



Brochure de votre régime d'assurance *collective*

Roman Catholic Episcopal Corporation of Halifax

Cadres supérieurs

Numéro de contrat : 12821

Date d'effet de la mise à jour : 1^{er} janvier 2017

PRATIQUES EN MATIÈRE DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Dans la perspective d'offrir à sa clientèle une protection de soins de santé, d'assurance vie et une protection-voyage de qualité, Croix Bleue Medavie recueille et conserve des renseignements personnels au sujet de ses clients et de leurs personnes à charge. Le présent document a pour but de vous tenir au courant des pratiques en matière de protection des renseignements personnels de Croix Bleue Medavie.

La protection des renseignements personnels n'est pas un nouveau concept pour Croix Bleue Medavie. Assurer la confidentialité de l'information reçue de la part de notre clientèle a toujours été au cœur de nos opérations, et notre personnel connaît bien la politique et les procédures que nous avons mises en place pour nous assurer que la protection de ces renseignements soit prise au sérieux en toutes circonstances.

Que sont les renseignements personnels?

Les renseignements personnels renferment des détails au sujet d'une personne identifiable. Ils peuvent comprendre le nom, l'âge, les numéros d'identité, le revenu, les données en matière d'emploi, l'état civil, l'état des personnes à charge, les dossiers médicaux, ainsi que les renseignements financiers.

Quelle utilisation faisons-nous de vos renseignements personnels?

Vos renseignements personnels permettent à Croix Bleue Medavie de traiter votre demande de protection en vertu des régimes de soins de santé, d'assurance vie et de protection-voyage. Voici à quoi servent vos renseignements personnels :

- à fournir les services précisés dans votre contrat ou du contrat d'assurance collective duquel vous êtes adhérent admissible;
- à comprendre vos besoins afin de pouvoir vous conseiller des produits et services adéquats; et*
- à administrer nos affaires.

*ne s'applique pas à l'Ontario et au Québec

À qui ces renseignements personnels peuvent-ils être divulgués?

Selon votre type d'assurance souscrite avec nous, la divulgation de renseignements personnels particuliers aux personnes et entités suivantes peut s'avérer nécessaire pour être en mesure de vous offrir les services stipulés au contrat auquel vous adhérez :

- d'autres Croix Bleue du Canada, afin d'administrer votre régime d'assurance si vous vivez à l'extérieur des provinces de l'Atlantique, du Québec ou de l'Ontario;
- des fournisseurs de soins de santé spécialisés, s'il y a lieu, pour évaluer une demande d'admissibilité à un produit ou service;
- des organismes gouvernementaux et de réglementation, en situation d'urgence ou lorsque la loi l'exige;
- la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada et d'autres tiers, de façon confidentielle, lorsqu'il y a nécessité d'administrer des garanties précisées à votre police individuelle ou à votre contrat collectif; et
- le détenteur de carte d'un contrat auquel vous adhérez.

PRATIQUES EN MATIÈRE DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

À qui ces renseignements personnels peuvent-ils être divulgués? (suite)

Nous ne fournissons ni ne vendons de renseignements personnels à votre sujet à d'autres sociétés aux fins de marketing et de sollicitation. Vos renseignements personnels ou ceux de vos personnes à charge ne sont jamais divulgués à un tiers sans votre permission, sauf si Croix Bleue Medavie juge qu'il est nécessaire de le faire pour vous offrir les services auxquels elle s'est engagée conformément au contrat d'assurance.

Pour vous assurer de recevoir le meilleur service possible de la part de Croix Bleue Medavie, il est important que les renseignements personnels que nous utilisons soient exacts et à jour. Vous pouvez nous aider en nous tenant au courant de vos changements d'adresse ou d'état civil ainsi que de l'ajout ou du retrait de personnes à charge. Si vous trouvez des erreurs dans les renseignements que nous détenons sur vous, veuillez en informer le personnel de notre Service à la clientèle afin que nous puissions les corriger.

En devenant client de Croix Bleue Medavie ou en remplissant une demande de règlement, vous consentez que nous utilisions vos renseignements personnels et que nous les divulguions de la manière susmentionnée. Si vous préférez que nous n'utilisions ni ne divulguions vos renseignements personnels dans les cas où ils ne sont pas nécessaires à l'administration de votre régime, veuillez consulter notre site Web ou nous écrire à l'adresse indiquée plus bas.

Veuillez noter que le fait de ne pas permettre à Croix Bleue Medavie d'utiliser des renseignements à votre sujet pourrait signifier que nous ne serions pas en mesure de vous accorder des produits ou services qui pourraient vous être utiles.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur la politique de protection des renseignements personnels de Croix Bleue Medavie, veuillez communiquer avec nous, soit en nous appelant ou en nous écrivant, d'après les coordonnées suivantes :

www.medavie.croixbleue.ca

1-800-667-4511 ou 1-800-355-9133 (en Ontario)

Agent de protection de la vie privée
Croix Bleue Medavie
Groupe de gestion des risques
644, rue Main
C. P. 220
Moncton (Nouveau-Brunswick) E1C 8L3

ou

privacyofficer@medavie.bluecross.ca

Si la résolution du problème ne vous satisfait pas entièrement, vous pouvez déposer une plainte par écrit à l'adresse suivante :

Commissariat à la protection
de la vie privée du Canada
112, rue Kent
Ottawa (Ontario) K1A 1H3

CONTENU DE LA BROCHURE

Croix Bleue Medavie administre les garanties suivantes pour le compte de Roman Catholic Episcopal Corporation of Halifax :

- Hospitalisation
- Soins de santé complémentaires
- Médicaments assurés
- Soins dentaires

Croix Bleue Medavie assure les garanties suivantes pour la Protection-voyage dans le monde entier et Patients dirigés à l'extérieur du Canada.

La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada assure les garanties suivantes :

- Assurance vie collective
- Assurance vie collective facultative
- Assurance décès et mutilation accidentels
- Assurance décès et mutilation accidentels facultative
- Assurance salaire de longue durée

Les renseignements figurant dans la présente brochure donnent un aperçu des principales caractéristiques de votre régime collectif. Elle est préparée à titre d'information seulement et ne constitue pas une entente en tant que telle. Les modalités exactes de votre régime collectif sont décrites dans le contrat d'assurance collective que votre employeur a en sa possession.

Lorsque la loi l'exige, vous avez le droit de recevoir une copie détaillée de la partie du contrat d'assurance collective qui concerne votre protection, une copie de votre demande d'adhésion et de toute déclaration écrite ou tout rapport fournis à la Compagnie qui attestent de votre état de santé. Vous pouvez aussi demander, dans un délai raisonnable, une copie du contrat contenant les garanties assurées. La première copie vous sera fournie sans frais. Des frais peuvent s'appliquer pour des copies subséquentes. Toutes les demandes de copies de documents doivent être adressées à Croix Bleue Medavie.

Toute action ou procédure en justice contre un assureur (c.-à-d. Croix Bleue Medavie) pour le recouvrement de sommes assurées payables en vertu de la présente police sera refusée, à moins d'avoir débuté à l'intérieur de la période allouée par la Loi sur les assurances.

La présente brochure remplace toutes les autres émises précédemment.

Veillez noter que dans cette brochure, le masculin est utilisé sans discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

TABLE DES MATIÈRES

HOSPITALISATION	1
PROTECTION-VOYAGE DANS LE MONDE ENTIER	2
PATIENTS DIRIGÉS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA.....	12
SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES	14
SOINS DE LA VUE	18
MÉDICAMENTS ASSURÉS	19
SOINS DENTAIRES	20
EXCLUSIONS ET LIMITES GÉNÉRALES	22
RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX GARANTIES DE SOINS DE SANTÉ ET DE SOINS DENTAIRES	23
ASSURANCE VIE COLLECTIVE DE BASE ET FACULTATIVE.....	25
ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DE BASE ET FACULTATIVE....	28
ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE	32
RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS.....	37
SITE DES ADHÉRENTS	39
COORDONNÉES DE CROIX BLEUE MEDAVIE.....	40
COMMENT SOUMETTRE UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT	41

HOSPITALISATION

Si vous (ou l'une de vos personnes à charge, s'il y a lieu) engagez des frais au Canada pour l'un des services suivants pendant que vous êtes assuré, Croix Bleue Medavie paiera les frais usuels, habituels et raisonnables pour ces services admissibles, en tenant compte de la franchise, du pourcentage de remboursement et du montant maximum indiqués ci-dessous, moins le montant prévu par le régime d'assurance-maladie gouvernemental. Les montants maximums s'appliquent à chacun des assurés.

Pourcentage de remboursement : 100 %

HOSPITALISATION

La différence entre les frais d'hospitalisation en salle commune et les frais de séjour pour une chambre à deux lits.

SOINS DE CONVALESCENCE/RÉADAPTATION PHYSIQUE

Maximum : 50 \$ par jour, maximum de 120 jours

Frais de chambre et de pension.

FIN DE LA COUVERTURE

La couverture relative à l'hospitalisation prend fin à la retraite, à la cessation d'emploi ou au décès de l'adhérent, selon la première éventualité.

DEMANDES DE RÈGLEMENT

Les prestations relatives à l'hospitalisation sont payées directement à l'hôpital. Vous devez présenter votre carte d'identité de Croix Bleue Medavie au fournisseur qui portera les frais directement au compte de Croix Bleue Medavie.

Toute demande de règlement doit être présentée dans les 24 mois suivant réception du produit ou service, ou dans les quatre mois suivant la date de résiliation de la police.

PROTECTION-VOYAGE DANS LE MONDE ENTIER

La garantie Protection-voyage dans le monde entier couvre une gamme de soins ou de services requis en cas d'urgence à la suite d'un accident ou d'une maladie subie par l'assuré alors qu'il se trouve à l'extérieur de sa province de résidence et que le régime est en vigueur. Le paiement est assujéti aux montants maximums indiqués ci-dessous, en excédent des frais payables par un régime d'assurance-maladie gouvernemental. Les prestations maximales sont indiquées en devises canadiennes.

Croix Bleue Medavie paiera les frais usuels, habituels et raisonnables pour les services admissibles suivants. Ces frais sont assujettis à toute restriction sur la durée du voyage, au montant de la franchise, au pourcentage de remboursement ou aux montants maximums indiqués ci-dessous.

Pourcentage de remboursement : 100 %

Garantie Médico-hospitalière : 2 000 000 \$ par assuré par événement*

Garantie Annulation et interruption de voyage : 5 000 \$ par assuré par voyage

Garantie Bagages : 500 \$ par assuré par voyage

*Événement : Une occurrence isolée de cas d'urgence.

**La durée de la protection est déterminée par rapport à l'âge de l'assuré à la date du départ.

SOINS DENTAIRES À LA SUITE D'UN ACCIDENT

Maximum : 1 000 \$

Les frais des soins dentaires requis par suite d'un coup direct et accidentel à la bouche, ayant endommagé des dents naturelles, ou ayant causé la fracture ou la dislocation de la mâchoire. Les soins doivent être donnés, ou encore être rapportés à Croix Bleue Medavie et approuvés aux fins de paiement par cette dernière, dans les 180 jours suivant l'accident, avec rapport de l'accident à l'appui.

AMBULANCE

Les frais habituels de transport par ambulance, y compris par ambulance aérienne, et secours d'urgence à destination ou en provenance de l'établissement hospitalier agréé le plus proche.

RETOUR À DOMICILE

Les frais supplémentaires de billets pour le retour de l'assuré, en classe économique et par la voie la plus directe (avion, autobus, train) lorsque la personne est obligée de retourner chez elle en raison de son état de santé et doit être accompagnée par un auxiliaire médical qualifié (sans lien de parenté avec le patient). Une autorisation écrite du médecin traitant est exigée. Si le retour se fait par vol régulier, le régime couvre :

- deux billets en classe économique, par la voie la plus directe, à destination de la ville où l'assuré réside au Canada, c'est-à-dire un aller simple pour l'assuré et un aller-retour pour l'auxiliaire médical qui l'accompagne;
- pour un patient en civière, le nombre de sièges requis pour installer cette dernière (aller simple) et un billet aller-retour pour l'auxiliaire médical qui l'accompagne.

SERVICES DIAGNOSTIQUES

Les frais d'analyse de laboratoire et de radiographies aux fins de diagnostic, sur ordonnance du médecin traitant.

PROTECTION-VOYAGE DANS LE MONDE ENTIER

MÉDICAMENTS ASSURÉS

Les frais des médicaments assurés en quantité suffisante pour le temps du déplacement prévu. Le remboursement des médicaments admissibles est effectué uniquement sur présentation d'une preuve d'achat et de paiement tel qu'attesté sur un document provenant d'un fournisseur approuvé de Croix Bleue Medavie situé à l'extérieur de la province de résidence de l'assuré. La facture doit renfermer les renseignements suivants : le nom du médicament, la date de l'achat, la quantité, le dosage et le coût.

ASSISTANCE D'URGENCE

Un service d'assistance est disponible 24 heures par jour, au moyen d'une ligne téléphonique directe, pour les assurés qui ont besoin d'aide au cours d'un voyage. En téléphonant au numéro indiqué sur votre carte Croix Bleue Medavie lorsqu'il y a une urgence médicale, votre couverture d'assurance est confirmée à l'hôpital ou au médecin. Le paiement des frais médicaux sera coordonné au nom de l'assuré. Les services suivants sont également offerts :

Assistance médicale - L'assuré peut demander une liste d'hôpitaux ou d'établissements médicaux. Des dispositions seront prises pour les services suivants:

- avis d'un médecin dûment autorisé;
- suivi médical de l'état du patient et communication avec l'adhérent ou sa famille;
- retour du patient au domicile ou transfert du patient lorsque son état le permet; ou
- transport d'un membre de la famille au chevet du patient ou pour identifier la dépouille.

Assistance générale - Le patient peut demander :

- une communication en cas d'urgence dans une langue principale;
- de l'aide pour communiquer avec la famille ou une entreprise; et
- une référence à un conseiller juridique.

HOSPITALISATION

Les frais engagés dans un hôpital général public excédant ceux qui sont remboursés ou remboursables par le régime provincial d'assurance-maladie pour a) une chambre (et non une suite) ainsi que b) les soins médicalement nécessaires donnés au patient durant l'hospitalisation ou en clinique externe.

REPAS ET HÉBERGEMENT

Maximum : 1 200 \$ (150 \$ par jour pendant huit jours) par voyage

Les frais supplémentaires d'hébergement et de repas dans un établissement commercial, engagés par un assuré parce qu'il doit reporter son retour en raison d'une maladie contractée ou d'une blessure subie par un compagnon de voyage ou un assuré. Une attestation du médecin traitant et des reçus de l'établissement commercial sont exigés.

APPAREILS MÉDICAUX

Le coût de plâtres, de cannes, de béquilles, de toiles, d'attelles, de bandages herniaires, d'orthèses ou de location temporaire d'un fauteuil roulant, seulement si les articles sont requis par suite d'un accident ou d'une maladie subite survenue à l'extérieur de la province de résidence de l'assuré et s'ils sont prescrits par un médecin.

PROTECTION-VOYAGE DANS LE MONDE ENTIER

SOINS INFIRMIERS

Les honoraires pour soins infirmiers privés (sans lien de parenté avec le patient ni un employé d'hôpital) sur ordonnance d'un médecin traitant.

SERVICES PARAMÉDICAUX

Les honoraires d'un chiropraticien, d'un ostéopathe, d'un podologue / podiatre ou d'un physiothérapeute (sans lien de parenté), excédant le montant payé ou payable par le régime provincial d'assurance-maladie et à l'exclusion des radiographies.

MÉDECINS ET CHIRURGIENS

Les honoraires usuels de médecins et de chirurgiens pour les soins rendus, moins la somme remboursée par le régime provincial d'assurance-maladie.

RETOUR DE LA DÉPOUILLE

Maximum : 3 000 \$

Le coût pour la préparation (y compris l'incinération) et le transport de la dépouille (excluant le coût du cercueil) au point de départ au Canada par la voie la plus directe.

FRAIS DE DÉPLACEMENT POUR RENDRE VISITE À L'ASSURÉ

Le coût d'un billet aller-retour en classe économique par la voie la plus directe (avion, autobus, train) pour se rendre au chevet d'un assuré hospitalisé ou décédé, si le médecin traitant juge nécessaire la présence d'un membre de la famille ou d'un ami.

RETOUR DU VÉHICULE

Maximum : 500 \$

Le coût pour le retour du véhicule privé par une agence commerciale, au domicile de l'assuré, ou d'un véhicule loué à l'agence de location appropriée la plus proche, lorsque l'assuré est incapable de s'en occuper en raison d'une maladie ou d'une blessure.

DÉFINITIONS

1. Urgence - Une situation qui nécessite un traitement médical immédiat en lien avec :
 - une blessure qui résulte d'un accident;
 - une nouvelle condition médicale qui débute au cours d'un voyage; ou
 - une condition médicale que le participant avait avant un voyage (ou avant de réserver un voyage), mais qui est stable.
2. Membre de la famille immédiate – Les parents, le conjoint, les enfants de l'assuré, ainsi que ses frères et sœurs.
3. Événement – Une occurrence isolée de cas d'urgence.
4. Compagnon de voyage – Les personnes qui partagent des arrangements de voyage payés à l'avance avec l'assuré, sous réserve d'un maximum de 3 compagnons de voyage, pour un voyage donné.
5. Voyage – Déplacement du participant à l'extérieur de sa province de résidence.

GARANTIE ANNULATION ET INTERRUPTION DE VOYAGE

Croix Bleue Medavie rembourse les frais admissibles figurant dans cette section si :

- les frais ont été engagés en raison de la réalisation d'un risque admissible figurant dans la présente section;
- le risque admissible s'est produit en raison d'une situation d'urgence ou d'une situation hors du contrôle de l'assuré;
- le participant avertit Croix Bleue Medavie de la réalisation du risque admissible dans le délai indiqué dans la présente section;
- le participant n'était pas au courant, au moment où les arrangements de voyage ont été faits, de tout événement qui aurait raisonnablement pu l'empêcher d'effectuer le voyage comme prévu; et
- le participant présente une preuve de sinistre qui répond aux critères de la présente section.

Les montants payables sont limités à la portion des frais admissibles qui ne peut être créditée ou remboursée en espèces au moment où le risque s'est réalisé.

RISQUES ADMISSIBLES

Le participant est admissible à un remboursement si son voyage est annulé, interrompu ou prolongé en raison d'un des éléments suivants :

- a) hospitalisation ou décès du participant, d'un membre de sa famille immédiate ou d'un compagnon de voyage, d'un membre de la famille immédiate du compagnon de voyage, ou décès d'un associé d'affaires, d'un employé-clé ou de la personne qui prend soin du participant ou de son compagnon de voyage;
- b) maladie ou blessure du participant ou de son compagnon de voyage ou d'un membre de leur famille immédiate, ou d'un associé d'affaires, d'un employé-clé, ou de la personne qui prend soin du participant ou de son compagnon de voyage, si la condition est suffisamment grave pour entraîner l'annulation, l'interruption ou la prolongation du voyage de l'assuré;
- c) grossesse de l'assurée ou du compagnon de voyage si :
 - i) la grossesse débute après la date à laquelle un dépôt non remboursable pour le voyage a été fait ou après la date à laquelle le billet a été acheté; et
 - ii) la date de départ ou de retour se situe dans les 8 semaines qui précèdent ou qui suivent la date prévue de l'accouchement;
- d) convocation de l'assuré ou de son compagnon de voyage à agir comme juré ou leur assignation à comparaître comme témoin dans un procès dont la tenue est prévue pendant le voyage, à l'exception des officiers responsables de l'application de la Loi;
- e) mise en quarantaine ou détournement d'avion subis par l'assuré, son compagnon de voyage ou un membre de leur famille immédiate;
- f) sinistre qui rend inhabitable la résidence principale de l'assuré ou de son compagnon de voyage;
- g) mutation de l'assuré, de son compagnon de voyage ou de leur conjoint, qui provoque le déménagement de la résidence principale de l'assuré ou de son compagnon de voyage;
- h) appel en service de l'assuré ou de son compagnon de voyage, dans le cas d'un officier responsable de l'application de la Loi, d'un pompier, d'un réserviste ou d'un membre des Forces armées;

RISQUES ADMISSIBLES (Suite)

- i) vol ou correspondance manqués en raison du retard d'un transporteur (avion, autobus, train) causé par des conditions climatiques, une panne mécanique, un accident, un barrage routier dirigé par la police ou du retard d'une automobile causé par un accident de la route;
- j) décès ou hospitalisation de l'hôte de l'assuré à la destination du voyage;
- k) perte involontaire de l'emploi permanent de l'assuré ou de son compagnon de voyage, qu'il occupait depuis au moins une année complète et qui entraîne l'annulation du voyage;
- l) un événement dans le pays ou la région constituant la destination qui amène le gouvernement du Canada à émettre un avis aux voyageurs d'éviter tout voyage ou d'éviter tout voyage non essentiel dans ce pays ou cette région si l'avis aux voyageurs :
 - i. s'applique pour une période de temps qui inclut le voyage prévu; et
 - ii. est émis après la date à laquelle un dépôt non remboursable pour le voyage a été fait ou un billet a été acheté;
- m) annulation d'une réunion d'affaires, avant le départ, pour des raisons hors du contrôle de l'assuré, de son compagnon de voyage ou de leur employeur;
- n) annulation d'un voyage en raison du refus d'une demande de visa de l'assuré ou de son compagnon de voyage pour voyager ou pour séjourner dans le pays constituant la destination si les critères suivants sont remplis :
 - i. ils sont autrement admissibles à un tel visa;
 - ii. le refus n'est pas causé par une demande tardive ou une demande subséquente à un premier refus; et
 - iii. le refus de la demande de visa est motivé par des raisons indépendantes de la volonté de l'assuré ou de son compagnon de voyage;
- o) l'adoption légale d'un enfant par l'assuré ou son compagnon de voyage si la date de l'adoption se situe pendant la période prévue du voyage.

FRAIS ADMISSIBLES

Portion non utilisée des frais de voyage :

Avant le départ - Les coûts de voyage payés à l'avance et non remboursables si le participant doit annuler son voyage en raison de la réalisation d'un risque admissible.

Après le départ - Les frais supplémentaires exigés par un transporteur (ligne aérienne, autobus ou train) pour un aller simple en classe économique jusqu'au point de départ, ainsi que la portion non remboursable des autres arrangements de voyage payés à l'avance (autre que le billet de retour acheté initialement), si le participant doit interrompre son voyage en raison de la réalisation d'un risque admissible.

Vol ou correspondance manqués

Les frais supplémentaires exigés par un transporteur (ligne aérienne, autobus ou train) pour un aller simple en classe économique jusqu'au point de destination du voyage si, en raison du retard d'un transporteur (ligne aérienne, autobus, ou train) causé par des conditions météorologiques, d'une défaillance mécanique, d'un accident, d'un barrage routier opéré par la police ou du retard de l'automobile en raison d'un accident de la route, l'assuré manque son vol ou sa correspondance et ne peut plus poursuivre son voyage tel que planifié, à condition qu'il ait prévu arriver au point de transfert au moins 2 heures avant l'heure de départ prévu. Les frais d'annulation en raison d'un risque admissible relié aux conditions météorologiques sont remboursés seulement si les conditions météorologiques défavorables entraînent une interruption du voyage d'au moins 30 % de la durée totale du séjour initialement prévu.

PROTECTION-VOYAGE DANS LE MONDE ENTIER

Frais pour rejoindre une excursion ou un groupe

Les frais exigés par un transporteur (ligne aérienne, autobus ou train) pour un aller simple en classe économique afin de rejoindre une excursion ou un groupe si le participant manque une partie du voyage en raison de la réalisation d'un risque admissible.

Nouveaux tarifs d'occupation

Les frais supplémentaires pour de nouveaux tarifs d'occupation lorsque le participant décide de poursuivre son voyage alors que son compagnon de voyage doit annuler ou interrompre son voyage en raison de la réalisation d'un risque admissible. Les frais supplémentaires sont remboursés jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable au moment où le compagnon de voyage annule son voyage.

Retour retardé

Les frais exigés par un transporteur (ligne aérienne, autobus ou train) pour un aller simple en classe économique jusqu'au point de départ lorsque le participant doit reporter son retour en raison d'une maladie contractée ou d'une blessure subie par lui-même, un membre de sa famille immédiate qui l'accompagne ou un compagnon de voyage. La preuve de sinistre doit démontrer que la maladie ou la blessure est suffisamment grave pour empêcher le retour tel qu'il était prévu.

Avis à donner lors d'une annulation de voyage

Lorsqu'un risque admissible se produit avant la date de départ, le participant doit, pour annuler son voyage, contacter son agent de voyage ou son transporteur, de même que Croix Bleue Medavie, dans les 48 heures après la réalisation du risque admissible.

Preuve de sinistre

Les demandes de règlement en vertu de la présente clause doivent avoir été approuvées par Croix Bleue Medavie et être accompagnées, s'il y a lieu, par :

- la preuve des frais admissibles engagés, incluant les billets de transport non utilisés, les reçus officiels pour le transport alternatif et les crédits-voyage;
- une preuve documentée acceptable pour Croix Bleue Medavie, démontrant que le risque admissible est la cause de l'annulation, de l'interruption ou de la prolongation du voyage; et
- les éléments suivants :
 - i. pour un retard causé par un accident de la route, un rapport de police peut être nécessaire;
 - ii. pour le cas de l'annulation, de l'interruption ou de la prolongation du voyage en raison d'une situation d'urgence, le médecin traitant doit fournir un certificat médical confirmant le diagnostic et démontrant que la situation d'urgence était suffisamment grave pour entraîner l'annulation, l'interruption ou la prolongation du voyage.

GARANTIE BAGAGES

Croix Bleue Medavie rembourse les frais admissibles figurant dans cette section, sous réserve du maximum global mentionné des modalités suivantes :

- le participant doit prendre toutes les précautions raisonnables pour protéger, sauvegarder ou recouvrer les biens;
- en cas de perte, le participant doit avertir Croix Bleue Medavie aussi rapidement que possible; et
- Croix Bleue Medavie est second payeur par rapport à toute autre assurance responsabilité applicable.

Perte ou endommagement des bagages

Lorsque les bagages du participant sont perdus ou endommagés au cours d'un voyage, Croix Bleue Medavie, à sa discrétion :

- rembourse au participant la valeur des bagages et de leur contenu au moment de la perte ou de l'endommagement; ou
- répare ou remplace tout bagage endommagé ou perdu et leur contenu par des biens de même qualité ou de même valeur.

En cas de perte ou d'endommagement d'un article des bagages faisant partie d'un ensemble, la perte est évaluée relativement à la part raisonnable et juste de cet article dans la valeur totale de l'ensemble, en tenant compte de l'importance de cet article et du fait que l'ensemble n'est pas une perte totale.

Retard des bagages

Lorsque les bagages enregistrés sont retardés par le transporteur pendant 12 heures ou plus et avant le retour au point de départ, Croix Bleue Medavie rembourse jusqu'à concurrence de 250 \$ pour les frais relatifs à des articles de toilette et à des vêtements, et sous réserve du maximum global total de la Garantie Bagages.

Perte ou vol de documents

Croix Bleue Medavie couvre les frais de remplacement d'un passeport, d'un permis de conduire, d'un acte de naissance ou d'un visa de voyage, en cas de perte ou de vol, sous réserve d'un maximum de 50 \$ par incident et du maximum global total de la Garantie Bagages.

Preuve de sinistre

Les demandes de règlement pour la perte, l'endommagement ou le retard des bagages, ou la perte ou le vol de documents sont soumises à l'approbation préalable de Croix Bleue Medavie et doivent être accompagnées de la documentation suivante :

- pour la perte de bagages ou de documents, une confirmation écrite du directeur de l'hôtel, du guide touristique ou de l'organisme de transport;
- pour le vol de bagages ou de documents, une preuve du rapport fait à la police, ainsi qu'une confirmation écrite relativement aux détails de la perte; et
- pour le retard des bagages, une preuve du retard émise par le transporteur et les reçus pour les articles achetés.

La preuve de la perte ou des dommages ainsi que le montant du sinistre doivent être reçus par Croix Bleue Medavie dans les 90 jours suivant le sinistre, à défaut de quoi la demande de règlement n'est pas admissible à un remboursement.

EXCLUSIONS

1. Aucune prestation n'est payable en vertu du régime pour les assurés voyageant à l'extérieur de leur province de résidence principalement ou accessoirement pour consulter un médecin ou pour recevoir un traitement médical, et ce, même si le voyage est effectué sur recommandation d'un médecin.
2. Aucune prestation n'est payable en vertu du régime pour un traitement ou une intervention chirurgicale électifs (ne constituant pas une urgence). C'est à dire un traitement ou une intervention chirurgicale a) qui n'est pas requis pour le soulagement immédiat d'une douleur aiguë; ou b) qui pourrait raisonnablement être reporté après le retour de la personne au Canada; ou c) que l'assuré a choisi de recevoir ou de subir à l'extérieur du Canada suite à l'intervention d'urgence, alors que la condition médicale, avec information médicale à l'appui, n'aurait pas empêché la personne de retourner au Canada pour y recevoir le traitement ou subir l'intervention chirurgicale.
3. Aucune prestation n'est payable en vertu du présent régime si l'assuré touche une prestation identique d'une tierce partie.
4. Aucune prestation ne sera versée pour des frais engagés à la suite de l'usage abusif de médicaments, de drogues ou d'alcool; d'un suicide ou d'une tentative de suicide; d'actes criminels, d'une guerre ou autres hostilités.
5. Croix Bleue Medavie, en consultation avec le médecin traitant, se réserve le droit de rapatrier le patient au Canada. Si un assuré, d'après l'information médicale à l'appui, est en mesure de retourner au Canada à la suite du diagnostic et du traitement d'urgence d'une condition médicale pour y continuer les soins médicaux, le traitement ou y subir l'intervention chirurgicale requise, et qu'il choisit de recevoir les traitements en question à l'extérieur du Canada, les frais pour ces services médicaux de suivi, ce traitement ou cette chirurgie ne seront pas couverts en vertu du présent régime. Croix Bleue Medavie n'assume aucune responsabilité en cas de détérioration de la condition médicale de l'assuré pendant son transfert au Canada ou après le transfert.

EXCLUSIONS (Suite)

6. Les prestations ne sont payables que pour des frais engagés par suite d'une maladie subite ou d'un accident survenant pendant un voyage à l'extérieur de la province de résidence du participant. Les conditions préexistantes seront couvertes en vertu de la garantie pourvu que l'état du participant demeure stable avant de réserver la date de départ et qu'aucun soin médical ne soit prévu pendant la période du voyage.

Un problème de santé préexistant est considéré comme stable si, au cours des 90 jours précédant la date de départ, vous n'avez pas:

- a) été traité ou évalué pour de nouveaux symptômes qui sont reliés à cette condition;
- b) éprouvé de symptômes qui ont augmenté en fréquence ou en sévérité, ou reçu des résultats d'examen indiquant la détérioration de la condition;
- c) reçu de prescription pour un nouveau traitement ou un changement de traitement relativement à cette condition (généralement, une réduction de la médication en raison de l'amélioration de la condition ou un changement régulier dans la médication dans le cadre d'un plan de traitement établi ne sont pas considérés comme étant un changement de traitement;
- d) été admis ou traité dans un hôpital en raison de cette condition; ou
- e) été en attente de nouveaux traitements ou de tests concernant cette condition (autres que des tests de routine).

Les critères ci-dessus sont considérés globalement par rapport à la condition médicale dans son ensemble.

7. l'assuré ne communique pas avec Croix Bleue Medavie en cas d'une consultation médicale ou d'une hospitalisation à la suite d'une blessure ou d'une maladie.
8. les dépenses sont engagées après la Durée de la protection spécifiée.
9. les dépenses ont été engagées au cours d'un voyage dans un pays (ou une région spécifique d'un pays) pour lequel il y a un avertissement aux voyageurs du gouvernement du Canada d'éviter tout voyage ou d'éviter tout voyage non essentiel, lorsque cet avertissement a été émis avant la date de départ et que la perte ou la dépense sont reliées à la raison pour laquelle l'avertissement aux voyageurs a été émis
10. La protection est limitée aux montants qui sont en excédent de ceux couverts en vertu de tout autre régime. Lorsque le tribunal détermine qu'une police ou tout autre régime offre une protection primaire, la prestation sera coordonnée avec l'autre régime, tel qu'indiqué dans la section Coordination des prestations.
11. Croix Bleue Medavie ne couvrira pas les frais qui excèdent deux millions de dollars canadiens par assuré, par incident à l'extérieur de sa province de résidence.

Toutes les demandes de règlement et formulaires gouvernementaux requis doivent être soumis dans les quatre mois suivant la date des services.

EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS SPÉCIFIQUES

Garantie Annulation et interruption de voyage

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants :

- a) le voyage a été entrepris dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou blessée et la condition médicale ou le décès de cette personne constitue la cause de l'annulation, de l'interruption ou de la prolongation du voyage; ou
- b) le voyage est annulé ou interrompu en raison de difficultés financières, de l'incapacité d'obtenir le logement désiré ou de l'aversion pour le voyage et le transport aérien.

Garantie Bagages

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants :

- a) la perte ou l'endommagement est causé par :
 - i. la confiscation ou l'endommagement par ordre d'un gouvernement ou d'un organisme public;
 - ii. le transport ou le commerce illégaux;
 - iii. l'usure, la détérioration graduelle, les mites ou la vermine;
 - iv. un vol commis dans une voiture, une roulotte ou un autre véhicule laissés sans surveillance, sauf si le véhicule était verrouillé ou s'il était muni d'un compartiment fermé à clé, et que le vol s'est produit avec effraction (dont les traces sont visibles);
 - v. une omission ou un acte d'imprudence de la part du participant;
- b) la perte ou l'endommagement survient alors que le bagage est en cours de réparation; ou
- c) la perte est relative à un bien qui ne peut être localisé et dont les circonstances de la disparition ne permettent pas de conclure raisonnablement qu'un vol a été commis

FIN DE LA COUVERTURE

La couverture relative à la protection-voyage prend fin à la retraite, à la cessation d'emploi de l'adhérent ou à 65 ans, selon la première éventualité.

DEMANDES DE RÈGLEMENT

Veillez obtenir des reçus détaillés en double exemplaire pour tous les frais engagés. À votre retour, envoyez-en une copie au régime gouvernemental d'assurance-maladie de votre province pour fins d'évaluation et de paiement. Lorsque vous aurez reçu la réponse, envoyez la preuve du paiement avec les reçus pertinents à Croix Bleue Medavie - Service des règlements, pour obtenir le paiement des frais admissibles non payés. Indiquez toujours votre numéro d'identification lorsque vous présentez une demande de règlement à Croix Bleue Medavie.

Garantie Annulation et interruption de voyage - La preuve de l'annulation ou de l'interruption doit être reçue par Croix Bleue Medavie dans les 90 jours suivant l'annulation ou l'interruption du voyage, à défaut de quoi la demande de règlement n'est pas admissible à un remboursement.

Garantie Bagages - La preuve de la perte ou des dommages, ainsi que le montant du sinistre doivent être reçus par Croix Bleue Medavie dans les 90 jours suivant le sinistre, à défaut de quoi la demande de règlement n'est pas admissible à un remboursement.

Les prestations relatives à des services rendus à l'extérieur du Canada sont versées par Croix Bleue Medavie en devises canadiennes, au taux de change en vigueur à la date où les services ont été rendus.

PATIENTS DIRIGÉS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Lorsque les assurés sont envoyés à l'extérieur du Canada par le médecin traitant pour recevoir des soins médicaux qui ne sont pas offerts au Canada, Croix Bleue Medavie rembourse les frais admissibles mentionnés ci-après. Le paiement sera effectué selon les frais usuels, habituels et raisonnables en excédent de ceux couverts par le régime provincial d'assurance-maladie, jusqu'à concurrence d'un maximum à vie de 500 000 \$ par assuré.

Pourcentage de remboursement : 100 %

AMBULANCE

Les frais d'un service ambulancier agréé pour le transport d'un patient en civière à destination ou en provenance de l'hôpital le plus proche où le patient pourra recevoir les soins essentiels. Les frais de transport aérien à bord d'un vol régulier, jusqu'à concurrence de trois sièges en classe économique.

INFIRMIER ACCOMPAGNANT LE PATIENT EN AMBULANCE

Les dépenses de voyage d'un infirmier autorisé ou d'un auxiliaire médical autorisé, sans lien de parenté avec le patient, qui accompagne le patient en ambulance lorsque médicalement nécessaire et approuvé par Croix Bleue Medavie.

HOSPITALISATION

Les frais hospitaliers, moins ceux couverts par le régime provincial d'assurance-maladie, pour tous les services médicaux nécessaires, comme les suivants :

- chambre d'hôpital
- chambre de soins intensifs
- soins infirmiers
- salle d'opération et de réveil
- services diagnostiques et de laboratoire, y compris les rayons X
- oxygène et sang
- médicaments d'ordonnance, y compris les solutions intraveineuses
- physiothérapie

MÉDECINS ET CHIRURGIENS

Les honoraires usuels de médecins et de chirurgiens pour les soins rendus, moins la somme remboursée par le régime provincial d'assurance-maladie.

PATIENTS DIRIGÉS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

EXCLUSIONS ET LIMITES

1. Le fait de diriger un patient à l'extérieur du Canada doit être pour des soins médicalement nécessaires et qui ne sont pas offerts au Canada, tel que déterminé par Croix Bleue Medavie.
2. Croix Bleue Medavie doit avoir approuvé le remboursement de la demande de règlement au préalable.
3. Le paiement sera versé en fonction des honoraires usuels, habituels et raisonnables du fournisseur de produits ou de services dans la région où les produits ou services sont rendus.
4. Le paiement sera versé seulement pour les produits fournis ou les services rendus au patient pendant qu'il était sous les soins actifs d'un médecin habilité à pratiquer.
5. Aucune prestation n'est payable pour le traitement d'une maladie qui s'est déclarée au cours d'une période de 12 mois après la date d'entrée en vigueur de la protection collective accordée à l'adhérent ou pour toute maladie ou affection pour laquelle l'assuré aura reçu des traitements ou pour laquelle des médicaments lui auront été prescrits dans les 12 mois précédant la date d'entrée en vigueur de la protection.
6. Les services offerts à l'extérieur du Canada ne doivent pas être de nature expérimentale ou exploratrice.
7. La garantie relative aux patients dirigés à l'extérieur du Canada exclut entre autres, les services qui ne sont pas offerts en raison de listes d'attente et les traitements qui ont été refusés par un médecin au Canada.

FIN DE LA COUVERTURE

La couverture relative aux patients dirigés à l'extérieur du Canada prend fin à la retraite, à la cessation d'emploi de l'adhérent ou à 65 ans, selon la première éventualité.

DEMANDES DE RÈGLEMENT

Veillez obtenir des reçus détaillés en double exemplaire pour tous les frais engagés à l'extérieur de votre province de résidence. À votre retour, envoyez-en une copie au régime gouvernemental d'assurance-maladie de votre province pour fins d'évaluation et de paiement. Lorsque vous aurez reçu la réponse, envoyez la preuve du paiement avec les reçus pertinents à Croix Bleue Medavie - Service des règlements, pour obtenir le paiement des frais admissibles non payés. Une lettre de la part du médecin qui a prescrit le transfert est requise, ainsi que la description des traitements rendus par le médecin traitant. Indiquez toujours votre numéro d'identification lorsque vous présentez une demande de règlement à Croix Bleue Medavie.

Les prestations relatives à des services rendus à l'extérieur du Canada sont versées par Croix Bleue Medavie en devises canadiennes, au taux de change en vigueur à la date où les services ont été rendus.

SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES

Si vous (ou l'une de vos personnes à charge, s'il y a lieu) engagez des frais au Canada pour l'un des services suivants pendant que vous êtes assuré, Croix Bleue Medavie paiera les frais usuels, habituels et raisonnables pour ces services admissibles, en tenant compte de la franchise, du pourcentage de remboursement et du montant maximum indiqués ci-dessous, moins le montant prévu par le régime d'assurance-maladie gouvernemental. Les montants maximums s'appliquent à chacun des assurés.

Pourcentage de remboursement : 100 %

SOINS DENTAIRES À LA SUITE D'UN ACCIDENT

Maximum : 2 500 \$ par accident

Les soins dentaires requis quand les dents naturelles ont été endommagées par suite d'un coup direct et accidentel à la bouche ou à la mâchoire. Les soins doivent être rendus ou approuvés aux fins de paiement par Croix Bleue Medavie dans les 12 mois suivant la date de l'accident.

VÊTEMENTS COMPRESSIONS POUR BRÛLURES

Les frais pour des vêtements compressifs fait sur mesure pour victimes de brûlures, sur autorisation écrite du médecin traitant.

FOURNITURES POUR DIABÉTIQUES

Le coût des aiguilles, seringues, tampons, rubans réactifs et lancettes, sur autorisation écrite du médecin traitant.

PROTHÈSE ACOUSTIQUE

Maximum : 1 000 \$ à vie

Les frais pour une prothèse acoustique lorsque requis par un enfant pour le développement du langage ou en salle de classe.

APPAREILS DE CORRECTION AUDITIVE

Maximum : 300 \$ par période de 60 mois consécutifs.

Le coût des appareils auditifs (excluant les piles et les examens) prescrits par un otorhinolaryngologiste, un otologiste ou un audiologiste agréés.

SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES

FOURNITURES MÉDICALES ET APPAREILS

Maximum : Le maximum combiné est de 10 000 \$ à vie.

Les frais de location de fauteuils roulants standards manuels (non assistés), lits d'hôpital standards, pompes à compression, pompes à insuline, cannes, béquilles, glucomètres, tensiomètres, marchettes, le matériel pour l'administration d'oxygène, un neurostimulateur transcutané (*TENS*), lorsque prescrits par un médecin. Tous les frais doivent être pré-approuvés par Croix Bleue Medavie et l'approbation est assujettie à des réévaluations périodiques.

Une fois que le matériel original a été approuvé, la location ou l'achat autorisé d'une autre pièce de matériel semblable se limite à une période de 5 années civiles consécutives.

CHAUSSURES ORTHOPÉDIQUES ET FOURNITURES QUI Y SONT RELIÉES / ORTHÈSES PLANTAIRES FABRIQUÉES SUR MESURE

Maximum : 200 \$ par 12 mois consécutifs

Les frais de chaussures orthopédiques ou orthèses plantaires lorsque fabriquées sur mesure avec des dispositifs spéciaux pour remédier ou s'adapter à un défaut ou à une anomalie mécanique du pied, sur ordonnance d'un chirurgien orthopédique, d'un physiatre, d'un rhumatologue ou du médecin traitant. De plus, les frais de modification de chaussures orthopédiques et de matériel d'ajustement, lorsque prescrit par l'un des professionnels susmentionnés pour soulager, remédier ou s'adapter à un défaut ou à une anomalie mécanique du pied.

FOURNITURES POUR STOMISÉS

Le coût des fournitures essentielles pour stomisés sur autorisation écrite du médecin traitant.

AUTRES PRATICIENS

Maximum : 1 500 \$ par professionnel, par année civile jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de 1 500 \$ pour tous les praticiens.

Les frais de traitements donnés par les professionnels autorisés suivants, à l'exception de ceux dispensés dans un hôpital : orthophoniste, psychologue clinicien, chiropraticien, ostéopathe, ergothérapeute, naturopathe/homéopathe, massothérapeute/acupuncteur et podologue/podiatre.

PHYSIOTHÉRAPEUTE

Les frais pour un physiothérapeute autorisé, jusqu'à concurrence des frais usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante.

OXYGÈNE

Le coût de l'oxygène.

SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES

SOINS INFIRMIERS PRIVÉS

Maximum : 5 000 \$ par 12 mois consécutifs

Les frais de soins à domicile médicalement nécessaires, dispensés par un infirmier immatriculé, un infirmier auxiliaire immatriculé ou un infirmier auxiliaire certifié, à votre résidence (Autre qu'une maison de convalescence ou de repos), sur autorisation écrite du médecin traitant.

Tous les services de soins infirmiers doivent être approuvés au préalable par Croix Bleue Medavie pour être pris en considération en vue d'un remboursement possible.

SERVICE PROFESSIONNEL D'AMBULANCE

Les frais d'un service ambulancier agréé pour le transport d'un patient en civière à destination ou en provenance de l'hôpital le plus proche où le patient pourra recevoir les soins essentiels. Les frais de transport aérien à bord d'un vol régulier, jusqu'à concurrence 6 sièges en classe économique.

PROTHÈSES

Fournitures et appareils correctifs, incluant les membres artificiels (maximum combiné de 10 000 \$ à vie pour tous membres artificiels et yeux artificiels), prothèses mammaires (limite d'une prothèse gauche et d'une prothèse droite par 24 mois consécutifs), soutiens-gorge postopératoires (limite de deux par 12 mois consécutifs), attelles, plâtres, bandage herniaires (limite d'un bandage par 60 mois consécutifs) et appareils de soutien (limite d'un collet cervical par 12 mois consécutifs). Le remplacement n'est admissible qu'en raison d'un changement pathologique ou physiologique. Les frais maximums admissibles de réparations ou d'ajustements sont de 300 \$ par année civile.

Les prothèses capillaires, lorsque la perte des cheveux est causée par une pathologie sous-jacente ou son traitement, jusqu'à concurrence d'un maximum de 200 \$ par 12 mois consécutifs. Les prothèses capillaires, le traitement de remplacement et les autres traitements pour la perte physiologique des cheveux sont exclus (p. ex., calvitie de type masculin).

AMBULANCIER AUXILIAIRE SPÉCIAL

Les frais de déplacement d'un infirmier (sans lien de parenté avec le patient) lorsque médicalement nécessaire et une fois approuvés par Croix Bleue Medavie.

AIDES ORTHOPHONIQUES

Maximum : 500 \$ à vie

Aides orthophoniques (recommandées par un orthophoniste agréé et par le médecin traitant), destinées à une personne n'ayant pas une capacité normale de communication verbale.

SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES

FIN DE LA COUVERTURE

La couverture relative aux soins de santé complémentaires prend fin à la retraite, à la cessation d'emploi ou au décès de l'adhérent, selon la première éventualité.

PRESTATIONS PAYABLES POUR CEUX QUI ADHÈRENT AU RÉGIME EN RETARD

Si la demande d'adhésion relativement à la garantie Soins de santé complémentaires est faite plus de 31 jours après la date à laquelle l'employé ou la personne à charge sont devenus admissibles, certaines couvertures seront limitées au cours des 6 premiers mois de la protection et débiteront le 7^{ème} mois de la couverture. Cette disposition ne s'applique pas aux services de Soins de santé complémentaires requis lorsque les dents naturelles sont endommagées par suite d'un coup direct et accidentel à la bouche subi par l'assuré après la date du début de sa couverture.

DEMANDES DE RÈGLEMENT

Les frais de soins de santé complémentaires sont remboursés à l'adhérent. L'adhérent doit payer le fournisseur de services, se procurer un reçu officiel de paiement intégral et le faire parvenir à Croix Bleue Medavie aux fins de traitement. Il se peut que pour certains services obtenus, un formulaire de demande de règlement doit être rempli pour accompagner le reçu. Vous pouvez vous procurer un formulaire de demande de règlement chez votre employeur ou votre fournisseur de services, s'il y a lieu.

Pour soumettre une demande de règlement, veuillez remplir le formulaire de demande de règlement approprié.

Toute demande de règlement doit être présentée dans les 24 mois suivant réception du produit ou service ou la fin de la garantie Soins de santé complémentaires.

SOINS DE LA VUE

Si vous (ou l'une de vos personnes à charge, s'il y a lieu) engagez des frais pour l'un des services suivants pendant que vous êtes assuré, Croix Bleue Medavie paiera les frais usuels et raisonnables pour ces services admissibles, en tenant compte d'une franchise, du pourcentage de remboursement et du montant maximum indiqués ci-dessous. Les montants maximums s'appliquent à chacun des assurés.

Pourcentage de remboursement : 100 %

VERRES DE CONTACT REQUIS À LA SUITE D'UNE MALADIE

Maximum : 200 \$ par période de 24 mois consécutifs, 12 mois consécutifs pour les assurés de moins de 18 ans

Lorsque médicalement nécessaires, pour kératite ulcéreuse, cicatrisation sévère de la cornée, kératocône ou aphakie, et pourvu que la vision puisse être améliorée à au moins 20/40.

VERRES, MONTURES, EXAMENS DE LA VUE ET VERRES DE CONTACT

Maximum : Les frais admissibles sont de 250 \$ par période de 24 mois consécutifs, 12 mois consécutifs pour les assurés de moins de 18 ans .

Les frais de verres de contact et de lunettes correctrices, incluant verres et montures, mais excluant les lunettes de protection, les lunettes ou les verres de contact à des fins esthétiques. Les frais demandés par un optométriste ou un ophtalmologiste autorisé pour examens de la vue.

FIN DE LA COUVERTURE

La couverture relative aux soins de la vue prend fin à la cessation d'emploi ou au décès de l'adhérent, selon la première éventualité.

PRESTATIONS PAYABLES POUR CEUX QUI ADHÈRENT AU RÉGIME EN RETARD

Si la demande d'adhésion relativement à la garantie Soins de la vue est faite plus de 31 jours après la date à laquelle l'employé ou la personne à charge sont devenus admissibles, certaines couvertures seront limitées au cours des 6 premiers mois de la protection et débiteront le 7^{ème} mois de la couverture.

DEMANDES DE RÈGLEMENT

Les frais de soins de la vue sont remboursés à l'adhérent. L'adhérent doit payer le fournisseur de services, se procurer un reçu officiel de paiement intégral et le faire parvenir à Croix Bleue Medavie aux fins de traitement. Il se peut que pour certains services obtenus, un formulaire de demande de règlement doit être rempli pour accompagner le reçu. Vous pouvez vous procurer un formulaire de demande de règlement chez votre employeur ou votre fournisseur de services, s'il y a lieu.

Pour soumettre une demande de règlement, veuillez remplir le formulaire de demande de règlement approprié.

Toute demande de règlement doit être présentée dans les quatre (4) mois, sans dépasser 24 mois, suivant réception du produit ou service ou la fin de la garantie Soins de la vue.

MÉDICAMENTS ASSURÉS

Si vous (ou l'une de vos personnes à charge, s'il y a lieu) engagez des frais pour des médicaments requérant légalement une ordonnance pour se les procurer, le médicament admissible est assujéti à des quantités maximales, des montants maximums, une franchise ou un pourcentage de remboursement et à d'autres limites, telles qu'approuvées par Croix Bleue Medavie. Les montants maximums s'appliquent à chacun des assurés.

Quote-part :	5 \$ par médicament admissible prescrit
Pourcentage de remboursement :	100 % du reste des frais admissibles
Modalité de paiement :	Païement direct à la pharmacie

La couverture comprend les médicaments d'ordonnance approuvés par Croix Bleue Medavie. Les médicaments contraceptifs sont exclus.

Les médicaments admissibles sont les produits médicalement nécessaires qui, selon la loi, peuvent seulement être obtenus au moyen d'une ordonnance provenant d'un médecin ou d'un dentiste. Ils doivent figurer sur la liste de médicaments assurés par Croix Bleue Medavie et être dispensés par un pharmacien autorisé.

Croix Bleue Medavie remboursera seulement le coût du médicament interchangeable le moins cher, lorsque prescrit par un médecin et fourni par un pharmacien, sauf si le médecin indique que le médicament interchangeable ne peut être substitué.

FIN DE LA COUVERTURE

La couverture relative aux médicaments assurés prend fin à la retraite, à la cessation d'emploi de l'adhérent ou à 65 ans, selon la première éventualité.

DEMANDES DE RÈGLEMENT

Lorsque l'assuré présente la carte d'identité de Croix Bleue Medavie, le pharmacien s'occupe de facturer directement Croix Bleue Medavie.

SOINS DENTAIRES

En vertu de la garantie Soins dentaires, vous et vos personnes à charge êtes couverts pour une vaste gamme de soins dentaires, tels qu'énumérés ci-après. Les prestations sont basées sur les frais usuels et coutumiers, jusqu'à concurrence des montants prévus dans le guide de l'année courante des honoraires des dentistes spécialistes de l'Association dentaire applicable dans la province de résidence de l'assuré.

SOINS DE BASE

Pourcentage de remboursement : 100 % à l'exception des services d'endodontie et de parodontie qui sont remboursés à 70 %

Maximum : Le maximum combiné pour les soins de base et les soins de restauration majeure est de 1 000 \$ par assuré par année civile

Diagnostic – Examen buccal clinique (un examen de rappel par période de 12 mois consécutifs), tests et examens de laboratoire. Radiographies : série complète (incluant pellicule interproximale) ou pellicule panoramique (une par catégorie par période de 24 mois consécutifs), radiographies individuelles et pellicules céphalométriques (maximum de 5 par période de 24 mois consécutifs). Les pellicules occlusales, extra-orales et de l'articulation temporo-mandibulaire sont limitées à quatre par catégorie par période de 12 mois consécutifs.

Prévention - Nettoyage, polissage et traitements au fluorure (deux fois par période de 12 mois consécutifs), scellants des puits et fissures, appareils de maintien ainsi que leur entretien et réparations.

Restauration - Caries, traumatismes et contrôle de la douleur ; restaurations en amalgame (métal et composite) ; couronnes préfabriquées en acier inoxydable.

Chirurgie buccale - Extraction de dents ; soins pré et post-chirurgicaux.

Soins généraux - Traitement d'urgence de la douleur, anesthésie générale ainsi que sédation consciente.

Endodontie - Diagnostic et traitement de la pulpe (nerf) et des cavités qui la contiennent, traitements de canaux et traitements d'urgence.

Prosthodontie - Ajustement de prothèses amovibles (trois mois après la mise en place initiale), réparations et ajouts, ainsi qu'un seul rebasage ou regarnissage de la prothèse complète ou partielle inférieure et supérieure (en conservant le squelette existant) par période de 36 mois consécutifs; ablation, réparation et recimentation d'un pont fixe.

Parodontie - Diagnostic et traitement de maladies qui affectent les éléments de soutien de la dent, comme l'os alvéolaire et la gencive ; appareils parodontaux. Détartrage parodontal et surfaçage radiculaire, maximum combiné de 8 unités de temps par période de 12 mois consécutifs.

SOINS DENTAIRES

SOINS DE RESTAURATION MAJEURE

Pourcentage de remboursement : 70 %

Maximum : Le maximum combiné pour les soins de restauration majeure et les soins de base est de 1 000 \$ par assuré par année civile

Soins de restauration majeure – Couronnes et facettes, restauration d'incrustations.

Prosthodontie – Ponts fixes, prothèses complètes et prothèses partielles (le remplacement d'une prothèse dentaire ou d'un pont sera couvert à condition qu'une période de 5 ans se soit écoulée suite à la mise en place initiale et que la présente restauration ne puisse être réparée).

EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS DES GARANTIES DE SOINS DENTAIRES

Les frais ci-dessous sont exclus de la garantie Soins dentaires :

1. Le jumelage pour des raisons de parodontie, lorsqu'on utilise à cette fin des couronnes ou des incrustations, avec ou sans recouvrement de cuspidés.
2. Les facettes à des fins esthétiques.
3. Les soins dentaires par suite d'un accident ne font pas partie des garanties pour soins dentaires offertes.
4. Les services rendus par un hygiéniste dentaire mais qui ne sont pas administrés sous la supervision d'un dentiste.
5. Tout traitement ou appareil, directement ou indirectement relié à la restauration complète de la bouche, dans le but de corriger la dimension verticale.

PRESTATIONS PAYABLES POUR CEUX QUI ADHÈRENT AU RÉGIME EN RETARD

Si la demande d'adhésion relativement à la garantie Soins dentaires est faite plus de 31 jours après la date à laquelle l'employé ou la personne à charge sont devenus admissibles, certaines couvertures seront limitées au cours des 6 premiers mois de la protection et débiteront le 7^{ème} mois de la couverture. Cette disposition ne s'applique pas aux services de Soins de soins dentaires requis lorsque les dents naturelles sont endommagées par suite d'un coup direct et accidentel à la bouche subi par l'assuré après la date du début de sa couverture.

FIN DE LA COUVERTURE

La couverture relative aux soins dentaires prend fin à la cessation d'emploi ou au décès de l'adhérent, selon la première éventualité.

DEMANDES DE RÈGLEMENT

Les soins dentaires sont remboursés à l'employé. L'employé doit payer le fournisseur de services, se procurer un reçu officiel de paiement intégral et le faire parvenir à Croix Bleue Medavie en vue du traitement de la demande. Pour certains services, l'adhérent doit remplir un formulaire de demande de règlement et le joindre au reçu. Vous pouvez vous procurer un formulaire de demande de règlement chez votre employeur ou votre fournisseur de services, s'il y a lieu.

Pour soumettre une demande de règlement, veuillez remplir le formulaire de demande de règlement approprié.

Toute demande de règlement doit être présentée dans les 24 mois suivant réception du produit ou service ou la fin de la garantie Soins dentaires.

EXCLUSIONS ET LIMITES GÉNÉRALES

Croix Bleue Medavie ne couvre pas les dépenses suivantes :

1. Les examens médicaux ou les bilans généraux de routine requis par un tiers.
2. Les soins facultatifs obtenus à l'extérieur de la province de résidence de l'assuré.
3. Les frais qui n'auraient pas normalement été facturés si l'assuré n'était pas couvert en vertu du régime.
4. Tous produits ou services qui ne sont pas mentionnés dans le présent régime.
5. Les médications qui ne sont pas permises par les lois fédérales ou provinciales.
6. Les frais d'admission ou les surcharges qu'impose un hôpital pour un non résident.
7. Les soins rendus par un professionnel de la santé non autorisé.
8. Les frais pour rendez-vous manqués ou pour faire remplir des formulaires.
9. Les frais d'évaluation d'un programme de soins de santé.
10. Tous services et fournitures qui ne proviennent pas d'un fournisseur de soins de santé approuvé par Croix Bleue Medavie.
11. Les soins de convalescence, de garde ou de réadaptation, à moins d'indications contraires.
12. Les soins donnés pour des conditions qui ne sont pas nuisibles pour la santé.
13. Les soins qui ne sont pas médicalement nécessaires, qui sont rendus à des fins esthétiques ou qui excèdent les soins réguliers donnés conformément aux pratiques thérapeutiques courantes.
14. Les soins ou services que l'assuré reçoit ou est en droit de recevoir de la Commission des accidents du travail.
15. Les frais de kilométrage ou de livraison.
16. Les blessures et les maladies subies par l'assuré ayant participé activement aux activités suivantes ou qui s'y rattachent : un affrontement public, une émeute, une insurrection ou les blessures et les maladies subies durant une guerre.
17. Les blessures subies durant la perpétration ou la tentative de perpétration d'un acte criminel.
18. Les produits ou services de nature expérimentale ou exploratrice.
19. Les produits ou services qui ne sont pas médicalement nécessaires ou dont l'efficacité n'est pas démontrée.
20. Les services dont le gouvernement interdit le paiement.
21. Les services fournis sans frais ou normalement payés directement ou indirectement par l'employeur.
22. Les soins ou services pour lesquels l'adhérent ou ses personnes à charge reçoivent ou sont en droit de recevoir des indemnités d'un régime gouvernemental, de tout autre régime ou de toute autre façon provenant d'une entente.
23. Les soins requis à la suite de dommages corporels que l'assuré s'est infligés intentionnellement, ou d'une tentative de suicide, qu'il soit sain d'esprit ou non.

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX GARANTIES DE SOINS DE SANTÉ ET DE SOINS DENTAIRES

FIN DE LA COUVERTURE

La protection pour vous-même et les personnes à votre charge prendra fin à la première des éventualités suivantes :

- la date à laquelle le contrat prend fin;
- la date de votre cessation d'emploi;
- la date à laquelle vous cessez d'être admissible en raison de votre retraite, de votre décès;
- d'un congé autorisé, d'une limite d'âge, d'un changement de catégorie d'employés.

COORDINATION DES PRESTATIONS

Si des prestations similaires sont prévues dans plus d'une disposition du régime de protection-santé, toute demande de règlement sera évaluée de façon à offrir la prestation la plus avantageuse à l'adhérent.

Si vous êtes admissible à des protections semblables en vertu d'un autre régime d'assurance collective, le montant payable en vertu du présent régime, à l'exception de la Protection-voyage dans le monde entier, sera coordonné aux autres régimes d'assurance et ne pourra dépasser 100 % des dépenses admissibles. Lorsque les deux conjoints d'une famille détiennent une couverture en raison du régime de leur employeur, le premier payeur de chacune des demandes de règlement des conjoints correspondra à celui de leur régime respectif. Tout montant qui n'est pas payé par le premier payeur peut alors être soumis à des fins de considération au régime d'assurance du conjoint (le second payeur).

Les demandes de règlement pour les enfants à charge doivent d'abord être soumises au régime d'assurance du conjoint dont la date de naissance est le plus tôt dans l'année, et par la suite au régime de l'autre conjoint. Lorsque vous soumettez une demande de règlement à un second payeur, veuillez vous assurer d'inclure les détails de paiement provenant du premier payeur.

Le paiement des prestations sera coordonné avec tout autre régime ou contrat, conformément aux directives de l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes (ACCAP).

Les remboursements en vertu de la Protection-voyage dans le monde entier de la présente police sont limités aux frais admissibles en excédent de ceux couverts en vertu de toute autre police, tel qu'indiqué dans les Exclusions de la Protection-voyage dans le monde entier.

DROIT DE TRANSFORMATION

Si votre emploi prend fin, vous pouvez transformer votre régime en un régime individuel de protection-santé et de soins dentaires établi par la Croix Bleue à condition que la demande soit faite dans les 31 jours suivant la date de la cessation d'emploi. Cette option de transformation est offerte au conjoint survivant et aux personnes à charge une fois que la couverture de prestations aux survivants a pris fin.

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX GARANTIES DE SOINS DE SANTÉ ET DE SOINS DENTAIRE

PRESTATIONS AUX SURVIVANTS

En cas de décès de l'adhérent, les personnes à charge admissibles demeurent couvertes en vertu des garanties de soins de santé et de soins dentaires sans avoir à payer de primes. Ces protections prendront toutefois fin à la première des éventualités suivantes :

- la date à laquelle le contrat prend fin;
- vingt-quatre (24) mois après le décès de l'adhérent;
- la date de prise d'effet d'une assurance semblable auprès d'un autre assureur;
- le moment où les personnes à charge cessent d'être admissibles.

ASSURANCE VIE COLLECTIVE DE BASE ET FACULTATIVE

MONTANT DE L'ASSURANCE DE BASE

Méthode de calcul :	2 fois le salaire annuel
Protection maximale :	100 000 \$
Limite sans preuve d'assurabilité :	100 000 \$
Réduction de la protection :	Réduite de 5 000 \$ à l'âge de 65 ans

Tous les montants d'assurance sont arrondis au 1 000 \$ supérieur.

La protection prend fin à la retraite, à la cessation d'emploi de l'adhérent ou à 70 ans, selon la première éventualité.

MONTANT DE L'ASSURANCE FACULTATIVE

Vous pouvez, ainsi que votre conjoint, souscrire de l'assurance vie additionnelle, sous réserve d'une preuve d'assurabilité, par tranche de 10 000 \$ jusqu'à concurrence d'un maximum de 300 000 \$ par assuré. Les montants des couvertures d'assurance vie collective de base et facultative réunis ne peuvent excéder 1 000 000 \$.

Une preuve d'assurabilité est requise pour tous les montants d'assurance vie facultative.

La garantie prend fin à la retraite, à la cessation d'emploi ou à votre 65^e anniversaire, selon la première éventualité.

PRESTATION DE DÉCÈS

La prestation de décès prévoit le versement à votre bénéficiaire désigné du montant de votre assurance vie en vigueur au moment de votre décès.

ASSURANCE VIE FACULTATIVE

Le montant de l'assurance vie facultative vous sera versé si vous êtes vivant; sinon, il sera versé au dernier bénéficiaire ou bénéficiaires que vous avez désignés.

MALADIE EN PHASE TERMINALE

Un paiement anticipé peut être versé si vous souffrez d'une maladie qui ne vous laisse pas plus de 12 mois à vivre à compter de la date de votre demande. Une attestation médicale sera exigée. La demande doit être effectuée par écrit et la prestation sera équivalente au montant le moins élevé parmi les suivants : 50 000 \$ ou 50 % de votre couverture d'assurance vie collective de base. On déduira le montant de ce paiement du montant de votre assurance vie collective de base autrement payable lors de votre décès.

EXONÉRATION DES PRIMES

Si vous devenez totalement invalide avant votre 65^e anniversaire, et demeurez invalide pour une période de six mois consécutifs, la couverture d'assurance se poursuit sans paiement de la prime à partir du 1^{er} du mois suivant la date de l'invalidité, pourvu qu'une preuve d'invalidité totale et continue soit déposée tel que demandé. L'invalidité totale signifie un état d'incapacité en raison d'une blessure accidentelle ou d'une maladie vous empêchant de vous engager dans toute occupation pour laquelle vous êtes raisonnablement qualifié en vertu de votre éducation, formation ou expérience et l'incapacité d'effectuer un travail contre une rémunération ou un profit. Toutefois, si vous êtes en droit de recevoir des prestations d'assurance salaire de longue durée en vertu du présent régime, vous serez considéré comme étant totalement invalide aux fins de l'exonération des primes.

Dans l'éventualité où vous vous rétablissez et cessez d'être totalement invalide mais, par la suite, vous redevenez invalide à nouveau pour la même cause ou pour une cause connexe, la deuxième période d'invalidité sera considérée comme une suite de la première invalidité; à moins que les périodes d'invalidité soient séparées par un intervalle d'au moins six mois durant lequel vous êtes retourné travailler de façon permanente.

Si la période d'invalidité totale est considérée comme une suite de la période d'invalidité totale précédente, les primes seront exonérées sans la mise en application d'une autre période de six mois d'invalidité totale.

MAINTIEN DE LA PROTECTION

Advenant votre décès dans les 31 jours suivant votre cessation d'emploi, les prestations d'assurance vie collective seront versées à votre bénéficiaire désigné, pourvu qu'il y ait renonciation à toute police d'assurance vie individuelle émise en vertu du droit de transformation.

DROIT DE TRANSFORMATION

Si votre assurance vie collective de base ou facultative prend fin à votre 65^e anniversaire, ou avant, en raison de votre retraite, de votre cessation d'emploi ou de la résiliation de votre statut de membre d'une catégorie d'employés admissibles à l'assurance en vertu du présent régime, vous pouvez alors souscrire de l'assurance vie individuelle du type offert à ce moment-là par La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada, d'un montant ne dépassant pas 200 000 \$.

Si vous quittez votre emploi avant votre 65^e anniversaire, vous pouvez opter pour une police individuelle émise par l'assureur sans justification d'assurabilité. Une demande d'adhésion écrite doit être faite auprès de l'assureur et la prime requise doit lui être versée dans les 31 jours suivant immédiatement la date de cessation d'emploi.

Cette option ne s'applique pas aux réductions échelonnées ou aux résiliations de couverture qui deviennent effectives à un âge déterminé.

Un droit de transformation limité existe lors de la résiliation du contrat d'assurance collective, conformément aux directives du Surintendant des Institutions Financières. Si le contrat d'assurance vie collective n'est pas remplacé, tous les employés couverts pour une période d'au moins cinq (5) années consécutives peuvent transformer leur couverture d'assurance vie de la même façon qu'un employé qui cesse de travailler.

ASSURANCE VIE COLLECTIVE DE BASE ET FACULTATIVE

DROIT DE TRANSFORMATION (suite)

Si l'assurance vie de votre conjoint en vertu de cette garantie prend fin à son 65^e anniversaire, ou avant, pour les raisons suivantes :

- le décès de l'adhérent;
- la résiliation de l'assurance vie collective de l'adhérent pour toute raison qui permet à l'adhérent de transformer son assurance vie; ou
- le divorce ou la séparation légale d'avec l'adhérent.

Le conjoint peut alors souscrire une assurance vie individuelle auprès de l'assureur ne dépassant pas le montant de l'assurance vie collective facultative qui prend fin à l'égard du conjoint.

LIMITE DE LA COUVERTURE

Advenant votre décès ou celui de votre conjoint par suicide, que vous ou votre conjoint ayez été ou non sains d'esprit, le paiement de tout montant d'assurance vie collective facultative ayant été en vigueur depuis moins de deux (2) années consécutives durant votre vie, ou celle de votre conjoint, se limitera au remboursement des primes. Cette exclusion s'applique à votre couverture d'assurance vie collective facultative ainsi qu'à celle de votre conjoint.

FIN DE LA COUVERTURE

L'assurance vie collective prend fin à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle vous cessez d'être admissible à l'assurance vie collective;
- la date de résiliation de la présente assurance;
- la date à laquelle vous atteignez la limite d'âge en vertu de ce régime;
- la fin du délai de grâce pour lequel toute prime n'a pas été payée en entier.

L'assurance vie collective facultative de vos personnes à charge prend fin à la date à laquelle une telle personne ne répond plus à la définition d'une personne à charge ou à son 65^e anniversaire.

DEMANDES DE RÈGLEMENT

Les demandes de règlement d'assurance vie doivent être effectuées dès que possible. Le formulaire de demande de règlement applicable est disponible auprès de l'employeur.

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DE BASE ET FACULTATIVE

MONTANT DE L'ASSURANCE DE BASE

Le montant principal est équivalent au montant de l'assurance vie collective de base.

Réduction de la protection : 50 % à l'âge de 65 ans

Les prestations prennent fin à la retraite, à la cessation d'emploi de l'adhérent ou à l'âge de 70 ans.

MONTANT DE L'ASSURANCE FACULTATIVE

Une protection additionnelle vous est offerte, ainsi qu'à votre conjoint, par tranche de 10 000 \$, jusqu'à concurrence de 300 000 \$ par assuré. Le montant maximum global d'assurance décès et mutilation accidentels de base et d'assurance décès et mutilation accidentels facultative ne peut excéder 1 000 000 \$. Vous devez souscrire un montant équivalent d'assurance vie facultative.

La protection familiale est établie comme suit :

- Le conjoint est assuré à 40 % du montant auquel vous avez souscrit, alors que chaque enfant à charge est assuré à 5 % de ce montant.
- En l'absence d'enfant à charge, le conjoint est assuré à 50 % du montant auquel vous avez souscrit.
- En l'absence de conjoint, chaque enfant à charge est assuré à 10 % du montant auquel vous avez souscrit.

La garantie prend fin à la retraite, à la cessation d'emploi ou à votre 65^e anniversaire, selon la première éventualité.

Advenant une des pertes décrites ci-dessous dans les 365 jours suivant la date de l'accident, la prestation payable sera équivalente au pourcentage prévu ci-dessous du capital assuré pour lequel vous, ou vos personnes à charge admissibles, êtes assuré à la date de l'accident. Le montant maximal payable pour toutes les pertes résultant d'un seul et même accident ne peut dépasser 100 % du montant de l'assurance, à l'exception des cas de quadriplégie, de paraplégie et d'hémiplégie, pour lesquels la prestation est de 200 %. Un seul montant, le plus élevé des montants applicables, est payable pour les blessures subies sur un même membre et résultant d'un seul et même accident :

Perte de la vie	100 %
Perte ou perte de l'usage des deux mains ou des deux pieds	100 %
Perte ou perte de l'usage d'une main et d'un pied	100 %
Perte totale de la vue des deux yeux	100 %
Perte d'une main et perte totale de la vue d'un œil	100 %
Perte d'un pied et perte totale de la vue d'un œil	100 %
Perte ou perte de l'usage des deux bras ou des deux jambes	100 %
Perte ou perte de l'usage d'un bras et d'une jambe	100 %
Perte de la parole et de l'ouïe	100 %
Quadriplégie	200 %
Paraplégie	200 %
Hémiplégie	200 %
Perte ou perte de l'usage d'un bras ou d'une jambe	75 %
Perte ou perte de l'usage d'une main ou d'un pied	66 2/3 %
Perte totale de la vue d'un œil	66 2/3 %
Perte de la parole ou de l'ouïe	50 %
Perte du pouce et de l'index de la même main	33 1/3 %
Perte de quatre doigts de la même main	33 1/3 %
Perte de l'ouïe d'une oreille	16 2/3 %
Perte de tous les orteils d'un pied	12 1/2 %

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DE BASE ET FACULTATIVE

MONTANT DE L'ASSURANCE FACULTATIVE (suite)

Exposition - Une perte attribuable à l'exposition inévitable aux éléments de la nature est couverte.

Disparition - Destruction accidentelle, le naufrage ou la disparition du transporteur sont considérés une perte de vie si le corps n'est pas retrouvé dans les 365 jours suivant la date du sinistre.

Prestation en cas de coma - 1 % du capital assuré est payable en prestation mensuelle, après 31 jours consécutifs de perte de conscience complète et totale attribuable à une blessure accidentelle.

Retour de la dépouille - Remboursement maximum de 7 500 \$ pour les frais d'inhumation si le décès survient à plus de 150 kilomètres de la résidence du défunt.

Réadaptation - Remboursement maximum de 5 000 \$ pour les frais de réadaptation spécialisée.

Formation professionnelle du conjoint - Remboursement maximum de 5 000 \$ pour les frais de formation professionnelle du conjoint dans les trois années suivant votre décès.

Frais d'études - Le montant le moins élevé parmi les suivants : 5 % de votre capital-décès, ou 5 000 \$ par année, pour chaque enfant à charge étudiant dans un établissement d'enseignement postsecondaire, pendant un maximum de cinq années ou jusqu'à l'âge de 25 ans inclusivement, selon la première éventualité.

Indemnité de voyage pour la famille - Remboursement maximum de 1 500 \$ de frais de transport pour permettre aux membres de la famille de se rendre à votre chevet, à condition d'être hospitalisé pendant au moins quatre jours, et que cet hôpital se trouve à au moins 150 kilomètres de votre domicile.

Décès simultanés - Un montant équivalant à celui du capital-décès sur votre vie sera versé à votre conjoint assuré si le décès est survenu au cours du même accident (applicable à la garantie facultative seulement).

Protection familiale complémentaire - En vertu de cette garantie, la protection pour votre conjoint et vos personnes à charge assurés se poursuivra sans avoir à verser de primes au cours d'une période de six (6) mois à la suite de votre décès (applicable à l'assurance décès et mutilation accidentels facultative seulement).

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DE BASE ET FACULTATIVE

EXCLUSIONS ET LIMITES

Aucune prestation n'est payable si une invalidité, une maladie, des blessures ou un accident ont été subies durant la perpétration ou la participation à la perpétration d'un acte criminel, que des chefs d'accusation ou une sentence aient été rendus ou non.

Aucune prestation n'est payable pour une perte causée, directement ou indirectement, en tout ou en partie, par une ou plusieurs des causes suivantes :

1. Une blessure que l'assuré s'est infligée délibérément, un suicide ou une tentative de suicide, qu'il ait été sain d'esprit ou non.
2. Une insurrection, une guerre, déclarée ou non, un acte hostile de la part des forces armées de tout pays ou la participation à une émeute ou à un soulèvement populaire.
3. La conduite d'un véhicule alors que le taux d'alcool dans le sang de l'assuré est supérieur à la limite permise par la juridiction où l'accident est survenu. (Véhicule signifie tout moyen de transport tiré, propulsé ou conduit par n'importe quel moyen et comprend entre autres, l'automobile, le camion, la motocyclette, le cyclomoteur, la bicyclette, la motoneige ou le bateau.)
4. Toute maladie, affection, ou traitement médical ou chirurgical en raison de celles-ci, autre que l'infection ou le traitement d'une infection septicémique à la suite d'une blessure accidentelle.
5. Un vol à bord de toute espèce d'aéronef, y compris la descente, si vous ou votre conjoint assuré :
 - êtes membre de l'équipage;
 - avez quelque fonction rattachée au vol, à l'entretien, aux essais ou à la vérification de l'aéronef; ou
 - êtes à bord de l'aéronef en qualité d'instructeur ou de professeur.

BARÈME DES RÉDUCTIONS

Le barème des réductions correspond à celui qui s'applique à l'assurance vie collective de base.

PRESTATIONS GLOBALES

Les prestations des clauses suivantes sont payables en vertu de la garantie de base ou facultative, et non pour les deux :

- Retour de la dépouille - montant global de 7 500 \$
- Réadaptation - montant global de 5 000 \$
- Formation professionnelle du conjoint - montant global de 5 000 \$
- Frais d'études - montant global de 5 000 \$
- Indemnité de voyage pour la famille - montant global de 1 500 \$

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DE BASE ET FACULTATIVE

FIN DE LA COUVERTURE

La garantie d'assurance décès et mutilation accidentels de base prend fin à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle vous cessez d'être admissible à l'assurance vie collective;
- la date de résiliation de la présente assurance;
- la date à laquelle vous prenez votre retraite ou vous atteignez la limite d'âge, selon la première échéance; ou
- la date à laquelle vous cessez de payer les primes de cette garantie.

L'assurance décès et mutilation accidentels facultative de tous les assurés prend fin à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle vous cessez d'être admissible à l'assurance vie collective;
- la date à laquelle vous prenez votre retraite ou atteignez l'âge de 65 ans, selon la première éventualité; ou
- la date à laquelle vous cessez de payer les primes de cette garantie.

La garantie d'assurance décès et mutilation accidentels facultative sur la vie de vos personnes à charge prend fin à la date à laquelle une telle personne décède ou cesse d'être une personne à charge admissible, ou le jour auquel elle atteint l'âge de 65 ans.

EXONÉRATION DES PRIMES

Lorsque les primes de l'assurance vie collective de base sont exonérées en raison de l'invalidité totale de l'adhérent, les primes d'assurance décès ou mutilation accidentels en vigueur à la date de l'invalidité sont également exonérées pendant la période d'indemnisation. Cependant, la résiliation du contrat mettra fin à l'exonération des primes.

DROIT DE TRANSFORMATION

Si votre assurance décès ou mutilation accidentels de base ou facultative prend fin à votre 65^e anniversaire, ou avant, en raison de votre cessation d'emploi ou de votre retrait de la catégorie d'employés admissibles à l'assurance en vertu du présent régime, vous pouvez alors souscrire une assurance décès ou mutilation accidentels individuelle, pour vous-même ou pour votre conjoint assuré, du type offert à ce moment-là par La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada, d'un montant ne dépassant pas 200 000 \$.

DEMANDES DE RÈGLEMENT

Si vous êtes victime d'un sinistre autre qu'un décès, vous devez faire parvenir une demande de règlement à La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada dans l'année qui suit le sinistre.

Advenant un décès, la demande de règlement doit être soumise le plus tôt possible.

Le formulaire de demande de règlement applicable est disponible auprès de l'employeur.

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

MONTANT DE L'ASSURANCE

Méthode de calcul :	60 % du revenu mensuel
Protection maximale :	2 500 \$ \$ par mois
Limite sans preuve d'assurabilité :	2 500 \$
Délai de carence :	119 jours
Période des prestations :	jusqu'à 65 ans
Indexation au coût de la vie :	Ajustement IPC, jusqu'à concurrence de 3 % (indexation au coût de la vie)

Les prestations reçues sont non imposables.

La garantie prend fin à la retraite, à la cessation d'emploi de l'adhérent ou à 65 ans. La protection des employés actifs prend fin à leur 65^e anniversaire, moins le délai de carence.

Les régimes d'assurance salaire de longue durée (ILD) sont élaborés de manière à vous procurer un revenu mensuel si vous faites face à des pertes de revenu pendant une période d'invalidité de longue durée ou permanente.

INVALIDITÉ

Pour être admissible à cette couverture, vous devez être sous les soins continus d'un médecin. On entend par invalidité totale :

- a) l'état d'incapacité totale et continue, résultant d'une maladie ou d'un accident, qui empêche l'adhérent, pendant le délai de carence et la période de 60 mois qui suit immédiatement la fin du délai de carence, d'accomplir les tâches régulières de son propre emploi et;
- b) par la suite, « invalidité totale » désigne l'état d'incapacité totale et continue, résultant d'une maladie ou d'un accident, qui empêche l'adhérent d'accomplir les tâches régulières de toute occupation :
 - qui lui permettrait de gagner au moins 60 % de son revenu avant le début de l'invalidité totale et;
 - qu'il est raisonnablement apte à exercer (ou pourrait le devenir) de par sa formation, son éducation et son expérience.

Les fonctions habituelles sont les activités rattachées à votre emploi qui sont jugées essentielles à votre rendement et auxquelles vous consacrez, toute proportion gardée, la majeure partie de votre temps.

La disponibilité de l'occupation, de l'emploi ou du travail ne sera pas prise en considération lors de l'analyse de l'invalidité.

La perte d'un permis, d'une licence ou d'un certificat de qualification professionnelle ne constitue pas, en soi, une invalidité.

INVALIDITÉ PARTIELLE

Pour être considéré partiellement invalide, vous devez d'abord avoir été jugé comme étant totalement invalide au cours du délai de carence. À la suite du délai de carence, si vous êtes seulement apte à retourner au travail de façon réduite, l'assureur appliquera les dispositions régulières conformément à la présente garantie.

INDEXATION AU COÛT DE LA VIE

Le montant de la prestation mensuelle versée à un adhérent totalement invalide doit être majoré à chaque mois de janvier au cours de la période de prestations, selon le calcul suivant :

1. le montant de l'augmentation est calculé en se servant du rapport obtenu en divisant l'indice moyen des prix à la consommation pour le Canada pour la période de 12 mois consécutifs se terminant le 31 octobre de l'année précédente par celui de la période correspondante de l'année qui précédait celle-ci.
2. Le rapport établi au paragraphe 1 peut être majoré de façon à ce qu'il ne soit pas inférieur à 1,0 et qu'il n'excède pas le facteur d'indexation au coût de la vie prévu sous la disposition « montant de l'assurance » de la présente garantie.
3. La prestation indexée payable à compter du mois de janvier est égale à la prestation mensuelle nette qui aurait été versée à l'adhérent, multipliée par le rapport (arrondi à la troisième décimale) calculé au paragraphe 2 ci-dessus.
4. Le montant maximal de prestation prévu sous la disposition « montant de l'assurance » ne doit pas influencer sur l'indexation au coût de la vie établie conformément à la présente section.
5. Toutes les limites relatives aux sources de revenu spécifiées à la disposition « intégration des prestations » de la présente garantie, seront calculées en faisant abstraction de la présente disposition relative à l'indexation au coût de la vie.

Il est prévu, par la présente, qu'advenant un changement à la période ou au contenu en fonction desquels l'indice moyen des prix à la consommation pour le Canada est établi, que :

1. toute indexation jusqu'à la date du changement sera calculée en se basant sur les données en vigueur immédiatement avant le changement, et
2. à la date du changement ou après cette date, toute indexation sera calculée en se basant sur les nouvelles données.

Si Statistiques Canada devait cesser de publier, sur une base mensuelle, l'indice des prix à la consommation pour le Canada, l'assureur choisira alors un indice pertinent susceptible de remplacer cet indice aux fins de la présente disposition.

RECHUTE

Toutes les périodes successives d'invalidité totale survenant au cours de la garantie seront considérées comme une seule et même période d'invalidité totale, à condition que l'invalidité subséquente provienne de raisons identiques ou reliées à la demande de prestations d'assurance salaire de longue durée approuvée au préalable par La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada et, à la condition que les intervalles d'invalidité totale n'aient pas été interrompues par une période supérieure à six mois.

Si vous retournez au travail chez un nouvel employeur et que vous n'avez plus de protection d'assurance salaire, vous pouvez être admissible à des prestations d'assurance salaire si ce nouvel emploi fait partie d'un programme de retour au travail approuvé au préalable par La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada. Votre demande de règlement ne peut être approuvée par aucun autre régime et, vous devez être atteint d'invalidité totale pour des raisons identiques ou reliées à la cause précédente, et ce, dans les six mois après être retourné au travail de façon active.

DÉLAI DE CARENCE

Le délai de carence désigne la période constituée par les premières journées consécutives d'une invalidité totale pour lesquelles aucune prestation en vertu de la présente garantie n'est payable.

Lorsque l'invalidité totale ne s'avère pas continue, les jours pendant lesquels vous êtes jugé totalement invalide peuvent être cumulés pour satisfaire au délai de carence, à condition que la protection demeure en vigueur au cours du cumul du délai, qu'il n'y ait pas d'interruption de plus de 30 jours, que l'invalidité provienne de raisons identiques ou reliées à l'invalidité précédente et que chaque période d'invalidité totale ait été complétée dans les 365 jours après le début du délai de carence, ou tel qu'approuvé au préalable par Croix Bleue Vie si la période est plus longue.

CONDITIONS PRÉEXISTANTES (3-6-12)

On entend par conditions préexistantes une maladie ou une blessure que vous avez subie et pour laquelle vous avez reçu un traitement médical, une consultation, des soins ou des services (incluant des mesures diagnostiques) ou pour laquelle des médicaments lui ont été prescrits, au cours des trois (3) mois précédant immédiatement la date d'entrée en vigueur de la garantie d'assurance salaire de longue durée.

Les prestations d'assurance salaire de longue durée ne sont pas payables à la suite d'une invalidité provenant d'une condition préexistante, sous réserve des dispositions suivantes :

- vous n'avez pas reçu de traitement médical, de consultation, de soins ni de services (incluant des mesures diagnostiques), ni de médicaments prescrits, au cours de toute période de 6 mois consécutifs durant la période de 15 mois commençant 3 mois avant la date d'effet de votre assurance salaire de longue durée et se terminant 12 mois après cette date; ou
- l'invalidité survient après 12 mois de travail consécutifs à partir de la date d'effet de votre assurance salaire de longue durée.

INTÉGRATION DES PRESTATIONS

Régime de réduction directe

Les prestations mensuelles seront intégrées aux autres revenus auxquels vous avez droit en raison de votre invalidité en cours. L'intégration des prestations est appliquée de la façon suivante :

1. Le montant des prestations mensuelles payable par le régime ILD est réduit directement de tout montant versé en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime des rentes du Québec (prestations primaires seulement), de la Loi sur les accidents du travail et des « revenus provenant de toute autre source ». Les « revenus provenant de toute autre source » comprennent les suivants :
 - les prestations d'invalidité offertes en vertu de n'importe quel autre programme gouvernemental, à l'exclusion des prestations secondaires en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime des rentes du Québec;
 - les prestations de retraite fournies par un régime de l'employeur ou un programme gouvernemental;
 - le revenu ou les prestations payables en vertu de tout régime collectif offert par l'employeur ou par l'intermédiaire de celui-ci;
 - le revenu ou les prestations payables en vertu d'un régime provenant d'une association, d'un syndicat ou d'un organisme sans but lucratif dont vous êtes membre;
 - les prestations de remplacement du revenu payables en vertu d'un régime d'assurance-automobile, lorsque telle réduction n'est pas interdite par la loi;
 - la rémunération payable par un employeur ou provenant d'un travail autonome, mais excluant 50 % du revenu reçu en vertu d'un programme de réadaptation approuvé.
2. Si nécessaire, le montant des prestations ILD déterminé ci-dessus en 1. est réduit davantage de sorte que le montant total des indemnités mensuelles, y compris toutes les sommes des revenus précités en 1. ne dépasse pas 85 % du revenu précédant la période d'invalidité.

Au cours d'un programme de réadaptation approuvé, le montant du revenu mensuel tel que défini précédemment, sera ultérieurement réduit, si nécessaire, de manière à ce que ce montant, en incluant les revenus provenant de toutes les autres sources de revenus mentionnées précédemment en 1., y compris 100 % des gains reçus en vertu d'un programme de réadaptation ne dépasse pas 100 % de gains bruts des revenus précédant la période d'invalidité.

Gel du Régime de pensions du Canada/Régie des rentes du Québec

Une fois que la réduction initiale du RPC/RRQ a été établie pour une demande de règlement d'assurance salaire de longue durée, elle ne sera pas modifiée en raison des ajustements au coût de la vie effectués sur les paiements du RPC/RRQ.

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

EXCLUSIONS ET LIMITES

Aucune prestation ne sera versée à la suite d'une maladie ou d'une blessure subies lors de la participation ou de l'implication quelconque de l'assuré dans une activité criminelle, qu'il y ait ou non un chef d'accusation ou une déclaration de culpabilité.

Aucune prestation d'assurance salaire de longue durée n'est payable pour l'une des raisons suivantes :

1. Une période d'invalidité au cours de laquelle vous ne recevez pas de soins appropriés de la part d'un médecin, soit un spécialiste autorisé ou un professionnel de la santé du domaine médical qui correspond à votre état.
2. Une période de temps au cours de laquelle vous ne recevez pas de traitements ou ne participez pas à un programme de réadaptation qui, selon l'avis de l'assureur, est jugé approprié.
3. Une période au cours de laquelle vous êtes emprisonné.
4. Une invalidité qui résulte directement ou indirectement d'une blessure ou d'une maladie volontaire, que vous ayez été ou non sain d'esprit.
5. Une invalidité causée par une insurrection, une guerre, déclarée ou non, un acte hostile de la part des forces armées de tout pays ou la participation à une émeute ou à un soulèvement populaire.
6. Une invalidité durant l'une des périodes suivantes, la plus longue de ces périodes étant prise en considération :
 - le congé de maternité que vous prenez conformément à une loi provinciale ou fédérale, ou conformément à une entente mutuelle entre l'employeur et vous;
 - période durant laquelle les prestations d'assurance-emploi de maternité sont versées ou seraient versées si vous étiez admissible.

EXONÉRATION DES PRIMES

Si vous êtes totalement invalide et êtes admissible aux prestations d'assurance salaire de longue durée, toute prime à verser en vertu de la présente garantie sera exonérée à partir du premier mois civil complet suivant le délai de carence. L'exonération des primes sera en vigueur jusqu'à ce que vous retourniez activement au travail de façon permanente ou ne soyez plus admissible aux prestations.

DEMANDES DE RÈGLEMENT

Pour soumettre une demande de prestations d'assurance salaire de longue durée, veuillez remplir le formulaire applicable en vous adressant à votre employeur.

La demande de règlement doit être effectuée par écrit et parvenir chez l'assureur à la première des dates suivantes :

- 90 jours suivant immédiatement la fin du délai de carence; ou
- six (6) mois suivant la résiliation de la garantie d'assurance salaire de longue durée.

RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS

EMPLOYÉS ADMISSIBLES

Pour être admissible à l'assurance collective, vous devez être employé de façon permanente, résider au Canada, être couvert par le régime gouvernemental d'assurance-maladie de votre province, être activement au travail et travailler au moins 20 heures par semaine, et ce, de façon régulière. La date de début de la couverture est déterminée par l'administrateur du régime.

Les employés doivent adhérer au régime en remplissant un formulaire de demande d'adhésion dans les 31 jours suivant le délai d'admission. La protection entre en vigueur à la date d'admissibilité sauf lorsque : a) l'employé n'est pas activement au travail le jour de la prise d'effet ou b) la demande est présentée après le délai d'adhésion de 31 jours.

Si vous n'êtes pas activement au travail le jour où vous auriez normalement été admissible à la protection, l'entrée en vigueur du régime sera reportée à la date à laquelle vous retournerez au travail à temps plein.

PERSONNES À CHARGE ADMISSIBLES

On entend par « personnes à charge » votre conjoint (satisfaisant la définition ci-dessous), ainsi que les enfants non mariés et sans emploi à votre charge, y compris vos enfants naturels, vos enfants adoptifs ou les enfants de votre conjoint. Les enfants de votre conjoint de fait sont couverts pourvu qu'ils vivent avec vous. Toutes les personnes à charge doivent résider au Canada et être admissibles aux prestations en vertu du régime provincial d'assurance-maladie de la province de résidence pour pouvoir être admissibles à la protection.

On entend par « conjoint » une personne du sexe opposé ou du même sexe qui est légalement mariée à l'adhérent ou qui réside avec lui de façon continue depuis au moins une année entière dans une situation assimilable à une union conjugale (conjoint de fait). En cas de divorce, de séparation légale ou de cessation de la cohabitation (état de conjoint de fait), le Souscripteur peut choisir de conserver la couverture de son ancien conjoint ou de demander à Croix Bleue Medavie d'annuler la couverture du conjoint. Croix Bleue Medavie n'assurera en aucun cas plus d'un conjoint en vertu d'un même régime.

Les enfants à charge sont admissibles à la protection s'ils sont âgés de moins de 21 ans; s'ils sont âgés de 21 ans mais de moins de 26 ans, ils doivent fréquenter à temps plein un établissement scolaire reconnu, un collège ou une université.

Les enfants non mariés, sans emploi et âgés de 21 ans ou plus ont qualité de personne à charge si leur dépendance envers l'adhérent est due à une déficience physique ou mentale, pourvu que cet état ait été présent de façon continue depuis leur 21^e anniversaire de naissance. Sont également considérés comme personnes à charge, les enfants non mariés et sans emploi dont l'invalidité totale a débuté avant leur 26^e anniversaire pendant qu'ils étudiaient à temps plein dans un établissement scolaire reconnu, un collège ou une université et si l'invalidité est présente de façon continue depuis ce temps.

RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS

PERSONNES À CHARGE ADMISSIBLES (suite)

La protection pour les personnes à charge admissibles prend effet le même jour que votre couverture; si des personnes à charge s'ajoutent plus tard, la protection à leur égard prend effet dès qu'elles deviennent admissibles, pourvu qu'une demande d'adhésion ait été présentée au cours du délai d'adhésion de 31 jours. Si aucune demande d'adhésion n'a été remplie au cours de cette période de 31 jours, il est possible qu'une déclaration de santé à l'égard de ces personnes à charge doit être présentée et approuvée avant la prise d'effet de la protection.

DÉCLARATION DE SANTÉ

La déclaration de bonne santé n'est pas requise si la demande est présentée dans les 31 jours à partir de la date où, pour la première fois, la personne devient admissible. Si la demande d'adhésion n'est pas faite au cours de ce délai d'adhésion, un certificat de santé peut être demandé pour l'employé et ses personnes à charge, s'il y a lieu, avant la prise d'effet de la protection.

La déclaration de santé peut être requise dans certaines autres situations avant que la couverture ne soit approuvée. Vous devrez assumer les frais relatifs à l'obtention d'une déclaration de bonne santé si vous ou votre personne à votre charge ne présentez pas de demande d'adhésion dans le délai de 31 jours à partir de la date d'admissibilité.

CLAUSE DU TRAITEMENT ÉQUIVALENT

En présence de plusieurs formes de traitements ou d'un traitement équivalent, Croix Bleue Medavie, en consultation avec ses consultants médicaux, se réserve le droit de rembourser le coût des produits et services admissibles selon une méthode ou un produit équivalent et à moindre coût, lorsque jugé approprié et conforme à une saine gestion de la santé.

SITE DES ADHÉRENTS

DIRECTIVES AUX ADHÉRENTS

Croix Bleue Medavie cherche continuellement à mettre au point sa technologie du Web pour mieux répondre aux besoins de ses clients. Une telle innovation, le site des adhérents, vous aidera à mieux comprendre, gérer et coordonner votre régime d'assurance.

Le site des adhérents est convivial et offre un environnement sécuritaire. Dorénavant, d'un simple clic, vous pouvez obtenir des renseignements généraux au sujet de votre régime, visualiser vos demandes de règlement et l'historique des remboursements, ou imprimer des formulaires de demande de règlement. Le site des adhérents est accessible 24 heures par jour, sept jours par semaine, à partir de la maison ou du travail; vous n'avez besoin que d'une connexion Internet. Le site des adhérents vous simplifie réellement la vie.

SITE DES ADHÉRENTS

Le site des adhérents vous offre différentes options.

Demandes au sujet de la couverture : Des renseignements détaillés sur le régime de Croix Bleue Medavie de l'adhérent

Formulaires : Les versions imprimables des formulaires de demande de règlement de Croix Bleue Medavie

Information sur les adhérents

Les adhérents peuvent :

- visualiser ou mettre à jour leur adresse (lorsque l'accès est disponible)
- demander de nouvelles cartes d'identification
- ajouter ou mettre à jour l'information bancaire pour le dépôt direct des remboursements des demandes de règlement (s'il y a lieu)

Relevés des adhérents

Les adhérents peuvent :

- visualiser l'historique de leurs demandes de règlement et celui de leurs personnes à charge
- visualiser des relevés de paiement envoyés à l'adhérent ou au fournisseur de service
- visualiser le compte gestion santé (s'il y a lieu)

Soumettre des demandes de règlement électroniquement.

PREMIÈRE VISITE DU SITE DES ADHÉRENTS

Pour vous inscrire sur le site des adhérents, ouvrez une session sur le site Internet de Croix Bleue au **www.cbmedavie.ca**.

Veuillez vous assurer de prendre en note votre mot de passe pour consultation future.

REMARQUE

Pour des raisons de sécurité, l'accès au site des adhérents est limité aux adhérents du régime seulement.

Nous sommes impatients de vous aider à profiter de notre technologie en ligne. Pour obtenir de plus amples renseignements sur le site des adhérents ou pour toute question au sujet de votre régime d'assurance de Croix Bleue Medavie, veuillez communiquer avec notre Service à la clientèle en composant le numéro sans frais indiqué au verso de votre carte d'identification ou en envoyant un courriel à information@medavie.croixbleue.ca.

COORDONNÉES DE CROIX BLEUE MEDAVIE

Pour de plus amples informations sur votre couverture collective ou sur le site des adhérents, veuillez communiquer avec notre Service à la clientèle aux numéros sans frais suivants :

Provinces du Canada atlantique : 1-800-667-4511

Ontario : 1-800-355-9133

Québec : 1-888-588-1212

National : 1-888-873-9200

Ayez en main votre numéro de régime collectif et votre numéro d'identification lorsque vous appelez pour des questions concernant votre couverture.

Pour toute question, vous pouvez également envoyer un courriel à **contact@medavie.croixbleue.ca**, ou visiter notre site Internet au **www.cbmedavie.ca**.

SE CONNECTER À CROIX BLEUE

Aimez notre page Facebook à **facebook.com/CroixBleueMedavie**

Suivez-nous sur Twitter à **@CBMedavie**

Ma Bonne Santé^{MD}

Ma Bonne Santé est un portail Web sécurisé et interactif qui offre de précieux renseignements sur la santé, ainsi que des outils pour prendre soin de votre santé. Vous pouvez créer votre propre profil de santé et l'utiliser pour vous fixer des objectifs personnels grâce aux ressources de Ma Bonne Santé.

Croix Bleue est fière de vous aider à cheminer vers une vie en santé.

Visitez **cbmedavie.mabonnesante.ca** et suivez simplement les instructions pour vous y inscrire gratuitement!



Des rabais sont offerts aux assurés de Croix Bleue à travers le Canada. Pour bénéficier des rabais, présentez votre carte d'identification Croix Bleue et mentionnez **Avantage Bleu** à tout fournisseur participant. Une liste des fournisseurs participants et des rabais est disponible au **www.avantagebleu.ca**.

COMMENT SOUMETTRE UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT

COMMENT SE PROCURER UN FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT

Vous pouvez vous procurer les formulaires de demande de règlement relatifs aux **garanties soins de santé** de l'une des façons suivantes :

- sur le site des adhérents;
- à l'un de nos bureaux Paiement express®;
- auprès de votre administrateur de régime collectif; ou
- auprès de notre Service à la clientèle au numéro sans frais indiqué à la fin de la brochure.

Vous pouvez vous procurer les formulaires de demande de règlement pour les garanties vie, décès et mutilation par accident ou invalidité auprès de votre administrateur de régime collectif.

COMMENT SOUMETTRE UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT

Croix Bleue offre plusieurs options pratiques pour soumettre rapidement et efficacement vos demandes de règlement pour les garanties soins de santé :

- En adhérant au système de soumission électronique de Croix Bleue, les fournisseurs approuvés peuvent soumettre instantanément les demandes de règlement au moment de l'achat. Vous n'avez donc pas besoin de soumettre vous-même votre demande à Croix Bleue et vous n'avez donc qu'à déboursier le montant non couvert en vertu du régime.;
- Demandes de règlement électroniques au moyen de notre site des adhérents sécurisé;
- Application mobile (Visitez www.cbmedavie.ca/application pour obtenir plus d'information ou pour télécharger l'application.);
- Visitez l'un de nos bureaux Paiement express® ou poster votre formulaire de demande de règlement dûment rempli au bureau de Croix Bleue le plus proche. Pour localiser le bureau de Croix Bleue ou de Paiement express le plus proche de chez vous, veuillez visiter notre site Internet à www.cbmedavie.ca.

Vous pouvez soumettre vos demandes de règlement pour les **garanties vie, décès et mutilation par accident ou invalidité** à Croix Bleue :

- en les envoyant par la poste, par télécopieur ou par numérisation à l'adresse indiquée sur le formulaire de demande de règlement applicable;
- en déposant le formulaire à l'un de nos bureaux Paiement express; ou
- en les donnant à votre administrateur de régime collectif.