées habituelles et de l'allocation spéciale, vos revenus assurables correspondent à la moyenne de votre paie habituelle, y compris les commissions, les heures supplémentaires habituelles et les primes planifiées habituelles, pour les 24 mois qui précèdent. L'allocation spéciale pour les employés inuits à plein temps (21 heures ou plus par semaine) et pour les employés inuits à temps partiel (14 à 20 heures par semaine) s'entend d'une allocation hebdomadaire imposable versée et déclarée par votre employeur et pour laquelle les primes ont été payées.

Qu'arrive-t-il si votre salaire est sous-estimé ou surestimé?

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

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

Quand l'assurance prend-elle fin?

Votre assurance prend fin à la première des éventualités suivantes :

- le jour de votre cessation d'emploi (excluant le départ à la retraite);
- le jour où vous n'êtes plus effectivement au travail, à l'exception d'un congé de maternité, d'un congé parental ou d'un congé de compassion lorsque la loi l'impose;
- le jour où vous n'êtes plus effectivement au travail (à l'exception d'un licenciement, d'un congé temporaire ou d'une mise à pied temporaire) lorsque l'assurance peut être maintenue en vigueur pour la période minimale requise par la loi en cas de licenciement ou jusqu'à 90 jours en cas de congé temporaire. Cette prolongation doit être demandée par votre employeur, sans discrimination à l'égard d'un autre employé, et les primes applicables doivent être payées;
- la fin de la période pour laquelle les primes de votre assurance ont été payées;
- le jour où vous n'appartenez plus à une catégorie d'employés admissibles à l'assurance;
- le jour où vous atteignez l'âge de terminaison indiqué dans le tableau des prestations pour chaque garantie, sauf au Québec où l'assurance médicaments demeure en vigueur si vous continuez à travailler;
- le jour où la police ou le régime d'assurance collective de votre employeur prend fin.

Note : Si vous résidez au Québec et n'êtes plus effectivement au travail à cause d'une grève, d'un arrêt de travail ou d'un lock-out, l'assurance médicaments est maintenue en vigueur pendant 30 jours et les primes applicables sont à payer.

La protection de votre personne à charge prend fin à la première des éventualités suivantes :

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

Généralités

Processus de demande de règlement, sauf pour l'assurance maladie complémentaire et la garantie soins dentaires

Où pouvez-vous vous procurer un formulaire de demande de règlement?

Vous pouvez obtenir les formulaires de demande de règlement auprès de votre employeur, de l'administrateur de votre régime ou sur notre site Web au cooperators.ca/collective.

Vous pouvez également joindre notre Centre de service à la clientèle par téléphone, par courriel ou via la fonction *Poser une question* de notre site sécurisé Clic Avantages^{MD} pour les participants.

Visitez le site cooperators.ca/collective > Avantages sociaux et cliquez sur Clic Avantages^{MD} pour les participants au régime pour obtenir de plus amples renseignements sur votre régime. Une fois connecté au site, vous pourrez imprimer des formulaires, obtenir des conseils relatifs au contrôle des coûts, accéder à des sites de santé et mieux-être et bien plus encore.

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

- votre nom complet tel qu'il figure sur votre talon de paie;
- votre numéro d'identification personnel (ou numéro de certificat);
- le nom de votre employeur;
- le numéro de votre police collective.

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

Délai de traitement des demandes de règlement

Le délai de traitement dépend du mode de présentation de la demande et du mode de remboursement choisi. Vous pouvez envoyer un formulaire papier à l'adresse qui figure sur la demande.

Preuve de sinistre

Vous devez présenter une déclaration de sinistre, accompagnée d'une preuve de votre admissibilité aux prestations du régime, conformément aux modalités de la police-cadre. Vous devez également nous autoriser à obtenir des renseignements de toute autre source au sujet de votre demande de règlement (au besoin). De temps à autre, nous pouvons vous demander une preuve de votre invalidité totale. Lorsque nous demandons des renseignements ou une autorisation quelconque, il faut les présenter dans le délai prescrit; sans quoi vous n'avez pas droit aux prestations. Les frais liés à l'obtention de ces renseignements sont à votre charge.

Quand faut-il présenter une demande de règlement?

Pour un traitement rapide de votre demande de règlement, il faut présenter la déclaration de sinistre au cours du délai prévu par chaque garantie.

Conditions d'exercice des recours

Sauf lorsque la loi autorise l'application d'un délai de prescription différent, aucune poursuite ne peut être intentée contre l'assureur en vue de recouvrer toute somme payable au titre du contrat, à moins d'être engagée au cours du délai prescrit par la *Loi sur les assurances* ou par toute autre loi applicable.

Généralités

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

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

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

Accès à votre dossier

Conformément à la loi, en ce qui concerne les garanties souscrites, vous pouvez obtenir une copie de votre demande d'adhésion à l'assurance ou de votre proposition, ainsi qu'une copie de toute déclaration écrite ou de tout autre document qui ne fait autrement pas partie de la demande d'assurance mais que vous avez fourni à Co-operators Vie comme preuve d'assurabilité, si vous habitez une province où la loi vous confère ce droit. Pour les garanties souscrites, vous pouvez également demander une copie de la police-cadre, moyennant un préavis raisonnable. La première copie vous est remise gratuitement, mais des frais s'appliquent pour chaque copie subséquente. Il faut en faire la demande à notre Centre de service à la clientèle.

Pour les demandes de règlement d'assurance maladie complémentaire et de la garantie soins dentaires :

Visitez le lien ci-dessous pour plus d'information sur la présentation d'une demande de règlement d'assurance maladie ou de soins dentaires :

<https://www.medaviebc.ca/fr/adherents/soumettre-votre-demande-de-reglement>

Les résidents du Québec peuvent poster leurs demandes de règlement à l'adresse suivante :

Bureau principal de Montréal

550, rue Sherbrooke Ouest, bureau 12

Montréal QC H3A 6T6

[Vue sur Google Maps](#)

Ouvert du lundi au vendredi, de 8 h à 17 h (Est)

Tous les autres formulaires de demande de règlement doivent être envoyés à l'adresse suivante :

Service des règlements (Collective)

Co-operators

1900 Albert Street

Regina, SK S4P 4K8

Généralités

Responsabilité civile/Subrogation

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

ASSURANCE VIE COLLECTIVE DE BASE

En quoi consiste la garantie?

Si votre décès survient en cours d'assurance, nous versons à votre bénéficiaire désigné le montant d'assurance vie de base pour lequel vous êtes assuré, tel qu'indiqué dans le tableau des prestations.

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

Qu'arrive-t-il en cas de maladie en phase terminale?

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

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

Délai pour présenter une demande de règlement d'assurance vie

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

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

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

Droit de transformation de l'assurance vie

Si votre assurance prend fin à votre 65^e anniversaire de naissance ou avant, vous pourriez avoir le droit de transformer votre assurance vie collective en une police individuelle, sans preuve de bonne santé. Co-operators Vie doit recevoir votre proposition d'assurance individuelle, accompagnée de la première prime, dans les 31 jours qui suivent la fin de votre assurance vie collective. Si votre assurance prend fin à votre 65^e anniversaire de naissance, Co-operators Vie doit recevoir votre demande dans les 31 jours qui suivent votre 65^e anniversaire de naissance. Advenant votre décès pendant cette période, le montant d'assurance vie collective admissible à la transformation est versé à votre bénéficiaire ou à votre succession, même si vous n'avez pas présenté de demande de transformation. Le droit de transformation n'est pas offert après votre 65^e anniversaire de naissance.

Assurance vie collective de base

Seuls certains types de régimes individuels sont offerts dans le cadre d'une transformation. Ils n'incluent aucune garantie en cas d'invalidité ou de décès accidentel ni aucune autre garantie spéciale. Pour l'assurance vie collective, le maximum transformable ne peut excéder le montant total d'assurance vie de base, moins le montant d'assurance que vous avez déjà ou auquel vous avez droit au titre d'un contrat d'assurance collective de tout assureur le jour où votre police transformée prend effet. Le montant de la police individuelle ne doit en aucun cas excéder 400 000 \$ pour les résidents du Québec, ou 200 000 \$ pour les résidents des autres provinces ou territoires.

Selon les modalités de votre régime, vous pourriez également transformer l'assurance vie facultative de votre conjoint en une police individuelle. À noter que les résidents du Québec peuvent transformer leur assurance vie des personnes à charge. Si vous avez le droit de transformer une autre garantie au titre de votre régime, la somme des montants admissibles à la transformation ne peut excéder 400 000 \$ pour les résidents du Québec, ou 200 000 \$ pour les résidents des autres provinces ou territoires. Le contrat d'assurance vie individuelle prend effet à la fin de la période de transformation de 31 jours.

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

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

En quoi consiste la garantie?

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

Assurance prénatale

À la réception d'une preuve satisfaisante que vous ou votre conjoint avez eu un enfant mort-né en cours de garantie, Co-operators Vie vous rembourse les frais funéraires, jusqu'à concurrence du montant d'assurance vie sur la tête d'un enfant à charge indiqué dans le tableau des prestations.

L'expression « enfant mort-né » désigne l'expulsion ou l'extraction complète du corps de la mère d'un fœtus qui pèse au moins 500 grammes ou mesure au moins 25 centimètres ou dont l'âge gestationnel est d'au moins 20 semaines, et qui, après avoir été détaché complètement de la mère, ne respire pas ou ne démontre aucun signe vital à la naissance ou après la naissance.

Exonération des primes en cas d'invalidité totale

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

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

La demande de règlement doit nous être présentée dans les 6 mois qui suivent le décès.

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

ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE

En quoi consiste la garantie?

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

Évaluation médicale indépendante

Si nous l'exigeons, avant le versement initial des prestations ou en cours d'indemnisation, vous devez subir une évaluation médicale par le ou les professionnels de la santé de notre choix.

Participation à un programme de réadaptation

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

Versement des prestations d'invalidité de courte durée

Nous versons une prestation hebdomadaire à la réception d'une preuve satisfaisante que :

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

Quand l'indemnisation commence-t-elle?

Vos prestations commencent le jour qui suit la fin du délai de carence indiqué dans le tableau des prestations. Le délai de carence correspond à la période d'attente que vous devez observer au début de la période d'invalidité totale, avant de pouvoir présenter une demande d'indemnisation. Si le premier jour d'hospitalisation est indiqué comme étant couvert dans le tableau des prestations, les prestations commencent le jour qui suit la fin du délai de carence ou dès le premier jour d'hospitalisation, selon la première éventualité.

Quelle est la durée de l'indemnisation?

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

Récidive d'invalidité totale

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

Calcul des prestations au prorata pour les semaines incomplètes

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

Mes prestations sont-elles imposables?

Vos prestations sont imposables si votre employeur paie une partie de la prime. C'est à l'aide de nos dossiers actuels et des renseignements fournis par votre employeur que nous déterminons le statut fiscal indiqué dans le tableau des prestations.

Assurance invalidité de courte durée

Programme de réadaptation

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

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

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

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

Réductions de la prestation

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

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

Réductions directes (revenus de toutes sources)

Votre prestation est réduite directement par les sommes ci-dessous que vous recevez ou êtes admissible à recevoir au début ou en cours d'indemnisation :

- indemnité versée aux termes d'un régime public considérée comme une rémunération admissible selon le règlement sur l'assurance-emploi;
- toute indemnité d'un régime d'assurance automobile (à condition que les prestations versées dans le cadre de l'assurance-emploi ne soient pas prises en compte);
- rente de retraite du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec demandée, approuvée et reçue après le début de votre invalidité;
- indemnité pour perte de revenus reçue d'un tiers ou à laquelle vous avez droit après le début de votre invalidité.

Réductions indirectes (revenus de toutes sources)

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

- toute indemnité de remplacement du revenu financée par un employeur à laquelle vous avez droit en raison de votre invalidité;
- toute compensation à titre de rémunération ou profit que vous recevez ou êtes admissible à recevoir en cours d'emploi, à l'exclusion des revenus de réadaptation qui sont pris en compte dans le cadre du programme de réadaptation;
- toute somme (considérée comme une rémunération admissible selon le règlement sur l'assurance-emploi) que l'employeur vous verse du fait de votre cessation d'emploi;
- toute prestation d'invalidité à laquelle vous avez droit au titre d'un autre régime d'assurance collective en tant qu'employé d'un groupe.

Assurance invalidité de courte durée

Défaut de demander d'autres prestations

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

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

Transformation d'un versement unique en prestation hebdomadaire

Si vous recevez ou avez la possibilité de recevoir une partie ou la totalité des revenus de toutes sources en un seul versement, nous transformons, sur une base raisonnable, le montant du versement en une somme au prorata et réduisons votre prestation comme si vous aviez reçu un versement hebdomadaire.

Remboursement des prestations

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

Exonération des primes en cas d'invalidité totale

Si vous êtes aussi couvert par la garantie invalidité de longue durée au titre du régime et que vos primes font l'objet d'une exonération, il en est de même pour les primes de la garantie invalidité de courte durée. Si vous n'êtes pas couvert par la garantie invalidité de longue durée du régime, mais que vous êtes couvert par l'assurance vie et que les primes de cette assurance font l'objet d'une exonération, nous renonçons au paiement des primes de votre garantie invalidité de courte durée.

Quand vos prestations d'invalidité de courte durée prennent-elles fin?

Aucune prestation n'est versée après :

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

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

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

Assurance invalidité de courte durée

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

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

Congé de maternité, congé parental, congé de compassion, congé temporaire ou mise à pied temporaire

Si vous devenez totalement invalide pendant un congé de maternité, un congé parental, un congé de compassion, un congé temporaire ou une mise à pied temporaire, le délai de carence s'applique à compter du début de l'invalidité, à condition que les primes aient été payées. L'indemnisation débute à la fin du délai de carence ou à la date où vous deviez retourner effectivement au travail, selon la dernière de ces éventualités.

Un congé est réputé commencer à la date convenue entre vous et votre employeur, et prendre fin à la date où vous deviez retourner effectivement au travail. Si l'enfant naît avant la date où votre congé de maternité doit commencer, le congé est réputé commencer le jour de l'accouchement.

Lorsque la loi l'oblige, votre employeur doit vous indemniser pendant la partie de votre congé de maternité qui est liée à des motifs de santé. Dans un tel cas, le délai de carence commence le jour de l'accouchement et l'indemnisation débute dès que vous avez satisfait aux exigences du délai de carence.

Restrictions applicables aux prestations d'invalidité de courte durée

Aucune prestation d'invalidité de courte durée n'est payable si l'invalidité totale est attribuable à l'une des causes suivantes :

- insurrection, guerre (que la guerre soit déclarée ou non), participation volontaire à une émeute ou mouvement populaire;
- perpétration ou provocation de voies de fait, perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel;
- toute situation où l'invalidité résulte directement ou indirectement d'un accident mettant en cause le véhicule que vous conduisiez, si :
 - votre taux d'alcoolémie était supérieur à 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang;
 - votre capacité à conduire le véhicule était affaiblie par la consommation d'alcool, de drogues ou de médicaments ou d'une combinaison de ces substances;
- chirurgie esthétique uniquement à des fins esthétiques, à moins que celle-ci ne soit nécessaire en raison d'une maladie ou d'une blessure. une invalidité faisant suite à un don d'organe ou de tissu est considérée comme des soins médicaux nécessaires.

Délai pour présenter une demande de prestations d'invalidité de courte durée

Co-operators Vie doit recevoir par écrit la demande de prestations d'invalidité de courte durée au cours des 30 jours qui suivent la fin du délai de carence. Le défaut de présenter une preuve du sinistre pendant ce délai n'a pas pour effet d'annuler ni de réduire la prestation s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de fournir la preuve, et que cette dernière a été fournie dès que raisonnablement possible. Toutefois, en aucune circonstance, cette période ne peut dépasser 90 jours après la fin du délai de carence.

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

En quoi consiste la garantie?

Pour avoir droit aux prestations, vous devez démontrer de façon satisfaisante que vous êtes incapable de travailler par suite d'une invalidité totale (au sens défini dans la police) qui a commencé alors que vous étiez couvert par ce régime.

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

Votre prestation mensuelle est établie d'après votre salaire mensuel et le calcul de la prestation indiqué au tableau des prestations. La somme payable correspond à la prestation mensuelle, moins les retenues indiquées à la disposition sur les réductions de la prestation du présent livret.

Assurance invalidité de longue durée excédentaire

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

Modalités à remplir avant et pendant l'indemnisation

Évaluation médicale indépendante

Si nous l'exigeons, avant le versement initial des prestations ou en cours d'indemnisation, vous devez subir une évaluation médicale par le ou les professionnels de la santé de notre choix.

Obligation continue

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

Participation à un programme de réadaptation

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

Restriction applicable aux affections préexistantes

« Affection préexistante » désigne une maladie ou une blessure pour laquelle vous avez requis ou obtenu une évaluation médicale, un diagnostic, des mesures diagnostiques, un traitement, des soins, des médicaments ou des conseils médicaux, ou qui s'est manifestée par des symptômes qui auraient amené une personne agissant de manière raisonnable à requérir ou à obtenir une évaluation médicale, un diagnostic, des mesures diagnostiques, un traitement, des soins, des médicaments ou des conseils médicaux, dans les 90 jours précédant immédiatement le début de sa garantie invalidité de longue durée.

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

- vous n'avez pas requis de traitement, de médicament ni de conseils médicaux pour cette affection durant une période ininterrompue d'au moins 90 jours suivant immédiatement la date d'effet de votre garantie invalidité de longue durée;

Assurance invalidité de longue durée

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

Versement des prestations mensuelles

Pendant la période afférente à la propre profession

Lorsque Co-operators Vie reçoit une preuve satisfaisante que :

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

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

Après la période afférente à la propre profession

Ne s'applique pas aux régimes d'invalidité de longue durée dont la période d'indemnisation est de 24 mois seulement.

Lorsque nous recevons une preuve satisfaisante que :

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

nous continuons à vous verser une prestation mensuelle, sous réserve des dispositions de la police.

Quand l'indemnisation commence-t-elle?

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

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

Qu'arrive-t-il si vous travaillez pendant le délai de carence?

(si votre délai de carence est de moins de 180 jours)

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

Assurance invalidité de longue durée

Qu'arrive-t-il si vous travaillez pendant le délai de carence?

(si votre délai de carence est de 180 jours ou plus)

Si vous retournez au travail pendant 14 jours consécutifs ou moins, on considère que votre délai de carence est ininterrompu; toutefois, les jours travaillés sont ajoutés à la fin de votre délai de carence. Si vous retournez au travail pendant plus de 14 jours, votre délai de carence est rétabli et vous devez observer de nouveau le délai de carence avant d'avoir droit aux prestations.

Récidive d'invalidité totale

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

Calcul des prestations au prorata pour les mois incomplets

Les prestations mensuelles payables pour moins d'un mois complet sont établies en proportion du nombre réel de jours d'indemnisation.

Vos prestations sont-elles imposables?

Vos prestations sont imposables si votre employeur paie une partie de la prime. C'est à l'aide de nos dossiers actuels et des renseignements fournis par votre employeur que nous déterminons le statut fiscal indiqué dans le tableau des prestations.

Programme de réadaptation

Offert à notre discrétion, le programme de réadaptation comprend parfois une évaluation, un emploi, un traitement ou des services de réadaptation que nous avons recommandés et approuvés.

Approbation d'un programme de réadaptation

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

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

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

Lorsque vous participez à un emploi de réadaptation que nous avons approuvé, votre prestation est réduite de 50 % de vos revenus de réadaptation. Pour le calcul des prestations mensuelles payables pendant l'emploi de réadaptation, nous devons obtenir les revenus de réadaptation pour chaque période de 4 semaines. Les prestations sont versées sur une base mensuelle et rajustées périodiquement.

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

Assurance invalidité de longue durée

Vos prestations mensuelles prennent fin à la première des éventualités suivantes :

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

Réductions de la prestation

Quelles réductions entrent dans le calcul de la prestation mensuelle?

Plafond des prestations mensuelles (maximum de toutes sources)

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

« Salaire net » désigne votre salaire brut, moins les retenues obligatoires pour l'impôt sur le revenu (fédéral et provincial), l'assurance-emploi et le Régime de pensions du Canada ou le Régime de rentes du Québec.

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

Réductions directes (revenus de toutes sources)

Votre prestation mensuelle est réduite directement des sommes ci-dessous que vous recevez ou êtes admissible à recevoir au début ou en cours d'indemnisation :

- toute indemnité d'un régime public;
- toute indemnité d'un régime d'assurance automobile;
- toute rente de retraite du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec demandée, approuvée et reçue après le début de votre invalidité;
- toute indemnité pour perte de revenus reçue d'un tiers ou à laquelle vous avez droit après le début de votre invalidité.

Réductions indirectes (revenus de toutes sources)

Votre prestation est réduite davantage si le total des revenus de toutes sources et de votre prestation mensuelle est supérieur à 85 % du salaire mensuel brut que vous touchiez avant votre invalidité (pour les régimes imposables) ou de votre salaire mensuel net (pour les régimes non imposables). Le cas échéant, la prestation mensuelle est réduite du montant supérieur à 85 % par :

- toute indemnité de remplacement du revenu financée par un employeur à laquelle vous avez droit en raison de votre invalidité;
- toute rémunération que vous recevez ou êtes admissible à recevoir, en cours d'emploi ou pour un travail quelconque, à l'exclusion des revenus de réadaptation qui sont pris en compte dans le cadre du programme de réadaptation;
- toute somme que votre employeur vous verse par suite de votre cessation d'emploi, notamment toute somme reçue dans le cadre d'un règlement ou d'un jugement;
- toute prestation d'invalidité à laquelle vous avez droit au titre d'un autre régime d'assurance collective en tant qu'employé d'un groupe ou membre d'une association.

Assurance invalidité de longue durée

Défaut de demander ou d'accepter d'autres prestations

Sauf dans le cas d'une rente de retraite, les prestations auxquelles vous avez droit sont considérées comme payées, qu'elles aient ou non été accordées ou reçues. Si elles n'ont pas été accordées ou reçues, Co-operators Vie se réserve le droit d'en estimer le montant selon les modalités des régimes ou des lois concernés. Une rente de retraite est considérée comme payable lorsqu'elle est effectivement reçue.

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

Transformation d'un versement unique en prestation mensuelle

Si vous recevez ou avez la possibilité de recevoir une partie ou la totalité des revenus de toutes sources en un seul versement, nous transformons, sur une base raisonnable, le montant du versement en une somme au prorata et réduisons votre prestation comme si vous aviez reçu un versement mensuel.

Remboursement des prestations

Lorsque vous touchez des revenus de toutes sources (notamment pour une période où des prestations mensuelles ont déjà été versées), nous transformons le paiement en un paiement mensuel et recalculons la prestation mensuelle qui aurait dû vous être versée. Vous devez rembourser à Co-operators Vie toute prestation d'invalidité de longue durée versée en trop.

Exonération des primes en cas d'invalidité totale

Nous renonçons au paiement des primes de votre garantie invalidité de longue durée lorsque vous touchez des prestations.

Quand vos prestations d'invalidité de longue durée prennent-elles fin?

Aucune prestation mensuelle n'est versée après :

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

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

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

Assurance invalidité de longue durée

Aucune prestation mensuelle n'est versée pendant toute période :

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

Congé de maternité, congé parental, congé de compassion, congé temporaire ou mise à pied temporaire

Si vous devenez totalement invalide pendant un congé de maternité, un congé parental, un congé de compassion, un congé temporaire ou une mise à pied temporaire, le délai de carence s'applique à compter du début de l'invalidité, à condition que les primes aient été payées. L'indemnisation débute à la fin du délai de carence ou à la date où vous deviez retourner effectivement au travail, selon la dernière de ces éventualités.

Un congé est réputé commencer à la date convenue entre vous et votre employeur, et prendre fin à la date où vous deviez retourner effectivement au travail. Si l'enfant naît avant la date où votre congé de maternité doit commencer, le congé est réputé commencer le jour de l'accouchement.

Lorsque la loi l'oblige, votre employeur doit vous indemniser pendant la partie de votre congé de maternité qui est liée à des motifs de santé. Dans un tel cas, le délai de carence commence le jour de l'accouchement et l'indemnisation débute dès que vous avez satisfait aux exigences du délai de carence.

Restrictions applicables aux prestations d'invalidité de longue durée

Aucune prestation mensuelle n'est payable si l'invalidité est directement ou indirectement attribuable à l'une des causes suivantes :

- insurrection, guerre (que la guerre soit déclarée ou non), participation volontaire à une émeute ou mouvement populaire;
- perpétration ou provocation de voies de fait, perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel;
- toute situation où l'invalidité résulte directement ou indirectement d'un accident mettant en cause le véhicule que vous conduisiez, si :
 - votre taux d'alcoolémie était supérieur à 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang;
 - votre capacité à conduire le véhicule était affaiblie par la consommation d'alcool, de drogues ou de médicaments ou d'une combinaison de ces substances;
- soins médicaux qui ne sont pas médicalement nécessaires en raison d'une maladie ou d'une blessure, ou qui sont de nature esthétique. Les dons d'organe ou de tissu sont considérés comme des soins médicaux nécessaires;
- toute maladie ou blessure dont un tiers est ou pourrait être légalement responsable, sauf comme le prévoit la disposition de la police sur la responsabilité civile/subrogation.

Assurance invalidité de longue durée

Délai pour présenter une demande de prestations d'invalidité de longue durée

Co-operators Vie doit recevoir par écrit la demande de prestations mensuelles dans les 60 jours qui suivent la fin du délai de carence.

Le défaut de présenter une preuve du sinistre pendant ce délai n'a pas pour effet d'annuler ni de réduire la prestation s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de fournir la preuve, et que cette dernière a été fournie dès que raisonnablement possible. Toutefois, en aucune circonstance, cette période ne peut dépasser 180 jours après la fin du délai de carence.

Si vous êtes totalement invalide et que vous recevez des prestations en vertu d'une loi sur l'indemnisation des accidents du travail ou autre loi semblable, vous devez quand même présenter à Co-operators Vie une demande de prestations d'invalidité de longue durée selon les modalités ci-dessus. Vous pourriez également être admissible à des prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec. Pour obtenir les formulaires de demande, veuillez communiquer avec le bureau de votre région.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

En quoi consiste la garantie?

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

Faut-il obtenir un plan de traitement?

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

Normes d'évaluation

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

« Traitement raisonnable et habituel » désigne un traitement méthodique :

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

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

Frais admissibles

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

Sont remboursés les frais admissibles qui :

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

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

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

Coassurance et franchise

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

Assurance maladie complémentaire

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

Date où les frais sont engagés

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

Services et fournitures couverts par l'assurance maladie complémentaire

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

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

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

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

Ambulance

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

Hospitalisation

Les soins prodigués à l'hôpital sont couverts si :

- ils débutent pendant que la personne couverte est assurée par la présente garantie d'assurance maladie;
- il s'agit de soins de courte durée, de soins de convalescence ou de soins palliatifs.

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

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

Assurance maladie complémentaire

Sont couverts les soins reçus hors province à la consultation externe d'un hôpital approuvé qui ne sont pas couverts par le régime public d'assurance maladie de la province de résidence de la personne couverte.

Les prestations en cas d'hospitalisation à l'extérieur du Canada ne sont payables que selon la disposition sur les soins d'urgence à l'étranger.

Hôpital de convalescence

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

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

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

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

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

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

Soins infirmiers à domicile

Les soins infirmiers à domicile sont couverts si :

- ils débutent pendant que la personne couverte est assurée par le présent régime d'assurance maladie;
- il s'agit de soins de courte durée, de soins de convalescence ou de soins palliatifs.

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

Devis des prestations pour soins infirmiers à domicile

Pour connaître le montant couvert par la garantie avant le début des soins infirmiers à domicile, vous **devez** obligatoirement demander un devis des prestations.

Assurance maladie complémentaire

Un devis des prestations est une évaluation faite par Co-operators Vie qui décrit :

- la nature des soins infirmiers qui sont couverts;
- le nombre d'heures couvertes par jour ou par semaine;
- la durée prévue de la garantie.

Pour recevoir un devis, vous devez présenter une lettre de votre médecin traitant qui fait mention des points suivants :

- une description de l'affection diagnostiquée par un médecin chez la personne couverte et le pronostic;
- une liste des soins infirmiers requis et leur fréquence;
- le niveau de compétences nécessaire pour exécuter les soins requis, c'est-à-dire si les soins doivent être exécutés par une infirmière autorisée, une infirmière auxiliaire autorisée ou une infirmière auxiliaire diplômée ou un autre praticien;
- le nombre d'heures de soins requis par jour ou par semaine;
- la durée prévue des soins requis.

Après réception des renseignements demandés et étude de la demande de règlement, Co-operators Vie vous informe de l'étendue de la garantie. Nous nous réservons le droit d'exiger des renseignements complémentaires au moment de la présentation de la demande de règlement, et pour toute demande en cours.

Ces prestations sont complémentaires aux services auxquels la personne couverte a droit au titre de son régime provincial de soins à domicile. La personne couverte devrait d'abord demander des prestations dans le cadre de son régime provincial avant de présenter une demande de règlement au titre de ce régime.

Co-operators Vie couvre les soins infirmiers à domicile prodigués au Canada. « Soins infirmiers » désigne des soins qui :

- (i) nécessitent les compétences et la formation d'une infirmière qualifiée;
- (ii) sont fournis par une infirmière qualifiée qui n'est pas membre de la famille de la personne couverte et qui n'habite normalement pas avec elle.

La garantie se limite au nombre minimal d'heures et au niveau de compétences minimales requis pour fournir chaque soin infirmier essentiel. Les exigences relatives à la délivrance des permis sont prises en compte pour déterminer le niveau de compétences nécessaires. « Infirmière qualifiée » désigne une infirmière autorisée, une infirmière auxiliaire autorisée ou une infirmière auxiliaire diplômée.

Le maximum remboursable est indiqué dans le tableau des prestations.

Restriction applicable aux soins infirmiers à domicile

Aucune prestation n'est versée pour les activités suivantes : compagnonnage, service de consultation, soins de soutien (bain, habillage, alimentation), garde d'enfant, entretien ménager ou soins infirmiers pour une affection diagnostiquée par un médecin si une amélioration ou une détérioration importante est peu probable au cours des 12 prochains mois, car il s'agit de soins de longue durée.

« Affection diagnostiquée par un médecin », « affection médicalement diagnostiquée », « diagnostiqué par un médecin » ou « médicalement diagnostiqué » désigne une maladie ou blessure diagnostiquée selon un système de classification généralement reconnu, notamment par radiographie, imagerie par résonance magnétique (IRM), scintigraphie osseuse, biopsie, tomographie par émission de positons (TEP), test psychométrique (y compris MMPI-2), épreuve hématologique ou échographie.

Assurance maladie complémentaire

Soins d'urgence à l'étranger

Les soins d'urgence à l'étranger sont offerts pendant le nombre de jours de voyage indiqués dans le tableau des prestations si :

- ils sont nécessaires à la suite d'une urgence médicale qui survient lorsque la personne couverte est à l'étranger en voyage de tourisme, d'affaires ou d'études;
- la personne couverte participe à un régime public d'assurance maladie au Canada.

Co-operators Vie prend en charge les frais raisonnables et habituels, qui dépassent la protection offerte par le régime provincial d'assurance maladie de la personne couverte, pour les services et fournitures suivants, s'ils se rapportent au traitement initial d'une urgence médicale :

- le traitement offert par un médecin;
- les services de radiodiagnostic et de laboratoire;
- un séjour en salle commune, dans une chambre à deux lits ou dans l'unité de soins intensifs d'un hôpital approuvé, si le séjour commence pendant que la personne couverte est assurée;
- les fournitures médicales offertes lors d'une hospitalisation couverte;
- les soins paramédicaux fournis lors d'une hospitalisation couverte;
- les services et fournitures reçus à la consultation externe d'un hôpital;
- les fournitures médicales offertes à l'extérieur de l'hôpital si elles avaient été couvertes au Canada;
- les médicaments d'ordonnance;
- les soins fournis par une infirmière qualifiée à l'extérieur de l'hôpital;
- les services ambulanciers, y compris le transport par ambulance aérienne, offerts par une compagnie d'ambulance qualifiée, à destination de l'établissement le plus proche où un traitement essentiel est offert;
- les soins prodigués en cas d'accident dentaire lorsqu'ils auraient été couverts par le présent régime d'assurance maladie s'ils avaient été fournis au Canada.

Par « urgence médicale », on entend une blessure soudaine et imprévue ou une crise ou poussée d'une maladie. Les soins médicaux d'urgence n'incluent pas le suivi d'un état stable.

Si l'affection diagnostiquée par un médecin permet à la personne couverte de revenir au Canada, les prestations se limitent au moins élevé des montants suivants :

- le montant payable aux termes du régime pour poursuivre le traitement à l'étranger;
- le montant payable aux termes du régime pour suivre un traitement comparable au Canada.

Étudiant à charge à l'étranger

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

Assurance voyage Plus

Vous avez droit aux garanties supplémentaires suivantes si :

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

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

Assurance maladie complémentaire

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

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

- Débours – Si la personne couverte est hospitalisée, cette garantie rembourse jusqu'à un maximum de 2 500 \$ les frais raisonnables et habituels pour la subsistance, la garde d'enfant, les appels téléphoniques et les déplacements en taxi essentiels, engagés par la personne couverte ou par ceux qui demeurent avec elle pendant son hospitalisation.

Assurance maladie complémentaire

- Rapatriement de la dépouille mortelle – Si le décès de la personne couverte est directement attribuable à une blessure ou à une maladie couverte, Co-operators verse un maximum de 10 000 \$ pour :
 - l'incinération de la dépouille mortelle sur les lieux du décès;
 - les frais raisonnables et habituels engagés pour la préparation et le transport de la dépouille mortelle à la province de résidence, à condition que le défunt ne bénéficie d'aucune autre prestation de rapatriement au titre de la police et de toute autre police d'assurance. (À noter que le cercueil n'est pas remboursable.)
- Identification du défunt – Si la personne couverte décède des suites d'une blessure ou d'une maladie couverte alors qu'elle voyage seule, le coût d'un billet d'avion aller-retour en classe économique selon le trajet le plus direct emprunté par un transporteur public est pris en charge pour qu'un membre de la famille identifie le défunt si les autorités publiques le demandent. Si vous voyagez seul, nous vous conseillons de vous inscrire auprès de l'ambassade canadienne du pays visité.

Assistance en cas d'urgence médicale en voyage

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

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

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

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

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

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

Recommandation de traitement à l'étranger

La recommandation de traitement à l'étranger pour des soins médicaux offerts au Canada, jusqu'à concurrence de la coassurance et du maximum indiqués dans le tableau des prestations.

Si, une fois à l'étranger pour recevoir des soins, vous ou votre personne à charge devez faire traiter une maladie directement ou indirectement à l'origine de la recommandation de traitement, le total des frais payables pour tous les soins reçus à l'étranger se limite au maximum pour la recommandation de traitement à l'étranger indiqué dans le tableau des prestations. De plus, les frais ne peuvent être supérieurs au maximum pour les soins d'urgence à l'étranger indiqué dans le tableau des prestations.

Assurance maladie complémentaire

Lorsque les soins médicaux rendus à l'étranger ne sont pas urgents, Co-operators Vie doit obtenir ce qui suit :

- la confirmation que le traitement est médicalement nécessaire de la part d'un médecin pratiquant au Canada;
- un plan de traitement détaillé (avec une estimation des coûts) avant le début du traitement.

Co-operators Vie vous informe ensuite des prestations auxquelles vous avez droit.

Les frais suivants sont admissibles :

- les services d'un médecin;
- la chambre d'hôpital et les frais de séjour selon le tarif en salle commune. Les frais supérieurs au tarif en salle commune sont remboursables si le régime couvre les frais d'hospitalisation au Canada. Le cas échéant, le montant payable se limite au maximum indiqué dans le tableau des prestations;
- les services hospitaliers;
- les soins reçus à la consultation externe d'un hôpital;
- les services ambulanciers, y compris le transport par ambulance aérienne, offerts par une compagnie d'ambulance qualifiée, pour le transfert du patient à l'hôpital ou à l'établissement médical le plus proche où un traitement est offert;
- l'évacuation médicale pour que le patient soit admis dans un hôpital approuvé de sa province de résidence habituelle.

Les frais couverts se limitent aux frais raisonnables et habituels, moins les frais qui sont ou auraient été pris en charge par le régime public d'assurance maladie si une demande avait été présentée en bonne et due forme.

Tous les autres frais que la personne couverte a engagés à l'extérieur de sa province de résidence sont remboursables selon la catégorie de frais applicable comme s'ils avaient été engagés dans la province de résidence.

Soins paramédicaux

Sont pris en charge les frais raisonnables et habituels se rapportant aux soins prodigués à l'extérieur de l'hôpital par les praticiens spécifiés dans le tableau des prestations pour traiter une affection diagnostiquée par un médecin, lorsque les soins sont pratiqués au Canada. Le maximum payable par personne couverte par année civile est indiqué dans le tableau des prestations. À moins d'indication contraire dans le tableau des prestations, Co-operators Vie paie la portion des frais qui excède le montant couvert par le régime public d'assurance maladie de la province de résidence de la personne couverte, sous réserve des franchises et coassurances indiquées dans le tableau des prestations, à condition que la loi touchant ledit régime n'en interdise pas sa prise en charge.

Le praticien paramédical doit détenir un permis d'exercice, en tant que membre d'une profession paramédicale, qui l'autorise à pratiquer dans la province où les services sont fournis. Vous devrez indiquer son attestation professionnelle au moment de présenter une demande de règlement. Pour ce faire, consultez votre reçu de paiement ou demandez à votre praticien. L'expression « dûment autorisé » signifie que la personne détient l'agrément ou un permis d'exercice de l'ordre professionnel de la province ou du territoire où les services sont rendus. Si aucun organisme n'a ce pouvoir, le praticien doit détenir un certificat de compétence, émis par l'association professionnelle qui établit les normes de compétence et de déontologie de la profession, qui est équivalent aux normes de pratique établies par l'autorité compétente dans les provinces réglementées. Le praticien ne doit pas être un membre de la famille de la personne couverte ni travailler ou habiter avec elle.

Assurance maladie complémentaire

Frais d'examen des yeux facturés par un optométriste ou un ophtalmologiste

Sont pris en charge les frais d'examen des yeux facturés par un optométriste ou un ophtalmologiste qualifié, pourvu qu'ils soient couverts dans le tableau des prestations et qu'aucune portion des frais ne soit prise en charge par le régime public d'assurance maladie. Les frais pris en charge se limitent au maximum indiqué dans le tableau des prestations.

Médicaments d'ordonnance

La personne couverte doit régler la quote-part ou la franchise indiquée dans le tableau des prestations.

Co-operators Vie couvre les frais raisonnables et habituels se rapportant aux médicaments suivants, lesquels sont nécessaires pour traiter une affection diagnostiquée par un médecin et figurent dans la liste de médicaments indiquée dans le tableau des prestations.

- (i) Les médicaments nécessitant une ordonnance d'un médecin, d'un dentiste ou d'un autre fournisseur de soins de santé, qui est dûment autorisé à les prescrire dans la province ou le territoire où il exerce sa profession, sont couverts selon :
- la *Loi sur les aliments et drogues* (Canada);
 - la loi provinciale en vigueur là où le médicament est délivré.

Note : Les médicaments contraceptifs sont couverts.

- (ii) Les préparations magistrales ou les mélanges de composition doivent contenir au moins un ingrédient actif qui selon la loi nécessite une ordonnance, en concentration thérapeutique, et qui est considéré comme un médicament d'ordonnance admissible aux termes de cette disposition. Sont exclus :
- les composés médicamenteux principalement utilisés à des fins esthétiques;
 - les médicaments composés qui reproduisent un médicament préfabriqué déjà offert sur le marché.
- (iii) Les médicaments essentiels au maintien de la vie qui, selon la loi, ne nécessitent pas d'ordonnance sont couverts si :
- ils sont prescrits par un fournisseur de soins de santé qui est dûment autorisé à les prescrire dans sa province;
 - ils sont considérés comme des médicaments essentiels au maintien de la vie, par exemple : insuline ou nitroglycérine à action rapide.

Pour les résidents du Québec, outre les médicaments d'ordonnance décrits dans cette section, les médicaments admissibles inscrits sur la Liste des médicaments (version à jour) de la RAMQ sont également couverts.

Restrictions applicables aux médicaments d'ordonnance

Aucune prestation n'est payable pour les médicaments d'ordonnance dans les cas suivants :

- les médicaments qui ne portent pas d'identification numérique du médicament (DIN), comme défini par la *Loi sur les aliments et drogues* (Canada);
- les spécialités pharmaceutiques ou les médicaments brevetés, enregistrés en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues* (Canada);
- les médicaments à action immédiate sont couverts jusqu'à un approvisionnement maximal de 34 jours, si le médecin prescripteur le précise. Les médicaments d'entretien sont couverts jusqu'à un approvisionnement maximal de 100 jours. La durée de l'approvisionnement maximal peut être réduite si le médicament doit être préautorisé;
- les frais pour les médicaments d'ordonnance dont la posologie ou la quantité excède le maximum nécessaire pour le traitement de la personne couverte;

Assurance maladie complémentaire

- les médicaments fournis par un médecin, un dentiste, un autre fournisseur de soins de santé ou une clinique, ou par une pharmacie d'hôpital qui n'est pas agréée;
- les médicaments reçus lors d'une hospitalisation ou d'une consultation externe dans un hôpital approuvé;
- les médicaments considérés comme cosmétiques, comme le minoxidil topique pour prévenir la perte de cheveux ou un écran solaire, qu'ils soient prescrits pour des raisons médicales ou non;
- les frais d'administration d'un médicament injectable, notamment : sérum, vaccin, vitamine, insuline et extraits d'allergènes;
- les sérums anti-allergiques, la plupart des vitamines, les vaccins (sauf s'ils sont expressément couverts par votre régime d'assurance médicaments), les aliments naturels, les suppléments nutritionnels, les hormones de croissance, les médicaments homéopathiques, naturopathiques ou aux plantes médicinales, les pastilles, les produits d'hygiène buccodentaire et les rince-bouche;
- les médicaments prescrits pour traiter la dysfonction érectile, la stérilité, l'obésité ou le tabagisme, qu'ils soient prescrits ou non pour des raisons médicales, à moins d'indication contraire dans le tableau des prestations;
- les médicaments qui auraient été pris en charge par le régime provincial si une demande avait été présentée en bonne et due forme;
- les médicaments qui ne sont pas officiellement indiqués par Santé Canada pour l'affection diagnostiquée par un médecin chez la personne couverte;
- les médicaments qui ne sont pas recommandés par l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) pour l'affection diagnostiquée par un médecin chez la personne couverte;
- les médicaments qui sont recommandés sous certaines conditions par l'ACMTS pour l'affection diagnostiquée par un médecin chez la personne couverte;
- le remboursement d'un médicament se limite au prix du médicament interchangeable ou équivalent le moins cher, à moins d'indication contraire dans le tableau des prestations.

Médicaments spécialisés et préautorisation

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

Assurance médicaments provinciale

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

L'assurance médicaments du présent régime est complémentaire à l'assurance médicaments provinciale et couvre habituellement les frais de médicaments admissibles qui ne sont pas remboursés par le régime public. Par conséquent, les frais des médicaments couverts par le régime public d'assurance maladie se limitent à la franchise et à la portion que la personne couverte doit régler par elle-même. Pour les résidents du Québec, cette disposition ne s'applique pas aux médicaments inscrits sur la Liste des médicaments de la RAMQ.

Assurance maladie complémentaire

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

Plafond pour le remboursement des médicaments d'ordonnance

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

Fournitures médicales

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

Fournitures pour diabétiques

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

- ▶ les stylos injecteurs d'insuline;
- ▶ les ensembles de perfusion d'insuline et les pompes à perfusion;
- ▶ les seringues;
- ▶ les aiguilles de stylo;
- ▶ les lancettes;
- ▶ les bandelettes réactives.

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

Services diagnostiques de laboratoire

Sont couverts les services diagnostiques de laboratoire et de radiologie (y compris l'échographie, la tomodensitométrie et l'IRM) prescrits par un médecin lorsqu'ils sont reçus dans votre province de résidence et fournis par un technicien de laboratoire dûment autorisé. Le maximum payable par année est indiqué dans le tableau des prestations. Aucune prestation n'est versée pour les services reçus dans un hôpital ou une pharmacie.

Équipement médical

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

- ▶ béquilles, plâtre, bandage herniaire, aide à la marche (marchette) et canne;
- ▶ vêtements de compression pour traiter les brûlures;
- ▶ bas de contention gradués, jusqu'à concurrence du maximum indiqué dans le tableau des prestations;
- ▶ pansements médicamentés;
- ▶ succédanés alimentaires devant être administrés par gavage. Sont également couverts l'équipement et les pompes de gavage;

Assurance maladie complémentaire

- attelle, y compris une chaussure attachée à une attelle. Les attelles intra-buccales ne sont pas couvertes;
- appareil orthopédique : un appareil orthopédique portable fait d'un matériau rigide, comme le métal ou le plastique robuste, pour maintenir différentes parties du corps en bonne position. Les soutiens élastiques et les orthèses plantaires ne sont pas considérés comme des appareils orthopédiques. Les appareils d'orthodontie ne sont pas couverts par le régime d'assurance maladie.

Équipement thérapeutique

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

Le remboursement de l'équipement thérapeutique couvert est assujéti à la coassurance et au maximum à vie indiqués dans le tableau des prestations pour chaque appareil thérapeutique susmentionné ou appareil semblable.

Oxygène et matériel d'administration d'oxygène

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

Chaussures orthopédiques, orthèses plantaires et chaussures profondes

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

Les chaussures orthopédiques et les orthèses plantaires doivent être :

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

Pour chaque demande de règlement ou devis, la personne couverte doit présenter à Co-operators Vie les pièces suivantes :

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

Pour les assurés qui résident au Québec, ces articles, y compris les chaussures profondes, sont admissibles s'ils sont fabriqués et facturés par un laboratoire orthopédique agréé. Sont exclues les chaussures de série offertes en vente libre.

Fauteuils roulants et lits d'hôpital

Sont couverts :

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

Assurance maladie complémentaire

- les lits d'hôpital et les frais raisonnables et habituels se rapportant au type de lit d'hôpital requis pour l'affection diagnostiquée par un médecin chez la personne couverte, les lits d'hôpital fluidisés n'étant pas couverts.

Perruques et postiches

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

Prothèses

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

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

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

Aides à la communication

Sont couvertes les aides à la communication suivantes :

- les aides auditives, y compris les réparations. Les piles pour aides auditives, les tubes et les embouts auriculaires fournis au moment de l'achat de l'aide auditive sont également couverts. Le maximum remboursable est indiqué dans le tableau des prestations;
- les aides à la communication orale, comme les tableaux Bliss et les laryngophones, lorsqu'aucune autre méthode de communication n'est possible. Le maximum à vie par personne couverte est indiqué dans le tableau des prestations.

Appareillage pour stomisés

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

- le matériel d'irrigation, les sacs collecteurs, les désodorisants, les adhésifs et les crèmes dermiques;
- les frais se rapportant aux cathéters et à leurs accessoires, ainsi qu'aux sondes urinaires sont également couverts.

Accidents dentaires

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

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

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

Assurance maladie complémentaire

Injections sclérosantes

Lorsque prescrites par un médecin, les injections sclérosantes sont couvertes jusqu'à concurrence du maximum indiqué dans le tableau des prestations.

Soins de la vue

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

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

Droit de transformation de l'assurance maladie complémentaire

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

Prestation de survivant pour les personnes à charge

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

Restrictions générales applicables à l'assurance maladie complémentaire

Aucune prestation n'est payable pour :

- les frais que les assureurs privés ne peuvent prendre en charge en vertu de la loi;
- les services ou fournitures payables par un tiers ou en vertu d'une loi sur l'indemnisation des accidents du travail ou autre loi semblable, ou auxquels la personne couverte a droit gratuitement ou qui seraient gratuits si la personne couverte n'avait pas d'assurance;
- les services ou fournitures qui ne constituent pas un traitement raisonnable et habituel de l'affection diagnostiquée par un médecin chez la personne couverte;
- les services ou fournitures afférents à ce qui suit :
 - un traitement exécuté uniquement à des fins esthétiques;
 - des loisirs ou des sports plutôt que d'autres activités habituelles de la vie quotidienne;
 - un traitement de l'obésité, à moins d'indication contraire dans le tableau des prestations;
 - la prise de compléments protéiques et alimentaires, qu'ils soient prescrits pour des raisons médicales ou non. Cependant, les succédanés alimentaires pouvant uniquement être administrés par gavage sont couverts;
 - le diagnostic ou le traitement de la stérilité, à moins d'indication contraire dans le tableau des prestations;
 - la contraception, à l'exclusion des médicaments;

Assurance maladie complémentaire

- les services, fournitures ou frais qui :
 - ne sont pas expressément désignés comme couverts;
 - sont liés à des articles couverts, sauf s'ils sont expressément désignés comme couverts;
- les services ou fournitures reçus à l'étranger, sauf s'ils sont fournis selon la disposition sur les soins d'urgence à l'étranger;
- les frais engagés pour :
 - remplir des formulaires de demande de règlement;
 - obtenir des renseignements médicaux complémentaires dans le cadre d'une demande de règlement;
 - les dépistages et examens médicaux effectués pour le compte d'un tiers;
 - les rendez-vous manqués et les frais de déplacement ou de communication;
- les frais découlant des événements suivants :
 - guerre, insurrection, mouvement populaire, acte de terrorisme ou participation volontaire à une émeute;
 - service actif à titre de membre des forces armées de tout gouvernement;
- les frais supplémentaires payables parce que le professionnel de la santé ou le fournisseur de soins s'est retiré du régime public d'assurance maladie provincial. Dans un tel cas, le remboursement est le même que si le professionnel de la santé ou le fournisseur de soins participait au régime public d'assurance maladie provincial;
- les frais ou soins médicaux qui sont offerts ou couverts par un régime public d'assurance maladie, un tiers, une loi sur l'indemnisation des accidents du travail ou autre loi semblable ou une œuvre de bienfaisance, même si la personne couverte s'est retirée de ce régime;
- les soins médicaux qui sont nécessaires, en tout ou en partie, directement ou indirectement, à la suite de la perpétration, tentative de perpétration ou provocation d'un acte criminel ou de voies de fait;
- les frais médicaux engagés lorsque le sinistre résulte directement ou indirectement d'un accident mettant en cause le véhicule que la personne couverte conduisait, si :
 - son taux d'alcoolémie était supérieur à 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang;
 - sa capacité à conduire le véhicule était affaiblie par la consommation d'alcool, de drogues, de médicaments ou d'une combinaison de ces substances.

Délai pour présenter une demande de règlement

Nous devons recevoir votre demande dans les 12 mois qui suivent la date où les frais ont été engagés. Si la police prend fin ou si l'assurance maladie complémentaire de votre régime prend fin, vous devez demander le règlement des frais engagés avant la fin de l'assurance au plus tard dans les 90 jours qui suivent la date de résiliation.

Assurance maladie complémentaire

Coordination des prestations d'assurance maladie complémentaire

Que faire si le régime de votre conjoint vous offre déjà une protection semblable?

Si vous êtes assuré par le régime de votre conjoint au moment de l'adhésion, vous pouvez renoncer à toute garantie comparable offerte par ce régime. Pour ce faire, vous devez remplir et signer la section relative au refus des garanties sur le formulaire d'adhésion à l'assurance collective. Si le régime de votre conjoint prend fin, soit parce qu'il est résilié, soit parce que votre conjoint n'y est plus admissible, vous devenez immédiatement admissible à la protection prévue par le présent régime si vous en faites la demande dans les 31 jours qui suivent la fin du régime de votre conjoint, sans quoi vous devez fournir une preuve de bonne santé : l'assurance ne prend effet que le jour où votre assurabilité est approuvée.

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

Ordre de détermination des prestations

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

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

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

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

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

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

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

Si les parents sont séparés ou divorcés

L'ordre de préséance est le suivant :

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

GARANTIE SOINS DENTAIRES

En quoi consiste la garantie?

Cette garantie contribue au règlement de certains frais dentaires engagés par vous et vos personnes à charge assurées. Pour être remboursable, le traitement dentaire doit être recommandé par un dentiste et exécuté par un dentiste ou par un hygiéniste dentaire sous la supervision d'un dentiste ou encore par un denturologiste autorisé. Le professionnel doit exercer ses activités dans le cadre de son permis. Le dentiste, l'hygiéniste dentaire ou le denturologiste ne doit pas être un membre de la famille de la personne couverte ni travailler ou habiter avec elle.

Soins dentaires pour les adhérents tardifs

Si vous ou vos personnes à charge adhérez à la garantie soins dentaires après la période prescrite, les prestations se limitent à 250 \$ par assuré durant les 12 premiers mois de la garantie.

Faut-il obtenir un plan de traitement?

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

Guide des tarifs dentaires

La somme remboursable est déterminée d'après le guide des tarifs dentaires (dont il est question dans le tableau des prestations) publié dans la province ou le territoire où les services sont rendus. Aucune prestation n'est payable pour un traitement dentaire pour lequel il n'y a pas de frais spécifiques dans le guide des tarifs ou pour tout service désigné comme des frais de consultation. Pour les services obtenus à l'étranger par un enfant à charge admissible qui étudie à l'étranger, ou pour les accidents dentaires admissibles survenus à l'étranger, « guide des tarifs » désigne le guide actuel des tarifs des dentistes généralistes publié par l'association dentaire de votre province de résidence.

Traitement raisonnable

Tous les services et fournitures couverts au titre de la garantie soins dentaires doivent constituer un traitement raisonnable. Sauf indication contraire, le traitement dentaire est décrit et évalué selon le Guide du système de codification standard et du répertoire des services de l'Association dentaire canadienne.

« Traitement raisonnable » désigne :

- un traitement reconnu par l'Association dentaire canadienne;
- un traitement exécuté par un dentiste ou par un hygiéniste dentaire sous la supervision d'un dentiste, lorsque cela est requis par l'association dentaire provinciale;
- un traitement dont la nature, la fréquence et la durée sont essentielles à la gestion de la santé buccodentaire de la personne couverte.

Somme remboursable

Les prestations pour soins dentaires vous sont payables, sauf si vous les cédez par écrit au dentiste ou au denturologiste traitant. Nous vous remboursons les frais admissibles engagés pendant que vous êtes assuré, sous réserve des franchises, coassurances et maximums indiqués dans le tableau des prestations. La franchise correspond au montant que vous devez payer avant de recevoir tout remboursement au titre de votre régime. La coassurance correspond au pourcentage des frais qui est couvert par votre régime.

Garantie soins dentaires

Radiographies

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

Laboratoire

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

Date où les frais sont engagés

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

Choix du traitement

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

Soins dentaires couverts

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

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

Garantie soins dentaires

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

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

1. **Endodontie** – Traitement de la chambre pulpaire et du canal radiculaire

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

Garantie soins dentaires

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

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

Droit de transformation de la garantie soins dentaires

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

Prestation de survivant pour les personnes à charge

À votre décès, vos personnes à charge demeurent couvertes par la garantie soins dentaires, sans paiement de primes, pendant la période indiquée dans le tableau des prestations, à condition que cette garantie reste en vigueur, que la personne à charge ne devienne pas admissible à des prestations d'un autre régime collectif en tant qu'employé ou personne à charge, et qu'elle réponde toujours aux critères d'admissibilité précisés dans la police.

Restrictions générales applicables à la garantie soins dentaires

Aucune prestation pour soins dentaires n'est versée dans les cas suivants :

- les services ou fournitures qui ne sont pas expressément désignés comme couverts;
- les services ou fournitures qui ne constituent pas un traitement raisonnable;
- les interventions, appareils et restaurations utilisés pour accroître la dimension verticale des dents, réparer ou restaurer les dents endommagées ou usées par l'attrition ou l'usure verticale;
- les frais que les assureurs privés ne peuvent prendre en charge en vertu de la loi;
- les frais supplémentaires liés à l'enlèvement de points de suture concernant n'importe quel traitement dentaire;
- les frais d'anesthésie, sauf si l'acte en question a lieu dans le cadre d'une chirurgie buccale ou parodontale;
- les services ou fournitures payables par un tiers ou en vertu d'une loi sur l'indemnisation des accidents du travail, ou auxquels la personne couverte a droit gratuitement ou qui seraient gratuits si la personne n'était pas couverte par une assurance;
- les services ou fournitures afférents à ce qui suit :
 - ⇒ un traitement exécuté uniquement à des fins esthétiques;
 - ⇒ des malformations congénitales ou des déformations ou le remplacement de dents manquant dès la naissance;
 - ⇒ des problèmes de l'articulation temporomandibulaire;
 - ⇒ des épreuves bactériologiques ou des frottis;

Garantie soins dentaires

- les services divers :
 - ⇒ analyse du régime alimentaire ou contrôle de la plaque dentaire;
 - ⇒ conseils d'hygiène buccale, sauf s'ils sont désignés comme couverts dans le tableau des prestations;
 - ⇒ planification de traitement;
 - ⇒ frais pour remplir des formulaires ou établir des plans de traitement;
 - ⇒ consultations, autres qu'avec des spécialistes;
 - ⇒ frais de déplacement, de rendez-vous manqués ou de communications.

Délai pour présenter une demande de règlement pour soins dentaires

Nous devons recevoir votre demande dans les 12 mois qui suivent la date où les frais ont été engagés. Si la police est résiliée ou si la garantie soins dentaires de votre régime prend fin, vous devez demander le règlement des frais engagés avant la fin de la protection au plus tard dans les 90 jours qui suivent la date de la résiliation.

Prolongation de la garantie pour les soins dentaires en cours

Aucune prestation n'est payable pour les frais dentaires engagés après la date où l'assurance de la personne couverte prend fin aux termes du régime si les prestations doivent être réglées par le régime d'assurance soins dentaires de remplacement, même si un plan de traitement détaillé a été établi et que nous avons déterminé les prestations avant que l'assurance prenne fin.

S'il n'y a aucune autre assurance soins dentaires qui remplace la garantie, nous accordons une prolongation de la garantie pour les soins dentaires en cours comme suit :

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

Coordination des prestations de la garantie soins dentaires

Que faire si le régime de votre conjoint vous offre déjà une protection semblable?

Si vous êtes assuré par le régime de votre conjoint au moment de l'adhésion, vous pouvez renoncer à toute garantie comparable offerte par ce régime. Pour ce faire, vous devez remplir et signer la section relative au refus des garanties sur le formulaire d'adhésion à l'assurance collective. Si le régime de votre conjoint prend fin, soit parce qu'il est résilié, soit parce que votre conjoint n'y est plus admissible, vous devenez immédiatement admissible à la protection prévue par le présent régime si vous en faites la demande dans les 31 jours qui suivent la fin du régime de votre conjoint, sans quoi vous devez fournir une preuve de bonne santé : l'assurance ne prend effet que le jour où votre assurabilité est approuvée.

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

Garantie soins dentaires

Ordre de détermination des prestations

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

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

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

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

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

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

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

Si les parents sont séparés ou divorcés

L'ordre de préséance est le suivant :

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

PROGRAMME D'AIDE AUX EMPLOYÉS

Programme d'aide aux employés (PAE)

Nous savons qu'il existe un lien étroit entre la santé de l'employé, son rendement au travail et la réussite de l'entreprise pour laquelle il travaille. Notre programme **Là pour vous**^{MC} est une approche proactive qui consiste à aider l'employé et sa famille à régler leurs problèmes affectifs et à y trouver une solution pratique, qu'il s'agisse de problèmes personnels ou professionnels.

Là Pour Vous^{MC} – Services pour l'employé et ses personnes à charge

Par l'intermédiaire de notre PAE, vous et vos personnes à charge admissibles pouvez accéder à des services de soutien et de counseling professionnels et confidentiels à court terme, notamment dans les cas suivants :

- santé mentale, surcharge de travail, dépression, colère, anxiété généralisée;
- problèmes de couple ou de famille, séparation, divorce, garde d'enfant;
- dépendance à l'alcool, à la drogue, aux médicaments, au tabac, au jeu ou autre type de dépendance;
- problèmes d'adaptation personnelle, résolution de conflit;
- ressources sur le rôle parental, les soins aux enfants et l'aide à l'apprentissage;
- inquiétudes face au vieillissement des parents, soins aux personnes âgées;
- perte affective, deuil;
- gestion du poids, diabète, nutrition, problèmes de santé générale;
- conseils financiers, insolvabilité, faillite, départ à la retraite;
- conseils juridiques.

Ces services sont accessibles de plusieurs façons :

- accès en ligne ou par téléphone (numéro sans frais) 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, 365 jours par année;
- consultations en cabinet, le jour, le soir ou la fin de semaine;
- consultations téléphoniques avec des conseillers-experts;
- consultations par Internet ou vidéoconférence via un système sécurisé;
- consultations en gestion;
- orientations vers des réseaux de ressources communautaires.

Fin de l'entente de services

En tout temps, et pour quelque raison que ce soit, Co-operators Vie peut mettre fin à ce service au moyen d'un préavis écrit de 31 jours à votre employeur ou au titulaire de la police. La fin de l'entente de services prend effet le jour indiqué dans le préavis.

Déclaration de confidentialité de Co-operators

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

Vous trouverez plus de détails sur notre politique révisée de protection des renseignements personnels à www.cooperators.ca/vie-privee. Pour toute question sur le sujet ou sur la collecte, l'utilisation, la conservation et la communication de vos renseignements personnels, communiquez avec le Bureau de la protection de la vie privée de Co-operators par téléphone au 1-888-887-7773 ou par courriel à privacy@cooperators.ca.

Placements. Assurances. Conseils.

