

Kiewit Canadian Staff Employees

Numéro de police : G0081151

Numéro du document du régime : G0028627

Numéro du document du régime : G0075891

Catégorie : Tous les salariés

Nom du salarié : _____

Numéro du certificat : _____

Votre régime de garanties collectives

Date d'effet de la police (G0081151) : le 01 octobre 2010

Date d'effet du document du régime (G0028627) : le 01 février 2003

Date d'effet du document du régime (G0075891) : le 01 octobre 2008

Le présent livret des garanties a été conçu expressément pour répondre à vos besoins. Il vous permet d'accéder facilement à tous les renseignements dont vous avez besoin sur les garanties auxquelles vous avez droit.

Les garanties collectives comptent beaucoup, non seulement pour l'aide financière qu'elles vous procurent, mais aussi pour la sécurité qu'elles apportent à votre famille ainsi qu'à vous-même, particulièrement en cas de besoins imprévus.

Votre employeur peut vous renseigner sur vos garanties ou vous indiquer la marche à suivre pour présenter une demande de règlement.

Table des matières

Sommaire des garanties.....	3
Comment utiliser votre livret des garanties.....	12
Définition de termes fréquemment utilisés.....	14
Pourquoi des garanties collectives?.....	20
Le représentant de votre employeur.....	20
Comment adhérer aux garanties collectives.....	20
Modifications.....	20
Traitement des demandes de règlement.....	21
Comment soumettre une demande de règlement.....	21
Coordination des prestations prévues par les garanties de soins médicaux complémentaires et de soins dentaires.....	22
Qui peut bénéficier des garanties?.....	26
Admissibilité.....	26
Attestation médicale.....	26
Adhésion tardive.....	26
Adhésion tardive à la garantie Soins dentaires.....	26
Date d'effet des garanties collectives.....	27
Résiliation des garanties collectives.....	28
Vos garanties collectives.....	29
Assurance vie du salarié.....	29
Assurance vie facultative du salarié.....	32
Admissibilité à l'assurance vie facultative du conjoint.....	33
Assurance vie des personnes à charge.....	37
Assurance vie facultative des personnes à charge.....	39
Admissibilité à l'assurance vie facultative du conjoint.....	40
Assurance-perte accidentelle de la vie et de membres.....	42
Assurance complémentaire de frais de soins médicaux.....	50
Soins dentaires.....	80
Compte de frais - Mode de vie (CFMV).....	88
Garantie complémentaire pour les survivants.....	89
Indemnité hebdomadaire (Invalidité de courte durée).....	89
Invalidité de longue durée.....	96
Votre régime de garanties collectives.....	104
Notes.....	105

Sommaire des garanties

Le présent sommaire des garanties fournit des renseignements sur les garanties de votre régime de garanties collectives qui sont souscrites auprès de la Financière Manuvie.

Date de production du sommaire des garanties : le 07 février 2022

Assurance vie du salarié

La présente garantie est assurée en vertu de la Police Numéro G0081151, issue par La Financière Manuvie.

*Assurance vie
du salarié*

Montant d'assurance - 2 fois votre salaire annuel, jusqu'à concurrence de 300 000 \$

Âge de la résiliation - le montant de la garantie diminue de 50 % à 65 ans; la garantie prend fin à la date du départ à la retraite

Assurance vie facultative du salarié

La présente garantie est assurée en vertu de la Police Numéro G0081151, issue par La Financière Manuvie.

*Assurance vie
facultative du salarié*

Montant de la garantie - tranches de 10 000 \$ - maximum de 1 000 000 \$

Âge de la résiliation - 70 ans ou l'âge au départ en retraite, s'il est moins élevé

Assurance vie des personnes à charge

La présente garantie est assurée en vertu de la Police Numéro G0081151, issue par La Financière Manuvie.

*Assurance vie des
personnes à charge*

Montant d'assurance - 10 000 \$ pour le conjoint, 5 000 \$ pour chaque enfant à charge

Âge de la résiliation - dès que le salarié prend sa retraite

Sommaire des garanties

Assurance vie facultative des personnes à charge

*Assurance vie
facultative des
personnes à charge*

La présente garantie est assurée en vertu de la Police Numéro G0081151, issue par La Financière Manuvie.

Montant de la garantie - Conjoint - tranches de 10 000 \$ - maximum de 1 000 000 \$

Montant de la garantie - Enfant - tranches de 5 000 \$ - maximum de 50 000 \$

Âge de la résiliation - dès que le salarié atteint l'âge de 70 ans ou, s'il est moins élevé, la date à laquelle le salarié prend sa retraite

Assurance-perte accidentelle de la vie et de membres

*Assurance-perte
accidentelle de la vie et
de membres*

La présente garantie est assurée en vertu de la Police Numéro G0081151, issue par La Financière Manuvie.

Montant d'assurance - 2 fois votre salaire annuel, jusqu'à concurrence de 300 000 \$

Âge de la résiliation - le montant de la garantie diminue de 50 % à 65 ans; la garantie prend fin à la date du départ à la retraite

Sommaire des garanties

Assurance complémentaire de frais de soins médicaux

*Assurance
complémentaire de
frais de soins
médicaux*

La garantie d'Assurance complémentaire de frais de soins médicaux vous est offerte par Peter Kiewit Sons ULC sous le document du régime numéro G0028627 de la Financière Manuvie pour qu'elle évalue et administre vos demandes de règlement suivant les pratiques et les règles d'assurance courantes. Le paiement de toute demande de règlement admissible se fondera sur les dispositions et les conditions énoncées dans le présent livret et dans le régime d'avantages sociaux de votre employeur.

La garantie

*Assurance
complémentaire de
frais de soins
médicaux - La garantie*

Garantie maximale globale - aucun plafond

Franchise - 50 \$ garantie individuelle, 50 \$ garantie familiale, par année(s) civile(s)

Ne s'applique pas à ce qui suit :

Médicaments

Traitement médical d'urgence à l'étranger

Orientation à l'étranger

Soins de la vue

Remarque : *La franchise ne s'applique pas à Assistance-voyage en cas d'urgence.*

Maximum des frais d'exécution d'ordonnance

9,00 \$ par ordonnance (si délivré par une pharmacie Express Scripts)

6,00 \$ par ordonnance (si délivré par une autre pharmacie que Express Scripts)

Taux de remboursement (Coassurance) -

100 % pour - Soins hospitaliers - Services et matériel médicaux - Services professionnels - Soins de la vue

Remarque :

Les frais pour les soins d'urgence reçus à l'extérieur du Canada seront remboursés à 100 %.

Les frais pour l'orientation d'un patient à l'étranger pour un traitement médical offert au Canada seront remboursés à 50 %.

Le taux de remboursement applicable aux frais couverts par la garantie Assistance-voyage en cas d'urgence est de 100 %.

Le taux de remboursement applicable aux médicaments est indiqué ci-dessous, sous la rubrique Plan de médicaments génériques ManuScript 2 - Médicaments sur ordonnance, Prestation payable.

Âge de la résiliation - dès que le salarié prend sa retraite

Sommaire des garanties

Plan de médicaments génériques Manuscript 2 - Médicaments sur ordonnance

Plan de médicaments génériques Manuscript 2 - Médicaments sur ordonnance

Les frais suivants sont couverts s'ils sont engagés pour des médicaments ou des fournitures prescrits par écrit par un médecin ou un dentiste et délivrés par un pharmacien autorisé :

médicaments pour le traitement d'une maladie ou d'une blessure qui, légalement ou par convention, ne peuvent être délivrés que sur ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste

contraceptifs oraux

médicaments injectables (les frais demandés par un professionnel de la santé ou un médecin pour l'administration de médicaments injectables ne sont pas couverts)

médicaments essentiels au maintien de la vie

vaccins et médicaments préventifs (par voie orale ou injection)

aides diagnostiques, aiguilles et seringues ordinaires nécessaires pour le traitement du diabète (les frais pour les tampons d'ouate, l'alcool à friction, les injecteurs automatiques à pression et autres appareils semblables ne sont pas couverts.)

Les frais engagés pour médicaments, produits biologiques et préparations similaires qui sont administrés à l'hôpital à un patient hospitalisé ou en consultation externe ne sont pas couverts.

Les frais engagés pour médicaments jugés inadmissibles à la suite du processus de diligence raisonnable ne sont pas couverts.

Les frais engagés pour médicaments pour le traitement des dysfonctions sexuelles ne sont pas couverts.

- Maximum pour les médicaments

Médicaments contre la stérilité - 15 000 \$ la vie durant

Médicaments anti-tabac - 1 000 \$ la vie durant

Tous les autres médicaments couverts - aucun plafond

- Maximum pour les médicaments

Sommaire des garanties

- Prestation payable

Le remboursement des frais engagés pour des médicaments couverts tient compte de la franchise, du maximum des frais d'exécution d'ordonnance, s'il y a lieu, du maximum des médicaments et du taux de remboursement de 80 % applicables aux médicaments.

Le montant des frais remboursables ne pourra dépasser le coût du médicament équivalent moins cher qui peut être légalement utilisé pour exécuter l'ordonnance, selon la liste des médicaments couverts par le régime provincial ou un équivalent moins cher qui donne des résultats semblables sur le plan thérapeutique reconnu par la Financière Manuvie.

La Financière Manuvie peut limiter les frais remboursables au coût d'un médicament interchangeable moins cher au moment de l'achat du médicament.

Lorsqu'il n'existe aucun médicament équivalent moins cher pouvant être utilisé à la place du médicament prescrit, le montant des frais remboursables est égal au coût du médicament prescrit.

Médicaments sur ordonnance - Aucune substitution

Lorsque le médecin ou le dentiste indique sur l'ordonnance que le médicament prescrit ne doit pas être remplacé par un autre produit, le remboursement maximal correspond au prix du médicament équivalent moins cher qui peut être légalement utilisé pour exécuter l'ordonnance, selon la liste des médicaments couverts par le régime provincial ou un équivalent moins cher qui donne des résultats semblables sur le plan thérapeutique reconnu par la Financière Manuvie.

Lorsqu'il n'existe aucun médicament équivalent moins cher pouvant être utilisé à la place du médicament prescrit, le montant des frais remboursables est égal au coût du médicament prescrit.

Le remboursement au coût du médicament prescrit pour lequel il existe un équivalent moins cher ne peut être pris en considération que si le médecin traitant fournit des renseignements médicaux indiquant les raisons pour lesquelles le médicament équivalent moins cher n'est pas toléré ou est inefficace.

Le remboursement des frais engagés pour des médicaments couverts tient compte de la franchise, du maximum des frais d'exécution d'ordonnance, s'il y a lieu, du maximum des médicaments et du taux de remboursement de 80 % applicables aux médicaments.

- Prestation payable

*- Médicaments sur
ordonnance - Aucune
substitution*

Sommaire des garanties

Païement d'ordonnances

- Païement d'ordonnances

Lorsque vous présentez votre carte-médicaments à votre pharmacien, ce dernier peut obtenir immédiatement les détails de votre couverture. Au moment de l'achat, vous et les personnes à votre charge n'avez donc pas à payer le coût intégral des médicaments ou des fournitures prescrits.

Cette carte est acceptée par les pharmaciens participants qui affichent la vignette pertinente ayant trait au paiement direct de produits pharmaceutiques.

Pour obtenir les médicaments ou des fournitures qui vous ont été prescrits, vous devez :

- a) présenter votre carte-médicaments au pharmacien au moment de l'achat et
- b) acquitter la partie des frais qui n'est pas remboursable au titre de la présente garantie.

Vous devrez payer le coût intégral des médicaments ou des fournitures qui vous ont été prescrits au moment de leur achat :

si vous ne pouvez trouver une pharmacie participante,

si vous n'avez pas votre carte-médicaments ou

si les médicaments qui vous ont été prescrits ne peuvent être payés avec votre carte-médicaments

Pour de plus amples détails sur les modalités de remboursement à l'égard des frais des médicaments que vous avez payés intégralement, veuillez vous adresser à votre employeur.

Soins de la vue

Soins de la vue

un examen de la vue par année civile

achat et ajustement de lunettes ou de lentilles cornéennes pour corriger la vue, ainsi que les réparations, ou interventions au laser visant à corriger la vue au choix, jusqu'à concurrence de 200 \$ par année civile

si des lentilles cornéennes sont nécessaires pour traiter une grave affection ou qu'elles peuvent porter le degré de vision de l'oeil le plus puissant à 20/40 dans les cas où des lunettes ne permettent pas un tel résultat, le maximum des frais couverts sera de 200 \$ par 2 année(s) civile(s)

exercices optiques, jusqu'à concurrence de 200 \$ la vie durant

Sommaire des garanties

Services professionnels

Services offerts par les praticiens diplômés suivants :

Chiropraticien - 500 \$ par année(s) civile(s)

Ostéopathe - 500 \$ par année(s) civile(s)

Podiatre/Chiropodiste - 500 \$ par année(s) civile(s)

Naturopathe - 500 \$ par année(s) civile(s)

Orthophoniste - 500 \$ par année(s) civile(s)

Physiothérapeute - 500 \$ par année(s) civile(s)

Psychologue/Travailleur social/Conseiller clinicien/Psychothérapeute/Thérapeute conjugal et familial/Psychanalyste - Aucun plafond

Acupuncteur - 500 \$ par année(s) civile(s)

**Services
professionnels**

Navigateur SantéMC

Offert comme élément de votre assurance maladie complémentaire, le Navigateur Santé fournit des ressources et des renseignements visant à vous aider, vous et les personnes à votre charge admissibles, à répondre à vos questions touchant la santé et à en apprendre plus sur les services de santé offerts au Canada et dans votre collectivité. Les services du Navigateur Santé prennent fin à la cessation de la couverture de l'utilisateur au titre de l'Assurance maladie complémentaire ou à son 70^e anniversaire de naissance, selon la première éventualité. Il vous donne accès à ce qui suit :

Navigateur SantéMC

une base de données sur les médecins au Canada;

des renseignements sur les régimes d'assurance maladie provinciaux;

des conseils et des outils permettant de vous y retrouver dans le dédale des ressources sur les soins de santé offertes au pays et d'en tirer le meilleur parti;

des renseignements fiables sur la santé, les affections, les traitements et les médicaments;

un service de deuxième avis médical, assuré s'il y a lieu par un fournisseur de deuxième avis médical et un consortium d'hôpitaux.

Il est possible de joindre un représentant du centre d'appels réservé aux participants du lundi au vendredi de 8 h à 20 h, heure locale à 1-800-875-1264.

Sommaire des garanties

Soins dentaires

Soins dentaires

La garantie de Soins dentaires vous est offerte par Peter Kiewit Sons ULC sous le document du régime numéro G0028627 de la Financière Manuvie pour qu'elle évalue et administre vos demandes de règlement suivant les pratiques et les règles d'assurance courantes. Le paiement de toute demande de règlement admissible se fondera sur les dispositions et les conditions énoncées dans le présent livret et dans le régime d'avantages sociaux de votre employeur.

La garantie

Soins dentaires - La garantie

Franchise - aucune

Guide des frais dentaires - Guide actuel des honoraires des praticiens généralistes de la province où les services sont rendus

Pourcentage payable des frais couverts (Coassurance) -

100 % pour le Niveau I - Services de base

80 % pour le Niveau II - Services complémentaires de base

50 % pour le Niveau III - Prothèses dentaires

50 % pour le Niveau IV - Services de restaurations majeures

50 % pour le Niveau V - Orthodontie

Plafonds de la garantie

1 500 \$ par année civile - combiné pour le Niveau I et Niveau II et Niveau III et Niveau IV

3 000 \$ la vie durant - pour le Niveau V

Âge de la résiliation - dès que le salarié prend sa retraite

Sommaire des garanties

Indemnité hebdomadaire (Invalidité de courte durée)

*Indemnité
hebdomadaire*

La garantie d'Indemnité hebdomadaire vous est offerte par Peter Kiewit Sons ULC qui a signé un contrat avec la Financière Manuvie sous un document du régime numéro G0075891 pour qu'elle évalue et administre vos demandes de règlement suivant les pratiques et les règles d'assurance courantes. Le paiement de toute demande de règlement admissible se fondera sur les dispositions et les conditions énoncées dans le présent livret et dans le régime d'avantages sociaux de votre employeur.

Montant d'assurance - 100 % de votre revenu hebdomadaire pour les 13 premières semaines (pour les 14 premières semaines si vous êtes hospitalisés dès la première journée), et 70 % de votre revenu hebdomadaire pour les 12 prochaines semaines

Période d'attente - Aucune, si l'invalidité découle d'un accident; 7 jours civils, si l'invalidité découle d'une maladie

Période d'indemnisation maximale - 26 semaines

Âge de la résiliation - à la date du départ à la retraite

Invalidité de longue durée

*Invalidité de longue
durée*

La présente garantie est assurée en vertu de la Police Numéro G0081151, issue par La Financière Manuvie.

Montant d'assurance - 60 % de votre revenu mensuel, jusqu'à concurrence de 6 000 \$

Période d'attente - 182 jours

Période d'indemnisation maximale - jusqu'à l'âge de 65 ans

Âge de la résiliation - 65 ans moins la période d'attente ou à la date de retraite, si antérieure

Comment utiliser votre livret des garanties

Conçu pour répondre à vos besoins

Le présent livret des garanties a été conçu expressément pour répondre à VOS besoins et fournit les renseignements suivants sur le régime de garanties collectives.

***Votre livret des
garanties comprend...***

une table des matières détaillée vous permettant de trouver rapidement les renseignements que vous cherchez;

une brève définition de certains termes fréquemment utilisés dans le présent livret des garanties;

une explication claire et précise de vos garanties collectives;

les renseignements dont vous avez besoin pour présenter une demande de règlement.

Avis important

Avis important

Le présent livret a pour objectif d'expliquer dans les grandes lignes les garanties auxquelles vous avez droit à titre de salarié de l'entreprise Kiewit Canadian Staff Employees. Les renseignements qu'il contient ne font que résumer les dispositions de la police (G0081151) pour l'Assurance vie pour l'employé, l'Assurance vie pour personnes à charge, l'Assurance- vie facultative pour l'employé, l'Assurance vie facultative pour personnes à charge, l'Assurance-perte accidentelle de la vie et de membres et pour l'Invalidité de longue durée, et de votre document du régime (G0028627) pour l'Assurance-complémentaire de frais de soins médicaux et pour les Soins dentaires et du document du régime (G0075891) pour l'Indemnité hebdomadaire. S'il y avait divergence entre le livret et le document du régime ou la police (que vous pouvez consulter en vous adressant à votre employeur), la police ou le document du régime l'emporterait.

Le livret des garanties n'est fourni qu'à titre documentaire et ne confère aucun droit et n'impose aucune obligation.

Le simple fait de posséder ce livret ne signifie aucunement que vous ou les personnes à votre charge êtes couverts. La police et le document du régime de garanties collectives doivent être en vigueur et vous devez répondre à toutes ses exigences.

Nous vous recommandons de lire attentivement ce livret des garanties, puis de le conserver en un lieu sûr avec tous vos autres documents de valeur.

Comment utiliser votre livret des garanties

Votre carte d'identité

Le document le plus important qui puisse être établi à votre nom à titre de participant au régime de garanties collectives est votre carte d'identité. C'est le seul document qui témoigne de votre participation au régime. Avant qu'on vous admette à l'hôpital ou qu'on vous dispense des soins dentaires ou médicaux, il se pourrait qu'on exige le numéro de votre police ou de votre document du régime ou de votre certificat personnel.

Il vous faudra aussi indiquer ces numéros CHAQUE FOIS que vous adresserez des documents à la Financière Manuvie. Pour retrouver plus facilement le numéro de votre certificat, vous pouvez l'inscrire sur la couverture du présent livret.

Votre carte d'identité constitue un important document; ayez-la toujours à portée de la main.

Votre carte d'identité

Définition de termes fréquemment utilisés

Nous vous donnons ici une définition de certains termes fréquemment utilisés dans le présent livret des garanties.

Accident

Accident

une situation ou un événement inattendu ou imprévu supposant une force externe entraînant une perte ou une blessure, indépendamment de toutes les autres causes.

Observance thérapeutique

Observance thérapeutique

utilisation des médicaments, des soins, des services et des fournitures prescrits de la façon recommandée et aux fins prévues.

Organisme consultatif

Organisme consultatif

experts externes approuvés par la Financière Manuvie qui peuvent fournir à la Financière Manuvie des recommandations fondées sur une évaluation pharmacoéconomique ou une analyse coût-efficacité.

Taux de remboursement (Coassurance)

Taux de remboursement (Coassurance)

le pourcentage des frais couverts payable par votre employeur.

Frais couverts

Frais couverts

frais qui seront pris en considération dans le calcul du paiement exigible en vertu de votre garantie de soins médicaux complémentaires et de votre garantie de soins dentaires.

Franchise

Franchise

la partie des frais couverts que vous ou vos personnes à charge devez assumer avant que des prestations puissent être versées par votre employeur.

Définition de termes fréquemment utilisés

Personne à charge

votre conjoint ou enfant couvert au titre du régime provincial.

Personne à charge

- Conjoint

votre conjoint légitime, ou une personne habitant maritalement continuellement avec vous depuis au moins 12 mois, ou à la naissance de votre enfant si cela se produit avant la fin des 12 mois.

- Enfant

un enfant naturel ou adopté ou un enfant par alliance qui :

- n'est pas marié;
- est âgé de moins de 21 ans ou de moins de 25 ans s'il s'agit d'un étudiant à temps plein;
- n'est pas employé à temps plein; et
- n'est pas admissible aux garanties, à titre d'employé, en vertu du présent régime ou de tout autre régime de garanties collectives.

un enfant qui est atteint d'incapacité à la date à laquelle sa couverture arriverait normalement à échéance, continuera d'être considéré comme une personne à charge admissible. Toutefois, l'enfant doit avoir été couvert au titre du régime de garanties collectives jusqu'à cette date.

L'enfant est considéré atteint d'incapacité s'il n'est pas à même d'exercer un emploi suffisamment rémunérateur et qu'en raison d'une invalidité physique ou mentale, il dépend du salarié pour ses besoins et sa subsistance.

Votre employeur peut exiger une preuve par écrit de l'état de santé de la personne à charge aussi souvent que cela s'avérera raisonnablement nécessaire.

Pour être admissible, l'enfant par alliance doit habiter avec vous.

un enfant doit être âgé d'au moins 1 jour pour être admissible en vertu de l'assurance vie pour personnes à charge.

Programmes de gestion des maladies

approche de la santé qui enseigne aux patients la façon de gérer une maladie chronique. Système de coordination des interventions et des communications liées aux soins de santé à l'intention des patients souffrant d'affections nécessitant des efforts considérables de leur part pour gérer leur maladie (autosoins).

**Programmes de
gestion des maladies**

Médicament

produit dont l'usage est approuvé par Santé Canada et auquel est attribué un code d'identification (DIN).

Médicament

Définition de termes fréquemment utilisés

Frais d'exécution d'ordonnance

Frais d'exécution d'ordonnance

du total des frais engagés pour les produits de prescription, la partie des frais facturés pour les honoraires professionnels du pharmacien pour exécuter une ordonnance.

Maximum frais d'exécution d'ordonnance

Maximum frais d'exécution d'ordonnance

la prestation maximale remboursable par votre employeur pour les frais d'exécution d'ordonnance.

Diligence raisonnable

Diligence raisonnable

processus utilisé par la Financière Manuvie pour évaluer de nouveaux médicaments, les nouvelles indications de médicaments existants, des soins, des services ou des fournitures dans le but de déterminer leur admissibilité au titre du document du régime. Ce processus s'appuie sur les principes de la pharmacoeconomie, sur les renseignements de référence des analyses coût-efficacité des listes de médicaments fédérales ou provinciales, sur les normes reconnues de pratique clinique ou sur les recommandations des organismes consultatifs.

Distributeurs exclusifs

Distributeurs exclusifs

fournisseurs approuvés par la Financière Manuvie.

Rémunération

Rémunération

le taux salarial normal que vous touchez de votre employeur (avant retenues) à l'exclusion des primes habituelles et des heures supplémentaires habituelles.

Les prestations auxquelles vous aurez droit advenant une demande de règlement seront calculées selon le moindre des montants suivants :

le revenu que vous aurez déclaré sur le formulaire de demande de règlement, ou

le revenu que votre employeur aura déclaré à la Financière Manuvie et au titre duquel des primes auront été versées.

Définition de termes fréquemment utilisés

Méthode de traitement expérimentale

méthode de traitement qui n'est pas approuvée, acceptée ou reconnue par le corps médical canadien et ni considérée comme efficace, appropriée et essentielle au traitement d'une maladie ou d'une blessure, d'après les critères communément acceptés en matière de soins médicaux au Canada.

Méthode de traitement expérimentale

Proche parent

vous, votre conjoint ou vos enfants, vos parents ou les parents de votre conjoint, vos frères ou soeurs ou les frères ou soeurs de votre conjoint.

Proche parent

Médicament interchangeable

« Médicament interchangeable » s'entend entre autres de ce qui suit :

Médicament interchangeable

tout produit générique équivalant au médicament de marque qui est jugé interchangeable selon la loi applicable dans la province où l'ordonnance est exécutée;

un médicament qui contient le même ingrédient actif qui n'a pas été jugé interchangeable dans la province où l'ordonnance est exécutée, mais qui a été reconnu comme interchangeable par la Financière Manuvie.

Immatriculé, autorisé, diplômé

le statut d'une personne légalement autorisée à exercer sa profession en vertu d'un permis ou d'un certificat délivré par l'autorité compétente à l'endroit où les services sont fournis.

Immatriculé, autorisé, diplômé

Médicaments de soutien vital

médicaments qui sont nécessaires à la survie du patient.

Médicaments de soutien vital

Médicament d'entretien

Médicaments désignés par la Financière Manuvie et prescrits pour le traitement d'affections chroniques et pour lesquels la Financière Manuvie peut s'attendre raisonnablement à ce qu'une provision d'au plus 90 jours soit délivrée en une seule fois.

Médicament d'entretien

Équivalent moins cher

si au moins deux médicaments, ou deux types de fournitures, de soins ou de services peuvent donner des résultats semblables sur le plan thérapeutique, ou que les lignes directrices en matière de prescription indiquent que les médicaments, fournitures, soins ou services équivalents doivent être essayés en premier, l'équivalent moins cher sera remboursé.

Équivalent moins cher

Définition de termes fréquemment utilisés

Nécessaire du point de vue médical

Nécessaire du point de vue médical

accepté et reconnu par le corps médical canadien et la Financière Manuvie comme étant un traitement efficace, approprié et essentiel dans le cadre d'une maladie ou d'une blessure. Après avoir exercé une diligence raisonnable, la Financière Manuvie se réserve le droit de déterminer si le médicament, le soin, le service ou les fournitures sont couverts au titre du document du régime.

Programmes d'aide aux patients

Programmes d'aide aux patients

programme qui offre un service d'aide pour vous ou vos personnes à charge à qui des médicaments, des fournitures, des soins ou des services particuliers ont été prescrits. Les fabricants et les distributeurs peuvent offrir des programmes d'aide aux patients qui comprennent une aide financière, ainsi que des services d'information et de formation.

Pharmacoéconomie

Pharmacoéconomie

discipline scientifique qui évalue la valeur des médicaments pharmaceutiques, des services cliniques ou des fournitures. Cette discipline tient notamment compte des évaluations cliniques, de l'analyse des risques, de la valeur économique et des conséquences en matière de coût pour les régimes. Les études pharmacoéconomiques servent à guider la répartition optimale des ressources de soins de santé, d'une façon normalisée et basée sur des données scientifiques, selon les modalités fixées par la Financière Manuvie.

Autorisation préalable

Autorisation préalable

mécanisme de gestion des demandes de règlement qui s'applique à une liste définie de médicaments, de fournitures, de soins ou de services pour déterminer leur admissibilité selon des critères cliniques prédéfinis et une évaluation pharmacoéconomique ou une analyse coût-efficacité.

Régime provincial

Régime provincial

tout régime public prévoyant des prestations d'hospitalisation, médicales ou dentaires, établi par le gouvernement de la province ou du territoire où réside la personne couverte.

Période d'attente

Période d'attente

période continue d'invalidité totale qui commence le premier jour où vous êtes totalement invalide et que vous devez accomplir avant d'avoir droit aux prestations d'invalidité.

Définition de termes fréquemment utilisés

Frais raisonnables et habituels

le plus bas des montants suivants :

le prix courant qui, selon la Financière Manuvie, est demandé pour un service ou un article identique ou comparable dans la région où les frais sont engagés;

le montant figurant dans le barème des honoraires établi par l'association professionnelle pertinente; ou

le prix maximal fixé par la loi.

***Frais raisonnables et
habituels***

Salaire net

votre rémunération, moins les retenues normales faites aux fins de l'impôt fédéral et de l'impôt provincial.

Salaire net

Pharmacie de détail

Magasin, rayon d'une grande surface ou établissement semblable dûment autorisé à vendre des produits pharmaceutiques directement au consommateur final.

Pharmacie de détail

Période probatoire

période continue de service que vous devez accomplir chez votre employeur pour avoir droit aux garanties collectives.

Période probatoire

Salle

une chambre d'hôpital comptant trois lits ou plus, destinée à héberger les patients.

Salle

Pourquoi des garanties collectives?

Pourquoi des garanties collectives?

Les régimes offerts par le gouvernement peuvent couvrir des frais médicaux de base comme les frais d'hospitalisation et les honoraires de médecins et, en cas d'invalidité, ces régimes (par exemple : l'assurance-emploi, le Régime de pensions du Canada ou le Régime de rentes du Québec, la Loi sur l'indemnisation des accidents du travail) peuvent également offrir une certaine aide financière.

Il est bon de savoir que les régimes gouvernementaux n'offrent qu'une garantie de base et que devoir assumer des frais médicaux ou être atteint d'une invalidité peut entraîner des difficultés financières pour vous et votre famille.

Des régimes privés qui offrent une protection contre la maladie et l'invalidité viennent s'ajouter aux régimes gouvernementaux et peuvent offrir des garanties que ces derniers ne renferment pas, permettant ainsi à votre famille et à vous-même de jouir d'une sécurité au moment où vous en avez le plus besoin.

Le représentant de votre employeur

Le représentant de votre employeur

Il incombe à votre employeur de veiller à ce que tous les salariés soient couverts au titre des garanties auxquelles ils ont droit. Pour ce faire, il devra signaler les nouvelles adhésions, les cessations d'emploi et les modifications et tenir tous les dossiers à jour.

En tant que participant à ce régime de garanties collectives, il vous appartient de fournir à votre employeur tous les renseignements nécessaires à la bonne marche de son travail.

Le représentant de votre employeur est _____
Numéro de téléphone : (_____) _____ - _____

Veuillez inscrire le nom de votre représentant et son numéro de téléphone dans l'espace prévu à cette fin.

Comment adhérer aux garanties collectives

Comment adhérer aux garanties collectives

Pour adhérer à l'assurance collective, vous devez présenter le formulaire Demande d'adhésion ou de réadhésion que vous pouvez vous procurer auprès de votre employeur. Ce dernier se chargera de faire parvenir votre formulaire à la Financière Manuvie.

Modifications

Modifications

Afin que nos dossiers soient constamment à jour pour ce qui est de vos garanties collectives et celles de vos personnes à charge, il est essentiel que vous communiquiez tout changement à votre employeur. Il peut s'agir :

d'un changement dans la couverture des personnes à charge;

d'un changement de nom;

d'une demande visant une garantie à laquelle vous aviez précédemment renoncé.

Traitement des demandes de règlement

Comment soumettre une demande de règlement

Comment soumettre une demande de règlement

Vous pouvez présenter vos demandes de règlement de l'une des manières suivantes :

En ligne (s'il y a lieu)

Inscrivez-vous au site sécurisé à l'intention des participants à l'adresse www.manuvie.ca/assurancecollective.

Si votre fournisseur de soins de santé ne peut pas transmettre vos demandes de règlement à Manuvie Financière par voie électronique, vous pouvez quand même présenter vous-même vos demandes en ligne, au moyen du site sécurisé à l'intention des participants.

Pour obtenir un règlement rapide, simple et sécuritaire de vos demandes de prestations, vous pouvez vous inscrire au virement automatique des prestations et aux relevés de règlements par voie électronique au moment de vous inscrire au site sécurisé à l'intention des participants. En nous fournissant vos renseignements bancaires et votre adresse de courriel, vous recevrez rapidement vos prestations dans votre compte bancaire, et ce, même lorsque vous transmettez vos demandes de règlement par la poste. Vous recevrez également un avis par courriel comprenant un lien vers le site manuvie.ca, où vous pourrez ouvrir une session afin de consulter votre relevé de règlement électronique.

Par la poste

Vous devez remplir le formulaire de demande de règlement pertinent, sur lequel figurent les directives d'envoi, et le faire parvenir par la poste à Manuvie Financière.

Les formulaires de demandes de règlement sont accessibles à l'adresse www.manuvie.ca/assurancecollective ou auprès de votre employeur.

Règlement des sinistres - Garantie de soins médicaux complémentaires et garantie de soins dentaires

Règlement des sinistres

Une fois la demande de règlement approuvée, la Financière Manuvie vous fera parvenir un sommaire de règlement.

La partie supérieure du formulaire résume la ou les demandes de règlement présentées, la somme retenue pour les besoins de la franchise et le pourcentage payable des frais couverts ayant servi au calcul final des prestations auxquelles vous avez droit. Si vous avez des questions à propos de la somme versée, votre employeur pourra vous fournir des explications.

La partie inférieure du formulaire constitue le règlement de votre demande, le cas échéant. Il vous suffit de la détacher suivant le pointillé et d'endosser le chèque pour pouvoir ainsi l'encaisser dans n'importe quelle banque à charte ou société de fiducie.

Vous devriez normalement recevoir le règlement de votre demande dans les trois semaines suivant la date de soumission de votre demande à la Financière Manuvie. Si vous n'avez rien reçu dans ce délai, veuillez communiquer avec votre employeur.

Traitement des demandes de règlement

Coordination des prestations prévues par les garanties de soins médicaux complémentaires et de soins dentaires

***Coordination des
prestations prévues
par les garanties
de soins médicaux
complémentaires et de
soins dentaires***

Si vous ou les personnes à votre charge êtes couverts par un autre régime à l'égard de garanties semblables, on en tiendra compte lorsque viendra le temps de déterminer le montant des frais payables au titre du présent régime.

Cette méthode est connue sous le nom de «coordination de prestations». Elle prévoit le remboursement, au titre de l'ensemble des régimes, des frais engagés pour des soins médicaux ou des soins dentaires couverts, jusqu'à concurrence de 100 % de ces frais.

Régime s'entend de

tout autre programme d'assurance collective

toute autre entente prise pour couvrir les personnes d'un groupe

toute assurance-voyage individuelle

Le terme «régime» n'englobe ni l'assurance scolaire ni les régimes provinciaux.

Traitement des demandes de règlement

Ordre de préséance des régimes

Divers facteurs servent à déterminer quel régime sera considéré comme étant celui de l'«émetteur principal» (c'est-à-dire à qui il revient de régler la première partie des frais admissibles) et quel régime relèvera de l'«émetteur secondaire» (c'est-à-dire à qui il revient de régler le solde des frais admissibles).

Si l'autre régime ne prévoit pas la coordination des prestations, il sera considéré comme celui de l'émetteur principal, c'est-à-dire à qui il revient de régler la première partie des frais admissibles.

Si l'autre régime prévoit la coordination des prestations, les règles suivantes s'appliquent afin que soit déterminé le régime de l'émetteur principal.

- Frais engagés pour vous ou votre conjoint à charge :

Les prestations seront versées au titre du régime qui vous couvre, vous ou votre conjoint à charge, en tant que salarié ou participant avant le régime qui vous couvre en tant que personne à charge.

Lorsque vous ou votre conjoint êtes couverts en tant que salarié ou participant au titre de plus d'un régime, l'ordre de paiement des prestations sera déterminé comme suit :

- ° en premier lieu le régime au titre duquel la personne est un salarié actif à temps plein,
- ° en deuxième lieu le régime au titre duquel la personne est un salarié actif à temps partiel, et enfin
- ° le régime au titre duquel la personne est couverte en tant que personne retraitée.

Ordre de préséance des régimes

Traitement des demandes de règlement

- Frais engagés pour un enfant à votre charge :

Le régime qui couvre le parent dont la date de naissance (jour et mois) tombe la première au cours de l'année civile est le régime principal. Si l'anniversaire de naissance des deux parents coïncide, le régime du parent dont le prénom commence par la plus basse lettre de l'alphabet est réputé être le régime principal.

Cependant, si vous et votre conjoint êtes séparés ou divorcés, l'ordre suivant s'impose :

- en premier lieu le régime du parent ayant la garde de l'enfant,
- en deuxième lieu le régime du conjoint du parent ayant la garde de l'enfant (par exemple si le parent ayant la garde de l'enfant se remarie ou a un conjoint de fait, les prestations à l'égard de l'enfant à charge seront versées au titre du régime du nouveau conjoint),
- en troisième lieu le régime du parent n'ayant pas la garde de l'enfant, et enfin
- le régime du conjoint du parent n'ayant pas la garde de l'enfant (par exemple si le parent n'ayant pas la garde de l'enfant se remarie ou a un conjoint de fait, les prestations à l'égard de l'enfant à charge seront versées au titre du régime du nouveau conjoint).

Lorsque vous et votre conjoint partagez la garde de l'enfant (garde partagée), le régime principal est réputé être le régime du parent dont la date de naissance (jour/mois) tombe la première au cours de l'année civile. Si l'anniversaire de naissance des deux parents coïncide, le régime du parent dont le prénom commence par la plus basse lettre de l'alphabet est réputé être le régime principal.

En ce qui concerne les demandes de règlement présentées pour des accidents dentaires, les régimes de soins médicaux complémentaires prévoyant une garantie en cas d'accident dentaire ont préséance sur les régimes de soins dentaires ordinaires.

Si les règles précédentes ne permettent pas d'établir l'ordre de préséance des régimes, les prestations seront calculées de façon proportionnelle entre les divers régimes par rapport aux sommes qui auraient été versées au titre de chaque régime comme s'il n'existait aucune clause de coordination des prestations.

Si la personne est également couverte au titre d'une assurance-voyage individuelle, la coordination des prestations se fera conformément aux directives fournies par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes.

Traitement des demandes de règlement

Soumission des demandes touchées par la coordination des prestations

Soumission des demandes touchées par la coordination des prestations

Voici la marche à suivre pour la soumission des demandes où la coordination des prestations entre en jeu :

Conformément à la section sur la détermination de l'ordre de paiement des prestations, déterminer d'abord lequel des régimes est l'émetteur principal et lequel est l'émetteur secondaire.

Soumettre tous les formulaires de demande et les reçus originaux nécessaires à l'émetteur principal.

Conserver une photocopie de chaque reçu ou demander à l'émetteur principal de vous retourner les reçus originaux une fois que votre demande aura été réglée.

Une fois que l'émetteur principal aura réglé votre demande, vous recevrez un état du règlement. Soumettez à l'émetteur secondaire cet état en même temps que tous les formulaires de demande et reçus nécessaires à un nouvel examen de votre demande, le cas échéant.

Qui peut bénéficier des garanties?

Admissibilité

Admissibilité

Pour être admissible aux garanties collectives, vous devez :

être salarié à temps plein au service de l'entreprise Kiewit Canadian Staff Employees et travailler au moins le nombre d'heures exigé;

appartenir à une catégorie admissible;

ne pas avoir atteint l'âge de la résiliation;

être domicilié au Canada; et

avoir accompli la période probatoire.

L'âge de la résiliation et la période probatoire peuvent varier d'une garantie à l'autre. Vous trouverez ce genre de renseignement dans la section intitulée «Vos garanties collectives».

Les personnes qui sont à votre charge ont également droit aux garanties collectives à la date où vous y devenez admissible. Lorsque vous obtenez la charge d'autres personnes, celles-ci deviennent de ce fait admissibles aux garanties collectives. Toutefois, vous devez présenter une demande d'adhésion aux garanties pour vous-même afin que les personnes à votre charge soient admissibles aux garanties collectives.

Nombre d'heures exigé

Nombre d'heures exigé

Salarié à temps plein - 30 heures par semaine pendant 52 semaines par année, y compris les semaines de vacances rémunérées

Attestation médicale

Attestation médicale

Pour toutes les garanties, sauf la garantie Soins dentaires, une attestation médicale est nécessaire en cas de demande d'adhésion tardive pour toute personne.

Adhésion tardive

Adhésion tardive

Si vous voulez adhérer à certaines garanties auxquelles vous aviez renoncé parce que vous bénéficiiez d'une couverture similaire au titre du régime de votre conjoint, l'adhésion est considérée comme tardive et que la couverture au titre du régime de votre conjoint est toujours en vigueur.

Pour soumettre une attestation médicale, remplissez le formulaire Preuve d'assurabilité que vous pouvez vous procurer auprès de votre employeur. La Financière Manuvie se réserve le droit d'exiger des attestations médicales supplémentaires.

Adhésion tardive à la garantie Soins dentaires

Adhésion tardive à la garantie Soins dentaires

Si vous adhérez à la garantie Soins dentaires pour vous ou vos personnes à charge à laquelle vous aviez renoncé parce que vous bénéficiiez d'une couverture similaire au titre du régime de votre conjoint, l'adhésion à la garantie Soins dentaires est considérée comme tardive si la couverture au titre du régime de votre conjoint est toujours en vigueur. Dans ce cas, la prestation maximale est limitée à 125 \$ pour chaque personne couverte au cours des 12 premiers mois de couverture.

Qui peut bénéficier des garanties?

Date d'effet des garanties collectives

Date d'effet des garanties collectives

Lorsqu'une attestation médicale n'est pas exigée, votre couverture au titre des garanties collectives entre en vigueur à la date à laquelle vous y devenez admissible.

Lorsqu'une preuve d'assurabilité est exigée, votre couverture entre en vigueur le jour de votre admissibilité ou le jour où la Financière Manuvie approuve cette preuve, s'il est postérieur.

La couverture n'entrera en vigueur que si vous êtes un employé activement au travail. Si vous n'êtes pas activement au travail à la date à laquelle votre couverture devrait normalement entrer en vigueur, celle-ci entrera en vigueur le jour de votre retour au travail.

Les garanties collectives des personnes à votre charge entrent en vigueur le jour où ces dernières y deviennent admissibles. Par contre, si une attestation médicale est exigée à leur égard, leurs garanties collectives n'entreront en vigueur que le jour où la Financière Manuvie approuvera cette attestation.

Les garanties collectives des personnes à votre charge n'entreront pas en vigueur avant la date d'effet des vôtres. (Cette règle ne vaut pas pour l'assurance vie facultative qui, bien qu'elle vous soit refusée, peut tout de même être accordée aux personnes à votre charge.)

Qui peut bénéficier des garanties?

Résiliation des garanties collectives

Vos garanties d'assurance vie du salarié, d'assurance vie des personnes à charge, d'assurance-perte accidentelle de la vie et de membres et d'invalidité de longue durée seront résiliées dès que :

- vous cesserez d'être un salarié admissible;
- la date à laquelle vous cessez d'être au travail de façon régulière et continue, à moins que le contrat collective ne prévoie la prolongation de votre couverture;
- la date où votre employeur met fin à votre couverture;
- la date de votre entrée à temps plein dans les forces armées de tout pays;
- la date de résiliation du contrat ou de cessation de l'assurance de la catégorie à laquelle vous appartenez;
- la date où vous atteignez l'âge de la résiliation de la garantie; ou
- la date de votre décès.

Vos garanties de soins médicaux complémentaires, de soins dentaires et d'indemnité hebdomadaire seront résiliées dès que :

- vous cesserez d'être un salarié admissible;
- la date à laquelle vous cessez d'être au travail de façon régulière et continue, à moins que le document du régime ne prévoie la prolongation de votre couverture;
- la date où votre employeur met fin à votre couverture;
- la date de votre entrée à temps plein dans les forces armées de tout pays;
- la date de résiliation du document du régime ou de cessation de la couverture de la catégorie à laquelle vous appartenez;
- la date où vous atteignez l'âge de la résiliation de la garantie; ou
- la date de votre décès.

Les garanties collectives de vos personnes à charge prendront fin en même temps que vos propres garanties collectives ou dès que vos personnes à charge cesseront d'être considérées comme telles.

Vos garanties collectives

Assurance vie du salarié

La présente garantie est assurée en vertu de la Police Numéro G0081151, issue par La Financière Manuvie.

Si vous décédez pendant que votre assurance est en vigueur, cette garantie procure à votre bénéficiaire un soutien financier. Si votre bénéficiaire décède avant vous ou si vous n'avez pas désigné de bénéficiaire, la prestation est versée à vos ayants droit.

La garantie

Montant d'assurance - 2 fois votre salaire annuel, jusqu'à concurrence de 300 000 \$

Maximum sans preuve d'assurabilité - 300 000 \$

Période d'attente pour l'exonération de la prime - 182 jours

Âge de la résiliation - le montant de la garantie diminue de 50 % à 65 ans; la garantie prend fin à la date du départ à la retraite

Période probatoire

3 mois pour les salariés embauchés avant le 1er janvier 2019
aucune pour les salariés embauchés/réembauchés le 1er janvier 2019 ou après

Soumission des demandes de règlement

Pour présenter une demande de règlement d'assurance vie, votre bénéficiaire doit remplir le formulaire Déclaration de sinistre - Décès qu'il pourra se procurer auprès de votre employeur.

Les documents qui doivent être soumis en même temps que le formulaire sont énumérés dans ce dernier.

Les formulaires de déclaration de sinistre doivent être soumis, dûment remplis, dans les 90 jours qui suivent le décès.

Pour présenter une demande d'exonération de la prime, il vous faut remplir le formulaire «Déclaration de sinistre - Exonération de primes» dont vous pouvez vous procurer un exemplaire auprès de votre employeur. Votre médecin traitant doit aussi remplir une section de ce formulaire.

Ce formulaire doit être soumis à la Financière Manuvie, dûment rempli, dans les 180 jours qui suivent la fin de la période d'attente.

*Assurance vie
du salarié*

*Assurance vie
du salarié - La garantie*

*Assurance vie
du salarié - Soumission
des demandes de
règlement*

Vos garanties collectives

Exonération de la prime

**Assurance vie
du salarié -
Exonération
de la prime**

Si vous devenez totalement invalide en cours de garantie et avant d'avoir atteint l'âge de 65 ans et que vous répondez aux critères d'admissibilité précisés ci-dessous, votre assurance vie est maintenue en vigueur sans que vous ayez à acquitter la prime.

Définition de totalement invalide

**Assurance vie du
salarié - Définition de
totalement invalide**

Invalidité totale s'entend de l'empêchement ou de l'incapacité, en raison d'une maladie ou d'une blessure, d'accomplir les tâches essentielles de :

vos emploi habituel au cours de la période d'attente et des 2 années suivant(e)s

tout emploi convenant à la formation, à l'instruction ou à l'expérience que vous possédez ou pourriez acquérir, après la période de 2 années précisée ci-dessus

La Financière Manuvie ne tient pas compte des possibilités d'emploi lors de l'évaluation de l'invalidité.

Si vous devez avoir un permis de l'État pour pouvoir accomplir votre travail, vous n'êtes pas considéré comme invalide du seul fait que ce permis vous est retiré ou n'est pas renouvelé.

Critères d'admissibilité

**Assurance vie
du salarié - Critères
d'admissibilité**

Pour avoir droit à l'exonération de la prime, vous devez répondre aux critères suivants :

vous devez être totalement invalide pendant toute la période d'attente. Si vous cessez d'être totalement invalide durant cette période mais le redevenez dans les trois semaines en raison de la même blessure ou maladie ou d'une blessure ou maladie analogue, la période d'attente sera prolongée du nombre de jours pendant lesquels vous n'êtes pas totalement invalide.

La Financière Manuvie doit recevoir des attestations médicales confirmant votre empêchement ou votre incapacité, en raison d'une maladie ou d'une blessure, d'accomplir les tâches essentielles de :

- votre emploi habituel au cours de la période d'attente et des 2 années suivant(e)s, et

- tout emploi convenant à la formation, à l'instruction ou à l'expérience que vous possédez ou pourriez acquérir, après la période de 2 années précisée ci-dessus.

vous devez être suivi par un médecin et recevoir les soins et traitements appropriés, compte tenu de votre invalidité, selon la Financière Manuvie.

En tout temps, la Financière Manuvie se réserve le droit de vous demander de subir un examen médical, psychiatrique, psychologique, fonctionnel et/ou une évaluation pédagogique ou professionnelle par un spécialiste désigné par la Financière Manuvie.

Vos garanties collectives

Cessation de l'exonération de la prime

***Assurance vie
du salarié - Cessation
de l'exonération de la
prime***

L'exonération de primes prend fin dès que se réalise l'une des éventualités suivantes :

la date à laquelle vous ne répondez plus à la définition d'invalidité totale de la garantie.

le jour où vous négligez de fournir à la Financière Manuvie les attestations médicales appropriées confirmant votre empêchement ou votre incapacité, en raison d'une maladie ou d'une blessure, d'accomplir les tâches essentielles de :

- votre emploi habituel au cours de la période d'attente et des 2 années suivant(e)s, et

- tout emploi convenant à la formation, à l'instruction ou à l'expérience que vous possédez ou pourriez acquérir, après la période de 2 années précisée ci-dessus.

la date à laquelle vous n'êtes plus suivi par un médecin et ne recevez plus les soins et les traitements appropriés, compte tenu de votre invalidité, selon la Financière Manuvie.

le jour où vous refusez de vous laisser examiner par un spécialiste désigné par la Financière Manuvie.

le jour de votre 65^e anniversaire de naissance.

la date de votre décès.

Invalidité récidivante

***Assurance vie
du salarié - Invalidité
récidivante***

Si vous êtes de nouveau atteint d'invalidité totale au cours des 6 mois suivant la cessation de l'exonération de primes, et que votre invalidité est attribuable aux mêmes causes ou à des causes connexes ayant ouvert droit à l'exonération de primes au titre de la présente garantie, vous ne serez pas tenu de satisfaire la période d'attente.

Le montant d'assurance dont les primes faisaient l'objet d'une exonération sera rétabli.

Si vous êtes de nouveau atteint de la même invalidité plus de 6 mois suivant la cessation de votre exonération de primes, cette invalidité sera considérée comme une invalidité distincte.

Deux invalidités attribuables à des causes différentes sont considérées comme des invalidités distinctes si elles sont séparées par au moins une journée de travail.

Vos garanties collectives

Droit de transformation

***Assurance vie
du salarié - Droit de
transformation***

En cas de cessation ou de réduction de votre couverture, il se pourrait que vous ayez le droit de transformer en assurance individuelle l'assurance vie collective, sans avoir à présenter de preuve d'assurabilité. Votre demande de transformation de l'assurance vie collective en assurance individuelle et la première prime mensuelle doivent parvenir à la Financière Manuvie dans les 31 jours suivant la cessation ou la réduction de votre assurance vie collective. Si vous décédez au cours du délai de transformation de 31 jours, le capital d'assurance transformable est versé à votre bénéficiaire ou à vos ayants droit, que vous ayez ou non présenté une demande de transformation.

Pour plus de renseignements sur le droit de transformation, consultez votre employeur. Selon la province, des règles différentes peuvent s'appliquer.

Assurance vie facultative du salarié

***Assurance vie
facultative du salarié***

La présente garantie est assurée en vertu de la Police Numéro G0081151, issue par La Financière Manuvie.

Advenant votre décès pendant que l'assurance vie facultative est en vigueur, votre bénéficiaire toucherait à la fois le capital-décès de cette assurance et de l'assurance vie du salarié. Si votre bénéficiaire décède avant vous ou si vous n'avez pas désigné de bénéficiaire, la prestation est versée à vos ayants droit.

La garantie

***Assurance vie
facultative du salarié -
La garantie***

Montant de la garantie - tranches de 10 000 \$ - maximum de 1 000 000 \$

Maximum sans preuve d'assurabilité - 100 000 \$

Période d'attente pour l'exonération de la prime - 182 jours

Âge de la résiliation - 70 ans ou l'âge au départ en retraite, s'il est moins élevé

Période probatoire

3 mois pour les salariés embauchés avant le 1er janvier 2019
aucune pour les salariés embauchés/réembauchés le 1er janvier 2019 ou après

Pour adhérer à l'assurance vie facultative du salarié, il vous faut remplir la Proposition d'assurance vie facultative que vous pouvez vous procurer auprès de votre employeur.

Pour obtenir des détails quant à la soumission des demandes de règlement ou quant au droit de transformation, veuillez vous reporter à la section portant sur l'assurance vie du salarié.

Vos garanties collectives

Admissibilité à l'assurance vie facultative du conjoint

Assurance vie facultative du conjoint - Admissibilité

L'assurance pour tout montant inférieur ou égal au maximum sans attestation médicale établi indiqué est assujettie aux conditions suivantes :

l'assurance des personnes à charge peut être ajoutée en tout temps

votre conjoint doit être en bonne santé

votre conjoint ne doit avoir aucune affection physique ou mentale qui l'empêche d'accomplir les tâches de son emploi de manière régulière, s'il est effectivement au travail ou exercez tout emploi s'il n'est pas effectivement au travail

votre conjoint n'a jamais présenté de demande d'assurance vie ou d'assurance maladies graves qui a été refusée par un autre assureur ou toute autre entité

si une preuve d'assurabilité est exigée pour tout montant d'assurance, votre conjoint doit fournir à la Financière Manuvie une preuve satisfaisante selon la Financière Manuvie

Vous pouvez demander une augmentation ou une diminution du montant d'assurance pour votre conjoint en tout temps. Lorsque, par suite de toute augmentation, le montant d'assurance total ne dépasse pas le maximum sans attestation médicale, et que la Financière Manuvie approuve une telle augmentation, l'exclusion touchant les affections préexistantes s'appliquera au montant de l'augmentation de l'assurance, à compter de la date d'effet de la couverture qui découle de la l'approbation d'une telle augmentation. L'exclusion restriction touchant les affections préexistantes continuera de s'appliquer au montant d'assurance initial comme elle le faisait depuis la prise d'effet du montant d'assurance.

Si vous demandez une augmentation du montant d'assurance pour votre conjoint, de sorte que le montant d'assurance total qui en découle dépasse le maximum sans attestation médicale, la Financière Manuvie exigera une preuve d'assurabilité détaillée. Si l'augmentation est approuvée par la Financière Manuvie, la restriction touchant les affections préexistantes cessera de s'appliquer au montant d'assurance total découlant de l'augmentation.

Une affection préexistante s'entend d'une maladie ou d'une blessure pour laquelle, au cours des 24 mois précédant la date d'entrée en vigueur de l'assurance de votre conjoint ou la dernière date de remise en vigueur de sa couverture, selon le cas, votre conjoint a présenté des signes ou des symptômes, reçu des traitements, des soins ou des services médicaux (y compris des services de diagnostic), consulté un médecin ou votre conjoint a reçu la prescription de médicaments, ou pour laquelle votre conjoint a cherché à obtenir un traitement s'il avait été prudent, dans les 24 mois précédant la date d'entrée en vigueur de l'assurance de votre conjoint, ou la dernière date de remise en vigueur de l'assurance de votre conjoint, selon le cas.

Vos garanties collectives

Exonération de la prime

***Assurance vie
facultative du salarié -
Exonération
de la prime***

Si vous devenez totalement invalide en cours de garantie et avant d'avoir atteint l'âge de 65 ans et que vous répondez aux critères d'admissibilité précisés ci-dessous, votre assurance vie facultative est maintenue en vigueur sans que vous ayez à acquitter la prime.

Définition de totalement invalide

***Assurance vie
facultative du salarié -
Définition de
totalement invalide***

Invalidité totale s'entend de l'empêchement ou de l'incapacité, en raison d'une maladie ou d'une blessure, d'accomplir les tâches essentielles de :

vosre emploi habituel au cours de la période d'attente et des 2 années suivant(e)s

tout emploi convenant à la formation, à l'instruction ou à l'expérience que vous possédez ou pourriez acquérir, après la période de 2 années précisée ci-dessus

La Financière Manuvie ne tient pas compte des possibilités d'emploi lors de l'évaluation de l'invalidité.

Si vous devez avoir un permis de l'État pour pouvoir accomplir votre travail, vous n'êtes pas considéré comme invalide du seul fait que ce permis vous est retiré ou n'est pas renouvelé.

Vos garanties collectives

Critères d'admissibilité

**Assurance vie
facultative du salarié -
Critères d'admissibilité**

Pour avoir droit à l'exonération de la prime, vous devez répondre aux critères suivants :

vous devez être totalement invalide pendant toute la période d'attente. Si vous cessez d'être totalement invalide durant cette période mais le redevenez dans les trois semaines en raison de la même blessure ou maladie ou d'une blessure ou maladie analogue, la période d'attente sera prolongée du nombre de jours pendant lesquels vous n'êtes pas totalement invalide.

La Financière Manuvie doit recevoir des attestations médicales confirmant votre empêchement ou votre incapacité, en raison d'une maladie ou d'une blessure, d'accomplir les tâches essentielles de :

- votre emploi habituel au cours de la période d'attente et des 2 années suivant(e)s, et
- tout emploi convenant à la formation, à l'instruction ou à l'expérience que vous possédez ou pourriez acquérir, après la période de 2 années précisée ci-dessus.

vous devez être suivi par un médecin et recevoir les soins et traitements appropriés, compte tenu de votre invalidité, selon la Financière Manuvie.

En tout temps, la Financière Manuvie se réserve le droit de vous demander de subir un examen médical, psychiatrique, psychologique, fonctionnel et/ou une évaluation pédagogique ou professionnelle par un spécialiste désigné par la Financière Manuvie.

Vos garanties collectives

Cessation de l'exonération de la prime

**Assurance vie
facultative du salarié -
Cessation de
l'exonération de la
prime**

L'exonération de primes prend fin dès que se réalise l'une des éventualités suivantes :

la date à laquelle vous ne répondez plus à la définition d'invalidité totale de la garantie.

le jour où vous négligez de fournir à la Financière Manuvie les attestations médicales appropriées confirmant votre empêchement ou votre incapacité, en raison d'une maladie ou d'une blessure, d'accomplir les tâches essentielles de :

- votre emploi habituel au cours de la période d'attente et des 2 années suivant(e)s, et

- tout emploi convenant à la formation, à l'instruction ou à l'expérience que vous possédez ou pourriez acquérir, après la période de 2 années précisée ci-dessus.

la date à laquelle vous n'êtes pas suivi par un médecin et ne recevez pas les soins et les traitements appropriés, compte tenu de votre invalidité, selon la Financière Manuvie.

le jour où vous refusez de vous laisser examiner par un spécialiste désigné par la Financière Manuvie.

le jour de votre 65^e anniversaire de naissance.

la date de votre décès.

Invalidité récidivante

**Assurance vie
facultative du salarié -
Invalidité récidivante**

Si vous êtes de nouveau atteint d'invalidité totale au cours des 6 mois suivant la cessation de l'exonération de primes, et que votre invalidité est attribuable aux mêmes causes ou à des causes connexes ayant ouvert droit à l'exonération de primes au titre de la présente garantie, vous ne serez pas tenu de satisfaire la période d'attente.

Le montant d'assurance dont les primes faisaient l'objet d'une exonération sera rétabli.

Si vous êtes de nouveau atteint de la même invalidité plus de 6 mois suivant la cessation de votre exonération de primes, cette invalidité sera considérée comme une invalidité distincte.

Deux invalidités attribuables à des causes différentes sont considérées comme des invalidités distinctes si elles sont séparées par au moins une journée de travail.

Vos garanties collectives

Exclusions

Dans le cas d'un suicide, nous ne verserons aucun montant au titre de toute assurance vie facultative ayant été en vigueur depuis moins d'un an.

Aucune somme d'assurance vie facultative du conjoint ne sera versée pour tout montant maximum sans attestation médicale lorsque le décès est directement ou indirectement attribuable à une affection préexistante au cours des 24 premiers mois de l'assurance.

**Assurance vie
facultative du salarié -
Exclusions**

Assurance vie des personnes à charge

La présente garantie est assurée en vertu de la Police Numéro G0081151, issue par La Financière Manuvie.

Si l'une des personnes à votre charge décède pendant que l'assurance est en vigueur, le montant de cette garantie vous sera versé.

**Assurance vie des
personnes à charge**

La garantie

Montant d'assurance - 10 000 \$ pour le conjoint, 5 000 \$ pour chaque enfant à charge

Âge de la résiliation - dès que le salarié prend sa retraite

Période probatoire

3 mois pour les salariés embauchés avant le 1er janvier 2019
aucune pour les salariés embauchés/réembauchés le 1er janvier 2019 ou après

**Assurance vie des
personnes à charge -
La garantie**

Soumission des demandes de règlement

Pour présenter une demande de règlement d'assurance vie des personnes à charge, vous devez remplir le formulaire Déclaration de sinistre - Décès dont vous pouvez vous procurer un exemplaire auprès de votre employeur. Les documents qui doivent être soumis en même temps que le formulaire sont énumérés dans ce dernier.

Ce formulaire doit être soumis, dûment rempli, dans les 90 jours qui suivent le décès.

**Assurance vie des
personnes à charge -
Soumission des
demandes de
règlement**

Vos garanties collectives

Exonération de la prime

***Assurance vie des
personnes à charge -
Exonération de la
prime***

Si vous êtes atteint d'une invalidité totale et que vous n'avez pas à régler la prime de votre assurance vie collective, vous n'aurez pas non plus à payer la prime de l'assurance des personnes à charge. (Voir «Exonération de la prime» sous «Assurance vie du salarié».)

Droit de transformation

***Assurance vie des
personnes à charge -
Droit de transformation***

Si l'assurance vie de votre conjoint prend fin, il est possible que vous ayez le droit de transformer cette assurance en une assurance individuelle sans avoir à présenter d'attestation médicale. La proposition d'assurance individuelle et la première prime mensuelle doivent parvenir à la Financière Manuvie dans les 31 jours qui suivent la résiliation de l'assurance collective.

Si votre conjoint décède au cours du délai de transformation de 31 jours, le capital assuré transformable vous est versé, que vous ayez ou non présenté une demande de transformation. Si vous êtes domicilié au Québec et si l'assurance d'un enfant à votre charge prend fin, il est possible que vous ayez le droit de transformer cette assurance en une assurance individuelle, comme il est indiqué ci-dessus au titre du droit de transformation s'appliquant à l'assurance vie du conjoint.

Pour plus de renseignements sur le droit de transformation, consultez votre employeur. Selon la province, des règles différentes peuvent s'appliquer.

Vos garanties collectives

Assurance vie facultative des personnes à charge

La présente garantie est assurée en vertu de la Police Numéro G0081151, issue par La Financière Manuvie.

Si votre conjoint décède pendant que l'assurance vie facultative est en vigueur, le montant de cette garantie vous sera versé.

La garantie

Montant de la garantie - Conjoint - tranches de 10 000 \$ - maximum de 1 000 000 \$ **Montant de la garantie** - Enfant - tranches de 5 000 \$ - maximum de 50 000 \$

Maximum sans preuve d'assurabilité - 50 000 \$

Âge de la résiliation - dès que le salarié atteint l'âge de 70 ans ou, s'il est moins élevé, la date à laquelle le salarié prend sa retraite

Période probatoire

3 mois pour les salariés embauchés avant le 1er janvier 2019
aucune pour les salariés embauchés/réembauchés le 1er janvier 2019 ou après

Pour adhérer à l'assurance vie facultative des personnes à charge, il vous faut remplir la Proposition d'assurance vie facultative que vous pouvez vous procurer auprès de votre employeur.

Soumission des demandes de règlement

Pour présenter une demande de règlement d'assurance vie facultative des personnes à charge, il vous faut remplir le formulaire Déclaration de sinistre-décès que vous pouvez vous procurer auprès de votre employeur.

Vous trouverez énumérés dans ce formulaire tous les documents qui doivent l'accompagner.

Les formulaires de déclaration de sinistre doivent être soumis, dûment remplis, dans les 90 jours qui suivent le décès.

*Assurance vie
facultative des
personnes à charge*

*Assurance vie
facultative des
personnes à charge -
La garantie*

*Assurance vie
facultative des
personnes à charge -
Soumission des
demandes de
règlement*

Vos garanties collectives

Admissibilité à l'assurance vie facultative du conjoint

**Assurance vie
facultative du conjoint -
Admissibilité**

L'assurance pour tout montant inférieur ou égal au maximum sans attestation médicale établi indiqué est assujettie aux conditions suivantes :

l'assurance des personnes à charge peut être ajoutée en tout temps

votre conjoint doit être en bonne santé

votre conjoint ne doit avoir aucune affection physique ou mentale qui l'empêche d'accomplir les tâches de son emploi de manière régulière, s'il est effectivement au travail ou exercez tout emploi s'il n'est pas effectivement au travail

votre conjoint n'a jamais présenté de demande d'assurance vie ou d'assurance maladies graves qui a été refusée par un autre assureur ou toute autre entité

si une preuve d'assurabilité est exigée pour tout montant d'assurance, votre conjoint doit fournir à la Financière Manuvie une preuve satisfaisante selon la Financière Manuvie

Vous pouvez demander une augmentation ou une diminution du montant d'assurance pour votre conjoint en tout temps. Lorsque, par suite de toute augmentation, le montant d'assurance total ne dépasse pas le maximum sans attestation médicale, et que la Financière Manuvie approuve une telle augmentation, l'exclusion touchant les affections préexistantes s'appliquera au montant de l'augmentation de l'assurance, à compter de la date d'effet de la couverture qui découle de la l'approbation d'une telle augmentation. L'exclusion restriction touchant les affections préexistantes continuera de s'appliquer au montant d'assurance initial comme elle le faisait depuis la prise d'effet du montant d'assurance.

Si vous demandez une augmentation du montant d'assurance pour votre conjoint, de sorte que le montant d'assurance total qui en découle dépasse le maximum sans attestation médicale, la Financière Manuvie exigera une preuve d'assurabilité détaillée. Si l'augmentation est approuvée par la Financière Manuvie, la restriction touchant les affections préexistantes cessera de s'appliquer au montant d'assurance total découlant de l'augmentation.

Une affection préexistante s'entend d'une maladie ou d'une blessure pour laquelle, au cours des 24 mois précédant la date d'entrée en vigueur de l'assurance de votre conjoint ou la dernière date de remise en vigueur de sa couverture, selon le cas, votre conjoint a présenté des signes ou des symptômes, reçu des traitements, des soins ou des services médicaux (y compris des services de diagnostic), consulté un médecin ou votre conjoint a reçu la prescription de médicaments, ou pour laquelle votre conjoint a cherché à obtenir un traitement s'il avait été prudent, dans les 24 mois précédant la date d'entrée en vigueur de assurance de votre conjoint, ou la dernière date de remise en vigueur de l'assurance de votre conjoint, selon le cas.

Vos garanties collectives

Exonération de la prime

***Assurance vie
facultative des
personnes à charge -
Exonération
de la prime***

Veillez vous reporter à la section Assurance vie du salarié pour plus de précisions sur la clause Exonération de la prime.

- Exclusion

Si vous n'avez pas adhéré à l'assurance vie facultative du salarié, la clause Exonération de la prime ne peut s'appliquer à l'assurance vie facultative des personnes à charge dont bénéficie votre conjoint, sauf si :

au moment de l'adhésion de votre conjoint à l'assurance vie facultative des personnes à charge, vous avez présenté à la Financière Manuvie une preuve d'assurabilité pour vous-même, et

la Financière Manuvie a accepté votre preuve d'assurabilité

Droit de transformation

***Assurance vie
facultative des
personnes à charge -
Droit de transformation***

Pour plus de renseignements sur le droit de transformation, veuillez vous reporter à la section Assurance vie des personnes à charge.

Exclusions

***Assurance vie
facultative des
personnes à charge -
Exclusions***

Dans le cas d'un suicide, nous ne verserons aucun montant au titre de toute assurance vie facultative des personnes à charge ayant été en vigueur depuis moins d'un an.

Aucune somme d'assurance vie facultative du conjoint ne sera versée pour tout montant maximum sans attestation médicale lorsque le décès est directement ou indirectement attribuable à une affection préexistante au cours des 24 premiers mois de l'assurance.

Vos garanties collectives

Assurance-perte accidentelle de la vie et de membres

*Assurance-perte
accidentelle de la vie et
de membres*

La présente garantie est assurée en vertu de la Police Numéro G0081151, issue par La Financière Manuvie.

Si par suite d'une blessure accidentelle survenue en cours de garantie, vous subissez une perte précisée dans le tableau des pertes ci-dessous, la présente garantie prévoit une aide financière pour vous ou votre bénéficiaire. Si vous décédez, la prestation est payable à votre bénéficiaire. Si votre bénéficiaire décède avant vous ou si vous n'avez pas désigné de bénéficiaire, la prestation est versée à vos ayants droit. Dans le cas des pertes autres que le décès, les prestations vous sont versées.

La garantie

*Assurance-perte
accidentelle de la vie et
de membres -
La garantie*

Montant d'assurance - 2 fois votre salaire annuel, jusqu'à concurrence de 300 000 \$

Maximum sans preuve d'assurabilité - 300 000 \$

Âge de la résiliation - le montant de la garantie diminue de 50 % à 65 ans; la garantie prend fin à la date du départ à la retraite

Période probatoire

3 mois pour les salariés embauchés avant le 1er janvier 2019

aucune pour les salariés embauchés/réembauchés le 1er janvier 2019 ou après

Vos garanties collectives

Tableau des pertes

**Assurance-perte
accidentelle de la vie et
de membres - Tableau
des pertes**

Toute perte qui figure sur ce tableau est admissible pourvu qu'elle :

résulte directement d'une blessure accidentelle

surviene dans les 365 jours qui suivent la date de la blessure accidentelle

soit totale et irréversible ou irrémédiable

Dans le cas de la perte de la parole ou de l'ouïe ou de la perte de l'usage d'un bras, d'une main ou d'une jambe, la perte doit être ininterrompue pendant une période de 12 mois et considérée permanente, avant que la prestation ne soit versée.

La prestation payable pour chaque perte correspond à un pourcentage du montant d'assurance en vigueur au moment de la blessure.

Décès - 100 %

Perte de l'usage ou perte des deux mains ou des deux pieds - 100 %

Perte de la vue des deux yeux - 100 %

Perte d'une main et d'un pied - 100 %

Perte d'une main et de la vue d'un oeil - 100 %

Perte d'un pied et de la vue d'un oeil - 100 %

Perte de la parole et de l'ouïe des deux oreilles - 100 %

Perte de l'usage ou perte d'un bras ou d'une jambe - 75 %

Perte de l'usage ou perte d'une main ou d'un pied - 66 2/3 %

Perte de la vue d'un oeil - 66 2/3 %

Perte de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles - 66 2/3 %

Perte du pouce et de l'index ou d'au moins quatre doigts de la même main - 33 1/3 %

Perte de tous les orteils d'un pied - 25 %

Perte de l'ouïe d'une oreille - 25 %

Hémiplégie, paraplégie ou quadriplégie - 200 %

En cas de pertes multiples au même membre par suite d'une même blessure accidentelle, seule la prestation la plus élevée est versée.

En cas de pertes multiples par suite d'une même blessure accidentelle, la prestation ne peut excéder 100 % du montant d'assurance, sauf dans les cas suivants : hémiplégie, paraplégie et quadriplégie; dans ces trois cas, la prestation maximale ne peut excéder 200 % (à condition que la prestation soit versée de votre vivant).

Vos garanties collectives

Exposition aux éléments et disparition

***Assurance-perte
accidentelle de la vie et
de membres -
Exposition aux
éléments et disparition***

Vous êtes couvert par l'assurance si vous subissez une perte par suite d'une exposition inévitable aux éléments en raison de la submersion, de l'atterrissage forcé, de la disparition, de la destruction, du naufrage ou de l'échouement du véhicule dans lequel vous preniez place. La prestation payable est déterminée en fonction du tableau des pertes.

Si vous disparaissiez et que votre corps n'est pas retrouvé dans les 365 jours suivant la submersion, l'atterrissage forcé, la disparition, la destruction, le naufrage ou l'échouement du véhicule dans lequel vous preniez place, la prestation prévue en cas de décès est versée.

Réadaptation professionnelle

***Assurance-perte
accidentelle de la vie et
de membres -
Réadaptation
professionnelle***

Si, par suite d'une blessure accidentelle, vous subissez l'une des pertes figurant dans le tableau des pertes, et devez par conséquent participer à un programme de réadaptation professionnelle pour pouvoir occuper à nouveau un emploi rémunéré, la Financière Manuvie prend en charge les frais engagés, à condition que les frais soient raisonnables et nécessaires selon la Financière Manuvie et engagés dans les trois années suivant la date de la blessure accidentelle.

La prestation maximale est de 10 000 \$.

La garantie ne prévoit pas le remboursement des frais engagés pour le logement, la subsistance, les déplacements et l'habillement.

Rapatriement

***Assurance-perte
accidentelle de la vie et
de membres -
Rapatriement***

Si votre décès est directement attribuable à une blessure accidentelle survenant pendant un voyage à 150 kilomètres ou plus de votre domicile, la Financière Manuvie prend en charge les frais engagés pour la préparation et le transport du corps jusqu'au lieu de domicile.

La prestation maximale est de 10 000 \$.

Vos garanties collectives

Déplacement d'un proche parent

**Assurance-perte
accidentelle de la vie et
de membres -
Déplacement d'un
proche parent**

Si vous subissez l'une des pertes figurant dans le tableau des pertes, directement attribuable à une blessure accidentelle, et que vous êtes hospitalisé à 150 kilomètres ou plus de votre domicile, la Financière Manuvie prend en charge les frais engagés par un proche parent pour son déplacement et son hébergement, à condition que les frais soient :

raisonnables et nécessaires selon la Financière Manuvie

engagés dans un hôtel situé à proximité de l'hôpital, dans le cas des frais d'hébergement

engagés pour un aller et retour par le chemin le plus direct pour se rendre à l'hôpital, dans le cas des frais de déplacement

Lorsque le proche parent n'utilise pas un moyen de transport dûment autorisé à transporter des voyageurs à titre payant, les frais engagés sont remboursables à raison de 0,20 \$ le kilomètre.

La prestation maximale est de 1 500 \$ par accident.

Études des enfants

**Assurance-perte
accidentelle de la vie et
de membres - Études
des enfants**

Si votre décès est directement attribuable à une blessure accidentelle, la Financière Manuvie rembourse les frais de scolarité pour chaque enfant qui étudie à temps plein dans un établissement d'enseignement postsecondaire ou dans un établissement d'enseignement secondaire, à condition qu'il s'inscrive dans un établissement d'enseignement postsecondaire à temps plein dans les 365 jours qui suivent votre décès.

Un établissement d'enseignement postsecondaire signifie un établissement d'enseignement agréé, notamment une université, un collège privé, un cégep, une école communautaire ou une école des métiers.

La prestation annuelle pour chaque enfant est égale à 5 % du montant d'assurance de votre garantie Assurance-perte accidentelle de la vie et de membres, sous réserve d'un maximum de 5 000 \$. La prestation est payable pendant un maximum de 4 années.

Aucune prestation n'est versée dans les cas suivants :

frais de scolarité engagés avant votre décès

frais engagés pour le logement, la subsistance, les déplacements et l'habillement

Vos garanties collectives

Formation professionnelle du conjoint

**Assurance-perte
accidentelle de la vie et
de membres -
Formation
professionnelle du
conjoint**

Si votre décès est directement attribuable à une blessure accidentelle, la Financière Manuvie prend en charge les frais engagés par votre conjoint pour participer à un programme de formation professionnelle en vue d'acquérir les connaissances indispensables à son entrée sur le marché du travail, à condition que les frais soient :

raisonnables et nécessaires selon la Financière Manuvie

engagés dans les trois années suivant la date de la blessure accidentelle

La prestation maximale est de 10 000 \$.

La garantie ne prévoit pas le remboursement des frais engagés pour le logement, la subsistance, les déplacements et l'habillement.

Ceinture de sécurité

**Assurance-perte
accidentelle de la vie et
de membres - Ceinture
de sécurité**

Si votre décès est directement attribuable à une blessure accidentelle subie pendant que vous conduisiez une automobile ou y preniez place, la Financière Manuvie verse une somme additionnelle égale à 10 % du montant d'assurance de votre garantie Assurance-perte accidentelle de la vie et de membres à condition que votre ceinture de sécurité ait été bien bouclée au moment de la blessure accidentelle et que vous l'ayez utilisée de la façon prescrite.

Garderie

**Assurance-perte
accidentelle de la vie et
de membres - Garderie**

Si votre décès est directement attribuable à une blessure accidentelle, la Financière Manuvie prend en charge les frais de garderie pour chaque enfant de moins de 13 ans qui était inscrit dans une garderie autorisée le jour de la blessure accidentelle, ou qui y est inscrit dans les 365 jours suivant votre décès.

La prestation maximale annuelle par enfant est égale à 5 % du montant d'assurance, sous réserve d'un maximum de 5 000 \$. La prestation est payable pendant un maximum de 4 années.

Aucune prestation n'est versée dans les cas suivants :

frais engagés avant votre décès

frais engagés pour le logement, la subsistance, les déplacements et l'habillement

Vos garanties collectives

Modification du domicile et du véhicule

**Assurance-perte
accidentelle de la vie et
de membres -
Modification du
domicile et du véhicule**

Si vous devez utiliser un fauteuil roulant pour vous déplacer par suite de la réalisation de l'un des risques suivants - perte ou perte de l'usage des deux pieds ou des deux jambes, hémiplegie, paraplégie ou quadriplégie - directement attribuable à une blessure accidentelle, la Financière Manuvie prend en charge les frais raisonnables et nécessaires ci-après engagés dans les 3 années suivant la date de la blessure accidentelle :

le coût des modifications apportées à votre domicile, et

le coût des modifications apportées à un seul véhicule moteur utilisé par vous, en vue de rendre accessible le domicile et le véhicule moteur au fauteuil roulant.

La prestation maximale est de 10 000 \$.

Rente payable en cas d'hospitalisation

**Assurance-perte
accidentelle de la vie et
de membres - Rente
payable en cas
d'hospitalisation**

Si votre hospitalisation est nécessaire par suite d'une perte directement attribuable à une blessure accidentelle, la Financière Manuvie verse une rente mensuelle, sous réserve de ce qui suit :

l'hospitalisation commence en cours de garantie

le séjour à l'hôpital se poursuit après l'expiration d'une période d'attente de 7 jours

La rente payable est égale à 1 % du montant d'assurance, sous réserve d'un maximum de 2 500 \$ par mois.

La rente est payable pendant votre hospitalisation, sous réserve d'une période maximale d'indemnisation de 12 mois.

- Hospitalisations successives

**- Hospitalisations
successives**

Si vous êtes hospitalisé à nouveau par suite de la même blessure accidentelle dans les 183 jours suivant un séjour à l'hôpital ayant ouvert droit à des prestations au titre de la présente garantie, votre séjour à l'hôpital est assimilé au séjour précédent.

Le cas échéant, vous n'aurez pas à accomplir le délai de carence de 7 jours et le versement de la rente payable au cours de l'hospitalisation précédente reprendra. La période maximale d'indemnisation pour l'ensemble des séjours à l'hôpital est de 12 mois.

Vos garanties collectives

Invalidité totale permanente

***Assurance-perte
accidentelle de la vie et
de membres - Invalidité
totale permanente***

Si en cours de garantie, vous souffrez d'invalidité totale permanente, directement attribuable à une blessure accidentelle, la Financière Manuvie vous verse une somme forfaitaire, à condition que :

votre invalidité totale permanente commence dans les 365 jours suivant la date de la blessure accidentelle, et que

votre invalidité totale permanente se poursuive après l'expiration d'une période de 12 mois

La prestation payable correspond au montant d'assurance de votre garantie Assurance-perte accidentelle de la vie et de membres.

- Définition d'invalidité totale permanente

***- Définition d'invalidité
totale permanente***

«Invalidité totale permanente» s'entend d'une incapacité complète et ininterrompue, attribuable à une blessure accidentelle jugée suffisamment grave par la Financière Manuvie pour vous empêcher à tout jamais de travailler contre rémunération.

Cumul des remboursements de frais

***Assurance-perte
accidentelle de la vie et
de membres - Cumul
des remboursements
de frais***

Les frais remboursables au titre de la présente garantie, qui sont également couverts par toute autre assurance prévoyant une couverture semblable, sont d'abord pris en charge par cette assurance. L'excédent est remboursé au titre de la présente garantie, sous réserve des maximums applicables.

Les remboursements effectués au titre de toutes les assurances ne peuvent excéder le montant des frais remboursables effectivement engagés.

Vos garanties collectives

Soumission des demandes de règlement

Pour présenter une demande de règlement portant sur un décès accidentel, votre bénéficiaire doit remplir le formulaire Déclaration de sinistre - Décès.

Pour soumettre une demande de règlement portant sur une mutilation accidentelle, vous devez remplir le formulaire Déclaration de sinistre - Mutilation accidentelle.

Votre employeur possède des exemplaires de ces deux formulaires. À noter que ces formulaires comportent une section devant être remplie par un médecin.

Ces formulaires doivent être soumis, dûment remplis, dans les 90 jours qui suivent la date du sinistre.

Exonération de la prime

Si vous êtes exonéré du paiement de la prime de votre assurance vie en raison d'une invalidité totale, vous êtes également exonéré du paiement de la prime au titre de la présente garantie, à condition que le contrat collectif soit toujours en vigueur. (Voir la rubrique «Exonération de prime» à la section «Assurance vie du salarié».) L'exonération de prime prend fin à la résiliation de cette garantie.

Exclusions

Aucune somme ne sera versée à l'égard de la présente garantie pour un décès ou une perte accidentels si ceux-ci découlent :

d'un suicide ou d'une blessure volontaire

d'une guerre, d'une insurrection, d'une action hostile des forces armées, d'une participation à une émeute ou à un mouvement populaire

d'une infection (sauf une infection pyogène résultant d'une coupure ou d'une blessure accidentelle), d'une maladie, d'une affection, ou d'un traitement médical d'une maladie ou d'une affection, d'une infirmité physique ou mentale

de la perpétration ou de la tentative de perpétration d'un acte criminel ou d'une agression

de blessures subies pendant que vous étiez au volant d'un véhicule motorisé et sous l'emprise de tout produit intoxicant, y compris l'alcool

***Assurance-perte
accidentelle de la vie et
de membres -
Soumission des
demandes de
règlement***

***Assurance-perte
accidentelle de la vie et
de membres -
Exonération de la
prime***

***Assurance-perte
accidentelle de la vie et
de membres -
Exclusions***

Vos garanties collectives

Maximum global-Accident d'appareil de navigation aérienne

*Assurance-perte
accidentelle de la vie et
de membres -
Maximum
global-Accident
d'appareil de
navigation aérienne*

Le montant des prestations payables pour l'ensemble des assurés victimes d'un même accident d'appareil de navigation aérienne ne peut excéder le maximum global de 4 000 000 \$.

Si le total des prestations payables par suite d'un même accident garanti dépasse le maximum global, les prestations individuelles sont calculées au prorata des sommes qui auraient été payables à défaut du maximum global.

Assurance complémentaire de frais de soins médicaux

*Assurance
complémentaire de
frais de soins
médicaux*

La garantie de soins médicaux complémentaires vous est offerte par Peter Kiewit Sons ULC qui a signé un contrat avec la Financière Manuvie sous un document du régime numéro G0028627 pour qu'elle évalue et administre vos demandes de règlement suivant les pratiques et les règles d'assurance courantes. Le paiement de toute demande de règlement admissible se fondera sur les dispositions et les conditions énoncées dans le présent livret et dans le régime d'avantages sociaux de votre employeur.

Si les personnes à votre charge engagent ou vous-même engagez des frais couverts parmi ceux énumérés ci-après, vous aurez peut-être droit à une aide financière au titre de votre assurance complémentaire de frais de soins médicaux.

Le remboursement des frais couverts est limité à tout maximum précisé par la présente garantie ci-après et dans la liste des frais de la section Frais couverts.

Les sommes prises en compte dans le calcul de la prestation maximale correspondent aux sommes versées par la Financière Manuvie après l'application de la franchise, du taux de remboursement et des autres dispositions du régime.

Garantie Médicaments et services pharmaceutiques des personnes domiciliées au Québec

Les régimes de garanties collectives prévoyant une garantie Médicaments pour les personnes domiciliées au Québec doivent répondre à certaines exigences des lois sur la couverture des médicaments et des services pharmaceutiques en vigueur au Québec (Loi sur l'assurance-médicaments et modifiant diverses dispositions législatives et Loi sur l'assurance maladie). Si vous et les personnes à votre charge êtes domiciliés au Québec, les clauses précisées à la section Garantie Médicaments et services pharmaceutiques des personnes domiciliées au Québec s'appliqueront à votre garantie Médicaments.

Vos garanties collectives

La garantie

**Assurance
complémentaire de
frais de soins
médicaux - La garantie**

Garantie maximale globale - aucun plafond

Franchise - 50 \$ garantie individuelle, 50 \$ garantie familiale, par année(s) civile(s)

Ne s'applique pas à ce qui suit :

Médicaments

Traitement médical d'urgence à l'étranger

Orientation à l'étranger

Soins de la vue

Remarque : La franchise ne s'applique pas à Assistance-voyage en cas d'urgence.

- Report de la franchise

Les frais remboursables engagés au cours des 3 derniers mois d'une année civile et appliqués à la franchise, peuvent être reportés sur la franchise de l'année civile suivante.

Maximum des frais d'exécution d'ordonnance

9,00 \$ par ordonnance (si délivré par une pharmacie Express Scripts)

6,00 \$ par ordonnance (si délivré par une autre pharmacie que Express Scripts)

Taux de remboursement (Coassurance) -

100 % pour - Soins hospitaliers - Services et matériel médicaux - Services professionnels - Soins de la vue

Remarque :

Les frais pour les soins d'urgence reçus à l'extérieur du Canada seront remboursés à 100 %.

Les frais pour l'orientation d'un patient à l'étranger pour un traitement médical offert au Canada seront remboursés à 50 %.

Le taux de remboursement applicable aux frais couverts par la garantie Assistance-voyage en cas d'urgence est de 100 %.

Le taux de remboursement applicable aux médicaments est indiqué ci-dessous, sous la rubrique Plan de médicaments génériques ManuScript 2 - Médicaments sur ordonnance, Prestation payable.

Âge de la résiliation - dès que le salarié prend sa retraite

Période probatoire

3 mois pour les salariés embauchés avant le 1er janvier 2019

aucune période probatoire pour tous les salariés embauchés/réembauchés le 1er janvier 2019 ou après

Vos garanties collectives

Frais couverts

**Garantie de soins
médicaux
complémentaires
- Frais couverts**

Les frais précisés sont couverts pourvu qu'ils soient raisonnables et habituels, selon la Financière Manuvie ou votre employeur, et qu'ils soient :

jugés nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure et recommandés par un médecin

engagés pour le traitement d'une personne couverte, en cours de garantie, en vertu de ce régime de garanties collectives

raisonnables compte tenu de tous les facteurs

non remboursables au titre du régime provincial ou de tout autre régime gouvernemental

assurables en vertu de la loi

liés à des médicaments, des fournitures, des soins ou des services reçus selon l'usage prescrit ou recommandés par un médecin

associés à toute fourniture ou à tout médicament, service ou soin assujetti au processus de diligence raisonnable, que le processus ait été effectué et que la fourniture, le médicament, le soin ou le service soit admissible au titre du régime en date de l'approbation, selon les modalités fixées par la Financière Manuvie et comme indiqué à votre employeur, s'il y a lieu

Dans le cas où les soins, les services, les traitements et les fournitures cessent d'être couverts, en tout ou en partie, par un régime provincial, un programme ou un régime public ou encore un programme prévu par la loi, les frais qui ne sont plus couverts par le régime ou le programme en question ne seront pas remboursables d'office au titre du présent régime. Au moment du changement, une évaluation sera faite en vue de déterminer si les frais sont remboursables.

Le présent régime ne prend pas automatiquement en charge l'ensemble des médicaments, des soins, des services et des fournitures. Les nouveaux médicaments, les nouvelles indications de médicaments existants, les soins, les services et les fournitures sont passés en revue par la Financière Manuvie conformément au processus de diligence raisonnable. À la fin du processus, la Financière Manuvie prend l'une des décisions suivantes : couvrir, couvrir en utilisant des critères d'autorisation préalable, exclure ou appliquer des plafonds de remboursement.

Vos garanties collectives

La Financière Manuvie tient à jour une liste de médicaments, de soins, de services et de fournitures qui nécessitent une autorisation préalable. L'autorisation préalable vise à vérifier si le traitement prescrit est nécessaire du point de vue médical. Lorsqu'il existe un traitement équivalent moins cher ou que les lignes directrices en matière de prescription indiquent que les médicaments équivalents doivent être essayés en premier, vous ou la personne à votre charge admissible devrez d'abord essayer le traitement équivalent, à moins qu'il n'y ait une contre-indication médicale au traitement équivalent.

Si elle le juge approprié, la Financière Manuvie demandera au médecin des renseignements médicaux, des résultats de test ou d'autres documents pour déterminer l'admissibilité du médicament, du soin, du service ou des fournitures.

S'il y a lieu, la Financière Manuvie peut vérifier si vous ou les personnes à votre charge font appel aux réseaux de distribution exclusifs de la Financière Manuvie pour l'achat de médicaments, de soins, de services ou de fournitures. La Financière Manuvie peut refuser de rembourser les frais de médicaments, de soins, de services ou de fournitures obtenus d'un fournisseur ne faisant pas partie du réseau de distribution exclusif.

Observance thérapeutique

La non-observance thérapeutique peut faire en sorte que les médicaments, les soins, les services ou les fournitures n'ouvrent plus droit à un remboursement.

Programmes d'aide aux patients

La Financière Manuvie peut exiger que vous ou les personnes à votre charge s'inscrivent et participent à tout programme d'aide aux patients auquel vous êtes admissibles. La Financière Manuvie se réserve le droit de déduire des frais remboursables le montant de l'aide financière à laquelle vous ou les personnes à votre charge avez droit dans le cadre d'un programme d'aide aux patients.

Programmes de gestion des maladies

La participation à un programme de gestion des maladies peut être exigée. La décision relative à l'obligation de participer au programme revient à la Financière Manuvie.

Vos garanties collectives

Provision maximale

Garantie de soins médicaux complémentaires

- Provision maximale

Le remboursement de fournitures qui sont couvertes au titre de la présente garantie et qu'on peut se procurer en grandes quantités sera limité à un approvisionnement de 3 mois au maximum par achat, sauf dans le cas des frais engagés pour des médicaments couverts.

- Frais de médicaments

La quantité maximum de médicaments couverte au titre de la garantie sera la plus petite des quantités suivantes :

- a) la quantité prescrite par le médecin ou le dentiste ou
- b) la quantité devant être utilisée pendant 34 jours

Une quantité de médicaments suffisante pour une période pouvant aller jusqu'à 100 jours pourra être couverte dans le cas d'un traitement de longue durée, si le médecin et le pharmacien jugent qu'il convient de prescrire une plus grande quantité de médicaments.

Soins hospitaliers

Soins hospitaliers

les frais qui dépassent les frais de séjour dans une salle commune d'hôpital (trois lits et plus) pour une chambre à deux lits, à condition que :

- la personne soit hospitalisée, et
- le type de chambre a été expressément choisi par écrit par la personne couverte.

la partie des frais de séjour en salle ou des frais modérateurs facturée au patient à l'hôpital (ou les frais similaires) n'est pas couverte

Vos garanties collectives

Plan de médicaments génériques Manuscript 2 - Médicaments sur ordonnance

Plan de médicaments génériques Manuscript 2 - Médicaments sur ordonnance

Les frais suivants sont couverts s'ils sont engagés pour des médicaments ou des fournitures prescrits par écrit par un médecin ou un dentiste et délivrés par un pharmacien autorisé :

médicaments pour le traitement d'une maladie ou d'une blessure qui, légalement ou par convention, ne peuvent être délivrés que sur ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste

contraceptifs oraux

médicaments injectables (les frais demandés par un professionnel de la santé ou un médecin pour l'administration de médicaments injectables ne sont pas couverts)

médicaments essentiels au maintien de la vie

vaccins et médicaments préventifs (par voie orale ou injection)

aides diagnostiques, aiguilles et seringues ordinaires nécessaires pour le traitement du diabète (les frais pour les tampons d'ouate, l'alcool à friction, les injecteurs automatiques à pression et autres appareils semblables ne sont pas couverts.)

Les frais engagés pour médicaments, produits biologiques et préparations similaires qui sont administrés à l'hôpital à un patient hospitalisé ou en consultation externe ne sont pas couverts.

Les frais engagés pour médicaments jugés inadmissibles à la suite du processus de diligence raisonnable ne sont pas couverts.

Les frais engagés pour médicaments pour le traitement des dysfonctions sexuelles ne sont pas couverts.

- Maximum pour les médicaments

- Maximum pour les médicaments

Médicaments contre la stérilité - 15 000 \$ la vie durant

Médicaments anti-tabac - 1 000 \$ la vie durant

Tous les autres médicaments couverts - aucun plafond

Vos garanties collectives

- Prestation payable

Le remboursement des frais engagés pour des médicaments couverts tient compte de la franchise, du maximum des frais d'exécution d'ordonnance, s'il y a lieu, du maximum des médicaments et du taux de remboursement de 80 % applicables aux médicaments.

Le montant des frais remboursables ne pourra dépasser le coût du médicament équivalent moins cher qui peut être légalement utilisé pour exécuter l'ordonnance, selon la liste des médicaments couverts par le régime provincial ou un équivalent moins cher qui donne des résultats semblables sur le plan thérapeutique reconnu par la Financière Manuvie.

La Financière Manuvie peut limiter les frais remboursables au coût d'un médicament interchangeable moins cher au moment de l'achat du médicament.

Lorsqu'il n'existe aucun médicament équivalent moins cher pouvant être utilisé à la place du médicament prescrit, le montant des frais remboursables est égal au coût du médicament prescrit.

Médicaments sur ordonnance - Aucune substitution

- Médicaments sur ordonnance - Aucune substitution

Lorsque le médecin ou le dentiste indique sur l'ordonnance que le médicament prescrit ne doit pas être remplacé par un autre produit, le remboursement maximal correspond au prix du médicament équivalent moins cher qui peut être légalement utilisé pour exécuter l'ordonnance, selon la liste des médicaments couverts par le régime provincial ou un équivalent moins cher qui donne des résultats semblables sur le plan thérapeutique reconnu par la Financière Manuvie.

Lorsqu'il n'existe aucun médicament équivalent moins cher pouvant être utilisé à la place du médicament prescrit, le montant des frais remboursables est égal au coût du médicament prescrit.

Le remboursement au coût du médicament prescrit pour lequel il existe un équivalent moins cher ne peut être pris en considération que si le médecin traitant fournit des renseignements médicaux indiquant les raisons pour lesquelles le médicament équivalent moins cher n'est pas toléré ou est inefficace.

Le remboursement des frais engagés pour des médicaments couverts tient compte de la franchise, du maximum des frais d'exécution d'ordonnance, s'il y a lieu, du maximum des médicaments et du taux de remboursement de 80 % applicables aux médicaments.

Vos garanties collectives

- Paiement d'ordonnances

Paiement d'ordonnances

Lorsque vous présentez votre carte-médicaments à votre pharmacien, ce dernier peut obtenir immédiatement les détails de votre couverture. Au moment de l'achat, vous et les personnes à votre charge n'avez donc pas à payer le coût intégral des médicaments ou des fournitures prescrits.

Cette carte est acceptée par les pharmaciens participants qui affichent la vignette pertinente ayant trait au paiement direct de produits pharmaceutiques.

Pour obtenir les médicaments ou des fournitures qui vous ont été prescrits, vous devez :

- a) présenter votre carte-médicaments au pharmacien au moment de l'achat et
- b) acquitter la partie des frais qui n'est pas remboursable au titre de la présente garantie.

Vous devrez payer le coût intégral des médicaments ou des fournitures qui vous ont été prescrits au moment de leur achat :

si vous ne pouvez trouver une pharmacie participante,

si vous n'avez pas votre carte-médicaments ou

si les médicaments qui vous ont été prescrits ne peuvent être payés avec votre carte-médicaments

Pour de plus amples détails sur les modalités de remboursement à l'égard des frais des médicaments que vous avez payés intégralement, veuillez vous adresser à votre employeur.

Programme de gestion des médicaments de spécialité

Programme de gestion des médicaments de spécialité

Le Programme de gestion des médicaments de spécialité repose sur un réseau de fournisseurs privilégiés pour offrir des services pharmaceutiques, des tarifs préférentiels et des services de gestion de dossiers à l'égard des médicaments de spécialité. Les médicaments de spécialité sont des médicaments coûteux servant au traitement de maladies chroniques complexes ou mettant la vie en danger; ces médicaments peuvent exiger des soins particuliers sur les plans de la conservation, de la manipulation et de l'administration (par injection ou par perfusion, entre autres), demander des efforts importants au chapitre de l'information des patients et nécessiter une surveillance et une gestion rigoureuses, comme l'a déterminé la Financière Manuvie. Les services décrits ci-dessous s'appliquent aux personnes couvertes et inscrites au programme.

Vos garanties collectives

- Gestion de dossiers

Les services de gestion de dossiers peuvent comprendre, par exemple, ce qui suit :

introduction au programme

arrangements nécessaires pour l'exécution des ordonnances et la distribution des médicaments

information sur les maladies et les médicaments

optimisation des thérapies

coordination des essais d'efficacité pour vérifier si le médicament produit l'effet escompté

accompagnement santé dans quatre domaines, soit l'alimentation, l'activité physique, la désaccoutumance au tabac et la gestion du stress

aide à la recherche d'autres sources de financement, qui peuvent comprendre les programmes d'aide aux patients et les programmes provinciaux

coordination et transfert des ordonnances à l'une des pharmacies du réseau

surveillance de l'observance du traitement

aide pour la gestion des effets secondaires

L'étendue des services de gestion de dossiers offerts variera en fonction du diagnostic posé, du médicament prescrit et du plan de traitement recommandé.

Les services pharmaceutiques fournis dans le cadre du Programme de gestion des médicaments de spécialité comprennent ce qui suit :

tarifs préférentiels

expertise dans la gestion des médicaments de spécialité

livraison des médicaments à l'endroit choisi, soit à domicile, à une clinique de perfusion ou au cabinet du médecin

service d'assistance téléphonique donnant accès aux conseils d'un pharmacien à toute heure du jour ou de la nuit

expertise dans l'expédition des médicaments thermosensibles et la gestion de la chaîne de froid

expertise dans la gestion des perfusions, des injections, de l'éducation, des soins oncologiques personnels et attentionnés, et des médicaments biologiques

Les règles en vigueur au Québec à l'heure actuelle empêchent la Financière Manuvie d'offrir les services d'un réseau de fournisseurs privilégiés dans cette province. La Financière Manuvie offrira ces services au moment où les règles en question seront modifiées.

Vos garanties collectives

- Remboursement des médicaments de spécialité

Lorsqu'un médicament est jugé admissible au titre du régime, mais qu'un autre médicament donne des résultats semblables sur le plan thérapeutique, le programme prévoit le remboursement des frais selon le coût du médicament équivalent le moins cher.

Si le médecin fournit la preuve que le médicament équivalent n'est pas toléré par le patient, ou qu'il est inefficace dans son cas, le remboursement du médicament sera alors pris en considération.

Les frais remboursables sont assujettis à la franchise relative aux médicaments, au plafond des frais d'exécution d'ordonnance, au pourcentage de remboursement des frais de médicaments et, s'il y a lieu, au maximum qui figurent dans le tableau des garanties.

La Financière Manuvie peut exiger que la personne couverte s'inscrive à tout programme d'aide aux patients auquel elle est admissible et qu'elle y participe. La Financière Manuvie assurera la corrdination des prestations exigibles au titre du présent contrat avec celles auxquelles vous avez droit au titre du programme d'aide aux patients.

Soins de la vue

un examen de la vue par année civile

achat et ajustement de lunettes ou de lentilles cornéennes pour corriger la vue, ainsi que les réparations, ou interventions au laser visant à corriger la vue au choix, jusqu'à concurrence de 200 \$ par année civile

si des lentilles cornéennes sont nécessaires pour traiter une grave affection ou qu'elles peuvent porter le degré de vision de l'oeil le plus puissant à 20/40 dans les cas où des lunettes ne permettent pas un tel résultat, le maximum des frais couverts sera de 200 \$ par 2 année(s) civile(s)

exercices optiques, jusqu'à concurrence de 200 \$ la vie durant

Soins de la vue

Vos garanties collectives

Services professionnels

Services professionnels

Services offerts par les praticiens diplômés suivants :

Chiropraticien - 500 \$ par année(s) civile(s)

Ostéopathe - 500 \$ par année(s) civile(s)

Podiatre/Chiropodiste - 500 \$ par année(s) civile(s)

Naturopathe - 500 \$ par année(s) civile(s)

Orthophoniste - 500 \$ par année(s) civile(s)

Physiothérapeute - 500 \$ par année(s) civile(s)

Psychologue/Travailleur social/Conseiller clinicien/Psychothérapeute/Thérapeute
conjugal et familial/Psychanalyste - Aucun plafond

Acupuncteur - 500 \$ par année(s) civile(s)

Certains de ces services professionnels sont payés en partie par les régimes provinciaux. La législation provinciale peut exiger que le plafond prévu par le régime provincial ait été payé avant qu'une assurance ne soit applicable au solde impayé. Dans les provinces où c'est le cas, les sommes prévues par la présente garantie sont payables une fois que le maximum annuel prévu par le régime provincial a été versé.

Il n'est pas nécessaire qu'un médecin recommande les services professionnels.

Services et matériel médicaux

Services et matériel médicaux

Dans le cas du matériel médical couvert au titre de la présente garantie, les frais remboursables sont limités au coût de l'appareil ou de l'article qui répond adéquatement aux besoins médicaux fondamentaux du patient.

Vos garanties collectives

Soins infirmiers privés

- Soins infirmiers
privés

Soins infirmiers relevant de la compétence d'une infirmière et dispensés au domicile du patient par :

une infirmière autorisée, ou

une infirmière auxiliaire (ou toute autre désignation équivalente) qui a complété un programme de formation reconnu en médication

Les frais couverts sont remboursables, jusqu'à concurrence de 15 000 \$ par année(s) civile(s).

Les frais engagés pour les services suivants ne sont pas couverts :

soins de garde, travaux ménagers ou services de surveillance

soins donnés par une infirmière qui est un proche parent ou qui vit sous le même toit que le patient

soins donnés pendant que le patient séjourne dans un hôpital, une maison de repos ou autre établissement semblable

soins pouvant être donnés par une personne n'ayant pas les compétences requises, par un parent, un ami du patient ou une personne vivant sous le même toit que lui

Détermination préalable des frais remboursables

On vous suggère de soumettre un plan de traitement détaillé, y compris une évaluation des coûts, avant que ne commencent les soins infirmiers privés. Vous serez ensuite informé des indemnités qui seront accordées.

Ambulance

- Ambulance

le transport en ambulance autorisée, y compris en ambulance aérienne, fourni dans la province du domicile du patient, pour transférer le patient à l'hôpital le plus proche qui soit en mesure de dispenser le traitement requis

Appareils médicaux

- Appareils médicaux

location ou achat, si la Financière Manuvie ou votre employeur le permet, du matériel suivant :

- Matériel de mobilité : béquilles, cannes, ambulateurs et fauteuils roulants

- Équipement médical durable : lit d'hôpital, respirateur et appareil pour l'administration de l'oxygène et autres appareils médicaux que l'on retrouve habituellement dans les hôpitaux

Vos garanties collectives

Prothèses non dentaires, supports et aides auditives

- Prothèses non
dentaires, supports et
aides auditives

prothèses externes

achat de 4 paires de bas de soutien par année civile

achat de 4 soutiens-gorge post-mastectomie par année civile

attelles (sauf les attelles podologiques), bandages herniaires, colliers, orthèses de la jambe, plâtres et éclisses

chaussures orthopédiques de série et modifications ou ajustements aux chaussures orthopédiques de série ou aux chaussures ordinaires, jusqu'à concurrence de 150 \$ par année(s) civile(s) (la recommandation d'un médecin ou d'un podiatre est exigée)

chaussures fabriquées sur mesure qui sont nécessaires en raison d'une anomalie physiologique qui, selon les preuves médicales, ne peut être corrigée par des chaussures orthopédiques de série ni des chaussures orthopédiques de série modifiées, jusqu'à concurrence d'une paire par année civile (les chaussures fabriquées sur mesure doivent être fabriquées par un spécialiste autorisé en chaussures orthopédiques)

orthèses moulées, fabriquées sur mesure, sous réserve d'un maximum de 400 \$ par 3 année(s) civile(s) (la recommandation d'un médecin ou d'un podiatre est exigée)

coût, mise en place, réparation et entretien des aides auditives (y compris l'achat de piles), jusqu'à concurrence de 500 \$ toutes les 5 année(s) civile(s)

Autres services et matériel médicaux

- Autres services et
matériel médicaux

fournitures nécessaires contre l'incontinence ou par suite d'une iléostomie ou d'une colostomie

pansements médicamenteux et vêtements pour brûlés

perruques et prothèses capillaires pour les patients qui ont temporairement perdu leurs cheveux par suite d'un traitement médical, sous réserve d'un maximum de 250 \$ la vie durant

oxygène

tests microscopiques et d'autres actes et tests diagnostiques semblables effectués dans un laboratoire autorisé dans la province de Québec, jusqu'à concurrence de 1 000 \$ par année civile

traitement de blessures accidentelles causées aux dents naturelles ou à la mâchoire, pourvu que le traitement soit fourni dans les 12 mois suivant l'accident, à moins qu'un délai plus long ne soit requis par la loi. Les blessures résultant d'une morsure ou de la mastication sont exclues.

Vos garanties collectives

Frais engagés à l'extérieur de la province/à l'étranger

- Frais engagés à l'extérieur de la province/à l'étranger

traitement médical requis par suite d'une situation d'urgence qui commence pendant un séjour à l'extérieur de la province où la personne est domiciliée, pourvu que la personne couverte qui reçoit le traitement soit aussi couverte par le régime d'assurance-maladie de sa province pendant ce séjour à l'étranger.

Soins médicaux en cas d'urgence modalités :

- a) La couverture s'applique en cas de soins médicaux qui doivent être prodigués sans délai en raison de ce qui suit :
 - blessure soudaine et inattendue ou nouvelle affection survenant lorsqu'une personne couverte voyage à l'extérieur de sa province de résidence ou
 - problème de santé particulier ou affection précise déjà diagnostiquée, mais stable du point de vue médical, lors du départ.
- b) La couverture s'applique en cas d'urgence médicale liée à la grossesse, pourvu que le voyage soit terminé au moins quatre semaines avant la date prévue de l'accouchement.
- c) Vous et les personnes à votre charge devez être couverts au titre d'un régime d'assurance maladie public.

Par « stable », on entend que, dans les 90 jours précédant la date du départ, la personne couverte n'a :

reçu aucun traitement ni subi d'examen à l'égard de nouveaux symptômes ou d'une nouvelle affection;

connu aucune aggravation des symptômes existants ni augmentation de leur fréquence;

dû apporter aucun changement à ses traitements ou médicaments (à part les ajustements de routine dans le cadre de soins continus);

pas été hospitalisée pour recevoir un traitement lié à l'affection.

La couverture n'est pas offerte s'il est prévu que vous (ou la personne à votre charge) subissiez un test, un examen ou un traitement inhabituel relativement à votre affection ou à une affection non diagnostiquée.

Vos garanties collectives

L'urgence médicale prend fin lorsque le médecin traitant estime, d'après les renseignements médicaux dont il dispose, que l'état du patient est suffisamment stable pour lui permettre de retourner dans sa province ou son territoire de résidence.

les frais sont couverts jusqu'à concurrence de 5 000 000 \$ la vie durant

orientation à l'extérieur du Canada en vue d'un traitement offert au Canada, jusqu'à concurrence de 3 000 \$ toutes les 3 année(s) civile(s).

Si, pendant qu'elle suit un traitement médical pour lequel elle a été dirigée à l'étranger, la personne couverte a besoin d'un traitement pour un problème médical qui est lié directement ou indirectement à ce traitement, la totalité des frais payables pour le traitement entier est assujettie au maximum versé pour traitement à l'étranger, soit 3 000 \$ toutes les 3 année(s) civile(s).

Dans le cas d'un traitement qui n'est pas administré au Canada, autre qu'un traitement médical d'urgence :

on vous exige que ce traitement soit jugé nécessaire par un médecin exerçant la médecine au Canada et

on vous suggère de soumettre une description détaillée du traitement à des fins d'évaluation des coûts, avant que ne commence le traitement. Vous serez ensuite informé de la somme qui sera accordée, le cas échéant.

Les frais engagés pour ce qui suit sont payables au titre de cette garantie :

services d'un médecin

hospitalisation selon les tarifs normaux s'appliquant à une chambre commune (frais de séjour excédant le tarif en salle, si la couverture Soins hospitaliers est offerte au titre du présent régime)

services hospitaliers spéciaux

frais engagés à l'hôpital en consultation externe

services d'ambulance autorisée, y compris d'ambulance aérienne, pour transférer le patient à l'établissement médical ou l'hôpital le plus proche qui soit en mesure de dispenser le traitement requis

évacuation sanitaire pour l'admission dans un hôpital ou un établissement médical dans la province du domicile du patient

Le montant payable à l'égard de ces frais sera basé sur les frais ordinaires moins le montant payable au titre du régime provincial.

Quant à tous les autres frais couverts engagés à l'extérieur de la province de domicile au titre de la garantie de soins médicaux complémentaires, ils sont remboursés au même titre que s'ils avaient été engagés dans la province de domicile.

Vos garanties collectives

Assistance-voyage en cas d'urgence

Assistance-voyage en cas d'urgence est un programme d'assistance-voyage dont vous et les personnes à votre charge couvertes pouvez bénéficier lorsque vous séjournez temporairement à l'extérieur de la province de votre domicile. Les services d'assistance sont fournis par une organisation internationale, spécialisée en assistance-voyage.

Les services suivants sont offerts lorsque survient une urgence médicale ou non médicale, et pendant toute période au cours de laquelle vous êtes couvert pour les frais engagés à l'extérieur de la province de votre domicile habituel ou à l'étranger.

De plus, Assistance-voyage en cas d'urgence vous offre au titre de la présente garantie un service de conseils-santé, que vous soyez à la maison ou en voyage.

Des renseignements sur le programme Assistance-voyage en cas d'urgence sont fournis ci-dessous, ainsi que dans votre dépliant Assistance-voyage en cas d'urgence.

Assistance médicale en cas d'urgence

Soins médicaux en cas d'urgence modalités :

- i) La couverture s'applique en cas de soins médicaux qui doivent être prodigués sans délai en raison de ce qui suit :
 - blessure soudaine et inattendue ou nouvelle affection survenant lorsqu'une personne couverte voyage à l'extérieur de sa province de résidence ou
 - problème de santé particulier ou affection précise déjà diagnostiqué, mais stable du point de vue médical, lors du départ.
- ii) La couverture s'applique en cas d'urgence médicale liée à la grossesse, pourvu que le voyage soit terminé au moins quatre semaines avant la date prévue de l'accouchement.
- iii) Vous et les personnes à votre charge devez être couverts au titre d'un régime d'assurance maladie public.

**Assistance-voyage en
cas d'urgence**

Vos garanties collectives

Par « stable », on entend que, dans les 90 jours précédant la date du départ, la personne couverte n'a :

reçu aucun traitement ni subi d'examen à l'égard de nouveaux symptômes ou d'une nouvelle affection;

connu aucune aggravation des symptômes existants ni augmentation de leur fréquence;

dû apporter aucun changement à ses traitements ou médicaments (à part les ajustements de routine dans le cadre de soins continus);

pas été hospitalisée pour recevoir un traitement lié à l'affection.

La couverture n'est pas offerte s'il est prévu que vous (ou la personne à votre charge) subissiez un test, un examen ou un traitement inhabituel relativement à votre affection ou à une affection non diagnostiquée.

L'urgence médicale prend fin lorsque le médecin traitant estime, d'après les renseignements médicaux dont il dispose, que l'état du patient est suffisamment stable pour lui permettre de retourner dans sa province ou son territoire de résidence.

a) **Assistance 24 heures sur 24**

Assistance multilingue disponible 24 heures sur 24, 7 jours par semaine, par téléphone (sans frais ou à frais virés), par télex ou par télécopieur.

b) **Adresses de médecins, dentistes, etc.**

Adresse du médecin, du dentiste, du pharmacien ou de l'établissement médical approprié le plus proche et confirmation de la couverture.

c) **Règlement des frais médicaux**

Si un hôpital ou tout autre dispensateur de soins médicaux exige un acompte ou le paiement intégral des services fournis et que les frais totalisent plus de 200 \$ (en dollars canadiens), les mesures nécessaires seront prises pour payer ces frais et présenter au nom de la personne couverte les demandes de remboursement nécessaires.

Le paiement et le remboursement des frais tient compte de la couverture de la personne couverte au titre du régime provincial d'assurance-maladie et de la présente garantie. S'il s'avère que les frais qui ont été réglés excèdent le montant des prestations auxquelles la personne couverte a droit, l'administrateur se réserve le droit d'exiger que la personne couverte rembourse le trop-perçu ou fasse cession des prestations payables par le régime provincial d'assurance-maladie.

Vos garanties collectives

d) **Contrôle des soins reçus**

Le personnel médical effectuera un contrôle des soins et services médicaux reçus et entrera en communication, aussi souvent que nécessaire, avec la personne couverte, son médecin traitant, son médecin de famille et sa famille.

e) **Transport pour des raisons médicales**

Si c'est nécessaire du point de vue médical, les mesures nécessaires seront prises en vue du transport de la personne couverte à destination et en provenance du plus proche établissement médical ou à destination d'un établissement médical de la province de son domicile. Les frais engagés pour le transport médical sont remboursables aux conditions précisées dans votre brochure explicative au paragraphe Services et matériel médicaux - Ambulance.

Si c'est nécessaire du point de vue médical, les frais engagés pour le transport aller-retour d'un accompagnateur médical sont pris en charge.

f) **Rapatriement des enfants à charge**

Si par suite de l'hospitalisation d'une personne couverte, des enfants à sa charge se retrouvent seuls, Assistance-voyage en cas d'urgence organise le voyage de retour des enfants jusqu'à leur domicile et prend en charge la portion non remboursable du voyage.

Si c'est nécessaire, Assistance-voyage en cas d'urgence prend également en charge le voyage aller-retour d'une personne qualifiée pour accompagner les enfants.

Vos garanties collectives

g) Interruption du voyage ou retard sur le programme

Si un voyage ne peut se poursuivre ou est retardé en raison d'une maladie ou d'une blessure d'une personne couverte, Assistance-voyage en cas d'urgence organise le transport en classe économique (aller simple) de chaque personne couverte et du compagnon de voyage (s'il y a lieu), afin qu'il puisse poursuivre le voyage ou rentrer chez lui, et prend en charge la portion non remboursable du voyage.

Un compagnon de voyage est une personne qui voyage avec la personne couverte et dont les frais de transport et d'hébergement ont été payés à l'avance en même temps que ceux de la personne couverte.

Si la personne couverte décide de poursuivre le voyage, les frais engagés ultérieurement liés directement ou indirectement à la même maladie ou à la même blessure ne seront pas remboursés.

Si la personne couverte doit revenir à la maison en raison de l'hospitalisation ou du décès d'un proche parent, Assistance-voyage en cas d'urgence organise son transport en classe économique (aller simple) et prend en charge la portion non remboursable du voyage.

h) Convalescence après la sortie de l'hôpital

Si, pour des raisons médicales, la personne couverte est dans l'incapacité de voyager suivant sa sortie de l'hôpital, les frais engagés pour les repas et l'hébergement après la date de départ initialement prévue sont remboursés, sous réserve du maximum prévu à l'alinéa l).

i) Déplacement d'un proche parent

Si, pendant un voyage effectué seul, la personne couverte est hospitalisée et que l'hospitalisation doit durer plus de 7 jours, Assistance-voyage en cas d'urgence prend en charge le voyage aller-retour en classe économique d'un proche parent jusqu'à l'hôpital. Le déplacement du proche parent doit préalablement être approuvé par l'administrateur.

j) Retour du véhicule automobile

Si la personne couverte est dans l'incapacité, pour cause de maladie, de blessure ou de décès, de conduire son véhicule ou un véhicule de location, Assistance-voyage en cas d'urgence prend les dispositions nécessaires pour ramener le véhicule à son domicile ou à l'agence de location la plus proche et prend en charge les frais jusqu'à concurrence de 1 000 \$ (en dollars canadiens).

Vos garanties collectives

k) **Identification du corps de la personne couverte**

Si la personne couverte décède au cours d'un voyage effectué seul, Assistance-voyage en cas d'urgence paie, si cela est nécessaire, le voyage aller-retour d'un proche parent, en classe économique, pour qu'il identifie le corps avant son rapatriement.

l) **Hébergement et repas**

Dans les situations décrites aux paragraphes f), g), h), i) et k), les frais d'hébergement et de repas sont pris en charge, sous réserve d'un maximum global de 2 000 \$ (en dollars canadiens) par urgence médicale.

Assistance non médicale

a) **Rapatriement du corps de la personne couverte**

Si la personne couverte décède pendant un voyage, Assistance-voyage en cas d'urgence se charge d'obtenir les autorisations nécessaires et prend les dispositions pour que le corps soit rapatrié dans la province de domicile de la personne couverte. Sont remboursables les frais engagés pour la préparation du corps, ainsi que pour son transport, sous réserve d'un remboursement maximal de 5 000 \$ (en dollars canadiens). Les frais liés à l'inhumation, notamment l'achat d'un cercueil ou d'une urne, ne sont pas remboursables.

b) **Remplacement de papiers personnels et de titres de transport**

En cas de perte ou de vol, Assistance-voyage en cas d'urgence communique avec les autorités locales pour vous aider à remplacer les passeports, les visas, les titres de transport ou autres documents de voyage.

c) **Adresses de conseillers juridiques**

Assistance-voyage en cas d'urgence donne l'adresse d'un conseiller juridique sur place et, au besoin, aide la personne couverte à se faire avancer des fonds par sa famille, ses amis, ou sur ses cartes de crédit.

d) **Service d'interprétation téléphonique**

Assistance-voyage en cas d'urgence offre un service d'interprétation téléphonique dans les principales langues.

Vos garanties collectives

e) **Transmission de messages**

Un service de messagerie téléphonique s'occupe de transmettre à la personne couverte les messages de sa famille, de ses amis ou de ses associés. Il achemine également les messages de la personne couverte. Les messages sont gardés pendant 15 jours.

f) **Assistance avant le voyage**

Assistance-voyage en cas d'urgence fournit des renseignements à jour sur les exigences du pays où la personne couverte compte se rendre en matière de passeport, visa, vaccination et inoculation.

Service de conseils-santé

La personne couverte peut avoir recours aux services suivants s'ils sont nécessaires par suite d'une maladie ou d'une blessure :

a) **Accès aux services d'une infirmière autorisée**

La personne couverte peut communiquer avec une infirmière autorisée au moyen d'un numéro de téléphone sans frais sept jours par semaine, lorsqu'elle ne peut normalement joindre son médecin de famille.

b) **Conseils médicaux**

Des conseils médicaux peuvent être fournis dans les cas suivants :

- i) La personne couverte veut savoir si une maladie ou une blessure peut être traitée en toute sécurité à la maison ou si elle doit consulter un médecin ou se rendre à la salle d'urgence;
- ii) La personne couverte veut connaître les effets secondaires d'un médicament prescrit ou d'un remède; et
- iii) Tout autre service lié aux soins de santé qui peut être demandé par la personne couverte.

c) **Transfert de l'appel au service 9-1-1**

Si nécessaire, l'appel de la personne couverte est immédiatement acheminé au service 9-1-1 pour assistance médicale.

d) **Suivi**

Si nécessaire, l'infirmière autorisée rappelle la personne couverte dans les 24 heures suivant l'appel initial afin d'assurer un suivi.

Vos garanties collectives

Exclusions

L'administrateur et la compagnie d'assistance-voyage retenue par l'administrateur pour fournir les services offerts au titre de la présente garantie sont dégagés de toute responsabilité quant à la disponibilité, la qualité ou aux résultats des traitements reçus par la personne couverte. Ils sont également dégagés de toute responsabilité si, pour quelque raison que ce soit, la personne couverte ne reçoit les traitements médicaux ou les services d'assistance d'urgence.

Les services d'assistance d'urgence peuvent ne pas être offerts dans certains pays en raison de guerre, d'instabilité politique ou d'autres circonstances qui retardent ou empêchent la prestation de tout service.

Comment obtenir les services de Assistance-voyage en cas d'urgence - Votre carte Assistance-voyage en cas d'urgence

Les numéros de téléphone sans frais à composer en cas d'urgence lorsque vous voyagez à l'extérieur de la province de votre domicile sont indiqués sur votre carte Assistance-voyage en cas d'urgence. Ces numéros vous permettront d'entrer en communications avec l'organisation d'assistance-voyage internationale.

Votre numéro d'immatriculation et votre numéro du document du régime qui sont nécessaires pour confirmer votre droit à la couverture sont également indiqués sur votre carte Assistance-voyage en cas d'urgence.

Si vous n'avez pas votre carte Assistance-voyage en cas d'urgence, veuillez communiquer avec votre employeur.

Services du Navigateur SantéMC

Votre assurance maladie complémentaire comprend le Navigateur Santé, un produit qui vous donne accès à des renseignements et à des ressources fiables visant à vous aider à répondre à vos questions touchant la santé et à mieux connaître les services de santé offerts au Canada et dans votre collectivité. Le Navigateur Santé vous donne accès à des guides provinciaux où vous pouvez trouver un résumé de la couverture prévue par le régime d'assurance maladie de votre province, à une base de données sur les médecins au Canada et à des conseils sur la façon de vous y retrouver dans le dédale de ressources sur les soins de santé offertes au pays et d'en tirer le meilleur parti. Il vous donne également accès à un service de deuxième avis médical assuré par un coordonnateur de premier ordre ainsi que par un consortium réunissant certains des plus grands hôpitaux aux États-Unis. Vous pouvez vous prévaloir du service de deuxième avis médical dans le cas de diverses affections couvertes.

**Services du Navigateur
SantéMC**

Vos garanties collectives

Restrictions

Toute affection directement attribuable à l'un des événements ci-après n'est pas couverte au titre des services offerts par le Navigateur Santé :

contamination radioactive qui n'est pas liée à l'emploi occupé;

guerre ou actes belliqueux (que la guerre soit déclarée ou non), invasion, actions d'ennemis, hostilités, mutinerie, émeute, agitation civile, guerre civile, rébellion, révolution, insurrection, conspiration, usurpation du pouvoir par des militaires ou autres agents, imposition de la loi martiale ou état de siège, ou tout événement ou toute cause entraînant la proclamation ou le maintien de la loi martiale ou de l'état de siège.

De plus, la Financière Manuvie ne peut pas être tenue responsable de tous frais engagés par le participant au régime ou une personne à sa charge admissible qui ne sont pas expressément décrits ni couverts au titre des services offerts par le Navigateur Santé ou du contrat d'assurance collective, notamment le coût des traitements, les frais de déplacement, les frais médicaux, les frais associés à l'annulation de rendez-vous et autres dépenses.

Droit de refus

Il peut arriver que les médecins de l'hôpital faisant partie du consortium jugent que les renseignements médicaux fournis par le patient ne permettent pas de donner un deuxième avis médical étant donné qu'ils sont insuffisants ou inadéquats. Le cas échéant, le coordonnateur du service de deuxième avis médical informera le patient dans un délai de 24 heures des raisons pour lesquelles il est impossible de produire un rapport. Le patient aura ensuite la possibilité de fournir d'autres renseignements au coordonnateur, qui les communiquera aux médecins de l'hôpital faisant partie du consortium et donnant le deuxième avis médical. Si ces renseignements sont toujours insuffisants, les médecins de l'hôpital faisant partie du consortium peuvent refuser de donner un deuxième avis médical. De plus, ni les médecins, ni le coordonnateur, ni Manuvie n'ont alors à satisfaire d'autres obligations par rapport à la demande de deuxième avis médical.

Résumé seulement

Veuillez noter que la présente section du livret des garanties ne constitue qu'un résumé des services offerts par le Navigateur Santé. Le dépliant destiné aux participants comporte des renseignements additionnels sur ces services. L'administrateur de votre régime et la Financière Manuvie peuvent répondre à toutes vos questions concernant le produit.

Vos garanties collectives

Soumission des demandes de règlement

Garantie de soins médicaux complémentaires - Soumission des demandes de règlement

Pour faire une demande de règlement en vertu de la garantie de soins médicaux complémentaires, vous devez remplir le formulaire Demande de règlement - Assurance-maladie complémentaire, sauf s'il s'agit d'honoraires du médecin ou de frais d'hospitalisation engagés à l'extérieur de la province de votre domicile. Pour ces frais, vous devez utiliser le formulaire «Frais engagés à l'extérieur de la province ou à l'étranger - Demande de règlement Maladie.» Vous pouvez obtenir les formulaires auprès de votre employeur.

Les reçus appropriés doivent être joints au formulaire dûment rempli lorsqu'une demande est présentée à la Financière Manuvie.

Toutes les demandes de règlement doivent être soumises dans les 12 mois qui suivent la date à laquelle les frais ont été engagés.

Les demandes de règlement pour des frais engagés à l'extérieur du Canada doivent d'abord être présentées au régime provincial. Toute demande portant sur un solde impayé peut ensuite être soumise à la Financière Manuvie, accompagnée des explications de remboursement du régime provincial.

Subrogation

Subrogation

Si les frais médicaux engagés par suite d'une blessure causée par un tiers vous donnent le droit d'intenter une action en dommages-intérêts, l'employeur peut vous demander de remplir un engagement de remboursement en vertu du droit de subrogation lorsque vous présenterez votre demande de règlements.

Après le jugement ou le règlement de votre action en justice, si la somme des dommages-intérêts et des prestations versées par l'employeur dépasse les frais effectivement engagés, vous devrez rembourser l'excédent à l'employeur.

Vos garanties collectives

Exclusions

Garantie de soins médicaux complémentaires - Exclusions

Sont exclus de la garantie de soins médicaux complémentaires les frais liés à ce qui suit :

(Ne s'applique pas au Navigateur SantéMC)

dans le cas de la couverture Assistance-voyage en cas d'urgence et Assistance-voyage en cas d'urgence seulement, blessures auto-infligées, directement ou indirectement, à moins qu'une attestation médicale établisse qu'elles sont reliées à une condition de santé mentale

guerre, insurrection, action hostile d'une force armée, participation à une émeute ou à un mouvement populaire

perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel ou d'une agression

blessures subies pendant que vous étiez au volant d'un véhicule motorisé et sous l'emprise de tout produit intoxicant, y compris l'alcool

une maladie ou une blessure pour laquelle des prestations sont payables au titre d'un régime gouvernemental ou de la Commission de la santé et de la sécurité du travail ou autre organisme semblable

examens médicaux périodiques, rendez-vous manqués, examens demandés par un tiers, voyages pour raisons de santé ou la rédaction de formules de demande de règlement

services ou fournitures payés par le service médical ou dentaire de l'employeur

services ou fournitures pour lesquels aucuns frais ne seraient normalement exigés s'il n'y avait pas eu de couverture au titre des garanties collectives

services ou fournitures pour lesquels le remboursement aurait été fait en vertu d'un régime du gouvernement si la couverture n'existait pas

services ou fournitures que la loi ne nous autorise pas à payer

services ou fournitures nécessaires à des fins récréatives ou sportives

services ou fournitures pour lesquels un remboursement aurait été fait en vertu du régime provincial si une demande avait été présentée en bonne et due forme

traitements médicaux inhabituels ou qui sont de nature expérimentale ou encore qui sont administrés à des fins d'investigation

soins médicaux ou chirurgicaux à des fins esthétiques

les services ou fournitures sont reçus de la personne couverte, d'un proche parent ou d'une personne qui habite avec la personne couverte

les services ou fournitures sont reçus pendant le séjour à l'hôpital

les services ou fournitures qui ne sont pas indiqués dans la description des frais couverts en vertu de cette garantie

Vos garanties collectives

Garantie Médicaments et services pharmaceutiques des personnes domiciliées au Québec

***Garantie Médicaments
et services
pharmaceutiques des
personnes domiciliées
au Québec***

Si vous et les personnes à votre charge êtes domiciliés au Québec, les clauses suivantes s'appliquent à votre garantie Médicaments.

Frais couverts

Les frais suivants sont couverts :

médicaments figurant sur la Liste des médicaments publiée par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (Liste de la RAMQ) au moment où les frais sont engagés,

services pharmaceutiques couverts qui doivent être payés lorsque le médicament figure sur la Liste de la RAMQ,

médicaments faisant partie des frais couverts précisés dans le présent livret des garanties, mais ne figurant pas sur la Liste de la RAMQ.

Vos garanties collectives

Couverture des médicaments figurant sur la Liste de médicaments publiée par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (Liste de la RAMQ) et services pharmaceutiques offerts aux personnes bénéficiant d'un régime privé

Les clauses suivantes s'appliquent aux médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ et aux services pharmaceutiques offerts aux personnes bénéficiant d'un régime privé, conformément à la Loi sur l'assurance médicaments et à la Loi sur l'assurance maladie (RLRQ, chapitre A-29.01). Les clauses standard précisées dans le présent livret des garanties s'appliquent à tous les autres médicaments couverts.

a) Pourcentage de remboursement

Si le montant de la contribution maximale annuelle n'a pas été atteint, la prestation payable par la présente garantie est calculée conformément à ce qui suit :

- i) Si les médicaments figurent sur la Liste de la RAMQ et ne sont normalement pas remboursables par la présente garantie, le pourcentage de remboursement est celui qui est prescrit par la réglementation alors applicable.
- ii) Si les services pharmaceutiques prescrits par la réglementation ne sont pas remboursables au titre de la présente garantie, le pourcentage de remboursement est celui qui est prescrit par la réglementation alors applicable.
- iii) Si les médicaments figurent sur la Liste de la RAMQ et sont également couverts par la présente garantie, les frais sont remboursés selon :
 - ° le pourcentage stipulé dans le livret des garanties, ou
 - ° le pourcentage prescrit par la réglementation alors applicable, si celui-ci est plus élevé.

Lorsque la contribution annuelle maximale est atteinte, le pourcentage de remboursement des frais couverts au titre de la présente garantie est de 100 %.

Vos garanties collectives

b) Contribution maximale annuelle

La contribution maximale annuelle est la partie des frais des médicaments ou de services pharmaceutiques couverts que vous et votre conjoint devez payer au cours d'une année civile, avant que le pourcentage de remboursement au titre de la présente garantie soit de 100 %. Les sommes affectées à ce maximum sont les suivantes :

- i) le montant de la franchise;
- ii) la partie des frais de médicaments couverts qu'une personne couverte doit payer, lorsque le pourcentage de remboursement prévu par la présente garantie est inférieur à 100 %.
- iii) les services pharmaceutiques couverts qui sont rendus par les pharmaciens pour des médicaments figurant sur la Liste de médicaments de la RAMQ.

Votre contribution maximale annuelle et celle de votre conjoint sont stipulées dans la réglementation et comprennent la partie des frais des médicaments couverts et de services pharmaceutiques couverts liés à un médicament figurant sur la Liste de la RAMQ payés à l'égard de vos enfants à charge.

Aux fins du calcul de votre contribution maximale annuelle et de celle de votre conjoint, la partie des frais de médicaments et de services pharmaceutiques couverts payés à l'égard de vos enfants à charge s'ajoute aux frais de la personne dont la contribution se rapproche le plus du maximum.

c) Franchise

Le montant de la franchise de la garantie Médicaments, s'il y a lieu, s'applique, jusqu'à ce que la personne ait atteint la contribution maximale annuelle. Par la suite, la franchise ne s'applique pas.

Vos garanties collectives

d) **Maximum la vie durant**

Le maximum la vie durant de la garantie Médicaments, s'il y a lieu, ne s'applique pas aux médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ ni aux services pharmaceutiques couverts. Les conditions ci-dessous s'appliquent à la couverture des médicaments et des services pharmaceutiques lorsque le maximum la vie durant est atteint :

- i) Seuls sont couverts les médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ.
- ii) Seuls sont couverts les services pharmaceutiques couverts rendus à l'égard des médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ.
- iii) Le pourcentage de remboursement des frais couverts est le pourcentage prescrit par la réglementation alors applicable.

e) **Enfants à charge admissibles**

Vos enfants à charge admissibles qui fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement reconnu sont couverts jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge suivant :

- i) L'âge précisé dans le livret des garanties (veuillez vous reporter à la définition d'enfant dans la section Définition de termes fréquemment utilisés), ou
- ii) 26 ans, si cet âge est plus élevé.

Les conditions ci-dessous s'appliquent à la couverture des médicaments et des services pharmaceutiques des enfants à charge ayant atteint l'âge limite précisé dans le présent livret des garanties :

- Seuls sont couverts les médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ.
- Seuls sont couverts les services pharmaceutiques rendus à l'égard des médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ.
- Le pourcentage de remboursement des frais couverts est le pourcentage prescrit par la réglementation alors applicable.

Vos garanties collectives

f) Cessation de la couverture en raison de l'âge

À condition que vous soyez admissible à la garantie Médicaments, la cessation de la couverture en raison de l'âge prévue pour cette garantie, s'il y a lieu, ne s'applique pas. Les conditions ci-dessous s'appliquent à la couverture médicaments des participants ayant atteint l'âge de cessation de la couverture :

- i) Seuls sont couverts les médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ.
- ii) Seuls sont couverts les services pharmaceutiques couverts rendus à l'égard des médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ.
- iii) Le pourcentage de remboursement des frais couverts est le pourcentage prescrit par la réglementation alors applicable.
- iv) La contribution maximale annuelle est celle stipulée dans la réglementation alors applicable.
- v) La prime exigée pour la couverture médicaments est celle de la Garantie de soins médicaux complémentaires.

Couverture des médicaments figurant sur la liste des frais couverts précisés dans le présent livret des garanties, mais non sur la Liste de la RAMQ

Toutes les clauses standard précisées dans le livret des garanties s'appliquent aux médicaments couverts au titre de la présente garantie mais ne figurant pas sur la Liste de la RAMQ.

Vos garanties collectives

Soins dentaires

Soins dentaires

La garantie de soins dentaires vous est offerte par Peter Kiewit Sons ULC qui a signé un contrat avec la Financière Manuvie sous un document du régime numéro G0028627 pour qu'elle évalue et administre vos demandes de règlement suivant les pratiques et les règles d'assurance courantes. Le paiement de toute demande de règlement admissible se fondera sur les dispositions et les conditions énoncées dans le présent livret et dans le régime d'avantages sociaux de votre employeur.

Si vous ou vos personnes à charge avez besoin de l'un des services dentaires précisés dans la liste des frais couverts, votre assurance de soins dentaires peut vous procurer une aide financière.

Le paiement de frais couverts est assujéti au montant des prestations maximales figurant ci-dessous sous la rubrique La garantie et dans la liste des frais couverts.

La somme prise en compte dans le calcul de la prestation maximale est le montant de la prestation versée après déduction de la franchise et l'application du pourcentage de remboursement ou de toute autre clause applicable.

Vos garanties collectives

La garantie

**Soins dentaires -
La garantie**

Franchise - aucune

Guide des frais dentaires - Guide actuel des honoraires des praticiens généralistes de la province où les services sont rendus

Pourcentage payable des frais couverts (Coassurance) -

100 % pour le Niveau I - Services de base

80 % pour le Niveau II - Services complémentaires de base

50 % pour le Niveau III - Prothèses dentaires

50 % pour le Niveau IV - Services de restaurations majeures

50 % pour le Niveau V - Orthodontie

Plafonds de la garantie

1 500 \$ par année civile - combiné pour le Niveau I et Niveau II et Niveau III et Niveau IV

3 000 \$ la vie durant - pour le Niveau V

Âge de la résiliation - dès que le salarié prend sa retraite

Période probatoire

3 mois pour les salariés embauchés avant le 1er janvier 2019

aucune période probatoire pour tous les salariés embauchés/réembauchés le 1er janvier 2019 ou après

Vos garanties collectives

Frais couverts

Soins dentaires - Frais couverts

Les frais suivants sont couverts

s'ils sont engagés par une personne couverte, au cours de garantie, pour des soins nécessaires

s'ils sont engagés pour les services d'un dentiste ou d'un hygiéniste dentaire exerçant dans les limites de ses compétences, ou par un denturologiste exerçant dans les limites de ses compétences

s'ils sont raisonnables selon votre employeur ou la Financière Manuvie, compte tenu de tous les facteurs

s'ils ne dépassent pas les honoraires proposés dans le tarif des dentistes ou les frais raisonnables et habituels selon votre employeur ou la Financière Manuvie si ceux-ci ne figurent pas dans le tarif des dentistes

Choix de traitement

Soins dentaires - Choix de traitement

Si deux ou plusieurs méthodes de traitement couvertes au titre de la présente garantie permettent de soigner convenablement une affection donnée, votre employeur paiera des indemnités au même titre que si la méthode de traitement la moins chère avait été suivie. La Financière Manuvie déterminera l'efficacité des différents genres de traitement offerts en se référant à un consultant dentaire professionnel.

Vos garanties collectives

Niveau I - Services de base

Soins dentaires - Niveau I - Services de base

examen buccal complet, un examen par période de 2 années civiles

radiographies de la bouche au complet, une radiographie par période de 2 années civiles

une unité de détartrage et une unité de polissage deux fois par année civile, lorsque les soins sont donnés à l'extérieur du Québec, ou prophylaxie, deux fois par année civile, lorsque les soins sont donnés au Québec

examens de rappel, radiographies interproximales, et application de fluorure, deux fois par année civile

enseignement de mesures d'hygiène buccale à la première visite plus un rappel

Vos garanties collectives

Niveau II - Services complémentaires

Soins dentaires -
Niveau II - Services
complémentaires

obturations, tenons et endiguement des puits et des fissures. Les frais de remplacement des obturations sont couverts seulement si :

- l'obturation actuelle est vieille d'au moins 12 mois et son remplacement est nécessaire par suite d'un bris important de l'obturation actuelle ou de carie dentaire récurrente, ou
- l'obturation existante est en amalgame et des preuves médicales indiquent que le patient est allergique aux amalgames

actes chirurgicaux (sauf la chirurgie pour implants) et soins post-chirurgicaux

visites et consultations professionnelles spéciales, anesthésie et analgésie

l'injection d'antibiotiques administrée par un dentiste relativement à une chirurgie dentaire

réparations de dentier, regarnissage et rebasage, seulement si les frais sont engagés plus de 3 mois après la mise en place initiale de la prothèse

extractions (y compris les dents incluses et résiduelles)

dispositifs de maintien d'espace (sauf les appareils posés à des fins orthodontiques)

actes diagnostiques de routine et épreuves de laboratoire

la restauration complète préfabriquée (du métal ou du plastique)

tout traitement des maladies des gencives et d'autres tissus qui soutiennent la dent, y compris :

- le détartrage non couvert au titre du Niveau I, et l'aplanissement des racines, sous réserve d'un maximum combiné de 16 unités par année(s) civile(s) ;

- les contentions provisoires; et

- l'équilibration occlusale, sous réserve d'un maximum de 8 unités par année(s) civile(s)

les services d'endodontie, y compris les traitements radiculaires et les obturations de canaux, l'amputation de racines, les apexifications et les traitements périapicaux. Les traitements radiculaires et les obturations de canaux sont couverts sous réserve d'un traitement initial et d'un traitement subséquent par dent la vie durant. Les traitements subséquents sont couverts seulement si les frais sont engagés plus de 12 mois après le traitement initial

Vos garanties collectives

Niveau III - Prothèses dentaires

**Soins dentaires -
Niveau III - Prothèses
dentaires**

première prothèse dentaire amovible complète ou partielle

remplacement d'une prothèse dentaire amovible, pourvu que la prothèse soit nécessaire pour une des raisons suivantes :

- une dent naturelle est extraite et la prothèse existante ne peut plus être utilisée;
- la prothèse existante date d'au moins 60 mois et ne peut plus être utilisée; ou
- la prothèse existante est temporaire et est remplacée par des prothèses dentaires permanentes dans les 12 mois qui suivent sa mise en place

Une prothèse dentaire visant uniquement à remplacer une dent naturelle manquante avant que l'assuré ne bénéficie de la présente garantie n'est pas couverte.

Niveau IV - Services de restaurations majeures

**Soins dentaires -
Niveau IV - Services de
restaurations majeures**

couronnes et incrustations avec recouvrement uniquement lorsque l'usage des dents est réduit en raison de dommages causés par une lésion ou une carie à l'angle de la cuspide ou à l'angle incisif

incrustations sans recouvrement (couvrant au moins 3 faces de la dent, à condition que la cuspide soit manquante)

premier pont fixe

remplacement d'un pont, pourvu que la prothèse soit nécessaire pour une des raisons suivantes :

- une dent naturelle est extraite et la prothèse existante ne peut plus être utilisée;
- la prothèse existante date d'au moins 60 mois et ne peut plus être utilisée; ou
- la prothèse existante est temporaire et est remplacée par un pont permanent dans les 12 mois qui suivent sa mise en place

Les ponts visant à remplacer uniquement une dent naturelle manquante avant que l'assuré ne bénéficie de la présente garantie ne sont pas couverts.

Vos garanties collectives

Niveau V - Traitements orthodontiques

**Soins dentaires -
Niveau V - Traitements
orthodontiques**

traitements orthodontiques

Restriction pour adhésion tardive

**Soins dentaires -
Restriction pour
adhésion tardive**

Si votre garantie de soins dentaires ou celle de l'une de vos personnes à charge entre en vigueur plus de 31 jours après la date à laquelle vous êtes devenu admissible à cette garantie, la somme payable au cours des 12 premiers mois de la couverture ne dépassera pas 125 \$ par personne couverte.

Détermination préalable des frais remboursables

**Soins dentaires -
Détermination
préalable des frais
remboursables**

Si vous prévoyez que le coût d'un traitement dentaire recommandé dépassera 500 \$, il est conseillé de soumettre, avant que ne commence le traitement, une description détaillée du traitement rédigée par votre dentiste. Vous serez ensuite informé de la somme à laquelle vous avez droit au titre de cette garantie.

Traitement en cours à la fin de la couverture

**Soins dentaires -
Traitement en cours à
la fin de la couverture**

Les frais relatifs à un traitement dentaire en cours à la cessation de la couverture (pour une raison autre que la résiliation du présent document du régime ou de la garantie de soins dentaires) sont remboursables, à condition que ces frais aient été engagés dans les 31 jours suivant la date de cessation de la couverture.

Soumission des demandes de règlement

**Soins dentaires -
Soumission des
demandes de
règlement**

Pour présenter une demande de règlement, votre dentiste et vous devez remplir le formulaire Déclaration de sinistre - Soins dentaires dont votre employeur possède des exemplaires.

Toutes les demandes de règlement doivent être soumises dans les 12 mois qui suivent la date à laquelle les frais ont été engagés.

Subrogation

Subrogation

Si les frais dentaires engagés par suite d'une blessure causée par un tiers vous donnent le droit d'intenter une action en dommages-intérêts, l'employeur peut vous demander de remplir un engagement de remboursement en vertu du droit de subrogation lorsque vous présenterez votre demande de règlements.

Après le jugement ou le règlement de votre action en justice, si la somme des dommages-intérêts et des prestations versées par l'employeur dépasse les frais effectivement engagés, vous devrez rembourser l'excédent à l'employeur.

Vos garanties collectives

Exclusions

Soins dentaires - Exclusions

Sont exclus de la garantie de soins dentaires les frais découlant de ce qui suit :

la guerre, l'insurrection, toute action hostile d'une force armée ou la participation à une émeute ou à toute agitation civile

perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel ou d'une agression

blessures subies pendant que vous étiez au volant d'un véhicule motorisé et sous l'emprise de tout produit intoxicant, y compris l'alcool

soins dentaires à des fins esthétiques, à moins que le traitement soit rendu nécessaire par suite d'une blessure accidentelle survenue pendant que la personne était couverte en vertu de cette garantie

appareils pour prévenir le ronflement et l'apnée du sommeil

rendez-vous manqués, examens demandés par un tiers, frais de déplacement ou frais de rédaction de formules de demande de règlement

services assurés par un régime gouvernemental

services ou fournitures offerts par le service médical ou dentaire de l'employeur

services ou fournitures pour lesquels aucuns frais ne seraient normalement exigés s'il n'y avait pas eu de couverture au titre des garanties collectives

traitement ayant pour but la restauration de la bouche au complet, ainsi que la correction de la dimension verticale ou de toute dysfonction temporo-mandibulaire

remplacement d'appareils dentaires mobiles qui ont été perdus, égarés ou volés

les frais de laboratoire qui dépassent les frais ordinaires et raisonnables

services ou fournitures sont reçus de la personne couverte, d'un proche parent ou d'une personne qui habite avec la personne couverte

implants ou tout service relatif aux implants. Cependant, lorsque vous choisissez un implant et qu'une prothèse dentaire amovible ou un pont fixe permet de soigner convenablement une affection donnée, la Financière Manuvie paiera des indemnités au même titre que si la méthode de traitement la moins chère avait été suivie.

méthode de traitement qui n'est pas reconnue de façon générale par les dentistes comme efficace, appropriée et essentielle au traitement d'une affection dentaire

services ou fournitures qui ne sont pas indiqués dans la description des frais couverts en vertu de cette garantie

Vos garanties collectives

Compte de frais - Mode de vie (CFMV)

Compte de frais - Mode de vie (CFMV)

Votre régime comprends un compte de frais - Mode de vie.

Le numéro du contrat CFMV est le **G0110663**.

Nous vous prions d'indiquer ce numéro sur toutes les demandes de remboursement à effectuer à même votre CFMV.

Vous pouvez vous servir de la somme déposée dans le CFMV pour régler des frais liés à des dépenses de mise en forme, comme les frais suivants :

Adhésion à un club de santé

Programmes de conditionnement physique, abonnements/cours de gym (yoga, Pilates, aérobic, curves, GoodLife, etc.)

Entraîneur personnel

Chaque employé et son conjoint, le cas échéant, recevra un crédit CFMV de 300 \$ par année d'imposition. Le compte de frais imposables est basé sur un report des demandes de règlement. Cela signifie que les dépenses non utilisées peuvent être reportées pendant 12 mois supplémentaires à compter de la fin de l'année d'imposition au cours de laquelle elles ont été engagées. Les crédits ne sont pas reportés au-delà de l'année d'imposition et doivent être utilisés chaque année, sinon ils seront perdus.

Les demandes de règlement doivent être soumises à Manuvie pour remboursement. Vous avez jusqu'au 31 janvier de chaque année pour soumettre des dépenses pour remboursement à partir du solde du crédit de l'année d'imposition précédente.

Tous les frais remboursés à même votre CFMV constituent un revenu imposable qui figurera sur votre relevé T4.

Vos garanties collectives

Garantie complémentaire pour les survivants

*Garantie
complémentaire pour
les survivants*

Si vous décédez pendant que vos personnes à charge sont couvertes au titre du présent régime de garanties collectives, votre employeur et la Financière Manuvie maintiendra en vigueur l'assurance vie des personnes à charge, la garantie de soins médicaux complémentaires et la garantie de soins dentaires, sans frais, jusqu'à celle des dates suivantes qui surviendra la première :

la date où la personne à charge ne répond plus à cette définition (voir «Définition de termes fréquemment utilisés»);

la date où les personnes à charge deviennent admissibles à des garanties semblables auprès d'un autre émetteur,

2 années après votre décès, ou

la date où le document du régime collectif prend fin.

Indemnité hebdomadaire (Invalidité de courte durée)

*Indemnité
hebdomadaire*

La garantie d'Indemnité hebdomadaire vous est offerte par Peter Kiewit Sons ULC sous le document du régime numéro G0075891 de la Financière Manuvie pour qu'elle évalue et administre vos demandes de règlement suivant les pratiques et les règles d'assurance courantes. Le paiement de toute demande de règlement admissible se fondera sur les dispositions et les conditions énoncées dans le présent livret et dans le régime d'avantages sociaux de votre employeur.

Si vous devenez totalement invalide pendant que vous êtes assuré et que vous répondez aux critères d'admissibilité de cette garantie, la Financière Manuvie vous versera des prestations d'invalidité.

Vos garanties collectives

Définition d'invalidité totale

Indemnité
hebdomadaire -
Définition d'invalidité
totale

Invalidité totale s'entend de l'empêchement ou de l'incapacité, en raison d'une maladie ou d'une blessure, d'accomplir les tâches essentielles de votre emploi habituel.

La Financière Manuvie ne tient pas compte des possibilités d'emploi lors de l'évaluation de l'invalidité.

Si vous devez avoir un permis de l'État pour pouvoir accomplir votre travail, vous n'êtes pas considéré comme invalide du seul fait que ce permis vous est retiré ou n'est pas renouvelé.

La garantie

Indemnité
hebdomadaire -
La garantie

Montant d'assurance - 100 % de votre revenu hebdomadaire pour les 13 premières semaines (pour les 14 premières semaines si vous êtes hospitalisé dès la première journée), et 70 % de votre revenu hebdomadaire pour les 12 prochaines semaines

Période d'attente - Aucune, si l'invalidité découle d'un accident; 7 jours civils, si l'invalidité découle d'une maladie

S'il y a hospitalisation pour cause de maladie avant la fin de la période d'attente, le versement des prestations est payable dès la première journée de l'hospitalisation.

Les prestations sont payables à l'expiration de la période d'attente. Aucune prestation n'est versée pour ou pendant la période d'attente.

Vous devez être suivi et traité de façon régulière par un médecin pendant la période d'attente afin d'avoir droit à des prestations à la fin de cette période. Sinon, vos prestations sont payables à compter de la date à laquelle vous êtes traité par votre médecin pour la première fois.

Période d'indemnisation maximale - 26 semaines

Âge de la résiliation - à la date du départ à la retraite

Période probatoire

3 mois pour les salariés embauchés au plus tard à la date d'effet du contrat collectif
Aucune pour tous les autres salariés

Vos garanties collectives

Critères d'admissibilité

Pour avoir droit aux prestations d'invalidité, vous devez répondre aux critères suivants :

vous devez être totalement invalide pendant toute la période d'attente

la Financière Manuvie doit recevoir des attestations médicales confirmant votre empêchement ou votre incapacité, en raison d'une maladie ou d'une blessure, d'accomplir les tâches essentielles de votre emploi habituel

la partie liée à la santé d'un congé de maternité

vous devez être suivi par un médecin et recevoir des soins et des traitements, relativement à votre invalidité

Périodes n'ouvrant pas droit au versement de prestations

Aucune prestation n'est versée dans les cas suivants :

si vous n'êtes pas suivi par un médecin et ne recevez pas des soins et des traitements, relativement à votre invalidité

si vous recevez des prestations de maternité, des prestations parentales, des prestations de compassion ou des prestations de parents ayant un enfant gravement malades de l'assurance-emploi

si vous négligez de fournir à la Financière Manuvie des attestations médicales confirmant votre empêchement ou votre incapacité, en raison d'une maladie ou d'une blessure d'accomplir les tâches essentielles de votre emploi habituel

si vous refusez de subir un examen médical, psychiatrique, psychologique ou fonctionnel par un spécialiste désigné par la Financière Manuvie, ou d'y participer à son déroulement

si vous êtes mis à pied et devenez totalement invalide pendant cette période

si vous êtes en congé autorisé et devenez totalement invalide pendant cette période, à moins que l'employeur ne soit tenu de payer des prestations au cours de cette période en vertu d'une loi, d'un règlement ou de la jurisprudence

si vous occupez un emploi contre rémunération, à l'exclusion d'une activité prévue par le programme de réadaptation

si vous êtes emprisonné ou interné dans un établissement correctionnel ou dans un établissement psychiatrique, sur ordonnance d'une cour criminelle

**Indemnité
hebdomadaire -
Critères d'admissibilité**

**Indemnité
hebdomadaire -
Périodes n'ouvrant pas
droit au versement de
prestations**

Vos garanties collectives

Montant de la prestation d'invalidité

**Indemnité
hebdomadaire -
Montant de la
prestation d'invalidité**

Le montant de la prestation d'invalidité pouvant être versé correspond au montant indiqué ci-dessus, réduit de toute somme que vous recevez :

a) en raison de la même invalidité ou d'une invalidité connexe :

au titre d'une assurance contre les accidents du travail ou d'une couverture semblable

au titre de tout régime d'assurance automobile provincial ou de tout contrat d'assurance automobile ne tenant pas compte des prestations d'invalidité versées au titre de l'assurance-emploi

au titre d'un programme d'assurance-salaire ou d'un régime de remplacement de revenu offert par votre employeur

b) à titre de rémunération de votre employeur, y compris les indemnités de départ et les paies de vacances tel que stipulé au régime d'assurance-emploi

Règles de calcul des prestations

**Indemnité
hebdomadaire - Règles
de calcul des
prestations**

La Financière Manuvie appliquera les règles suivantes au calcul des prestations d'invalidité :

a) les prestations d'autres sources et dont le versement a commencé avant le début de l'invalidité actuelle de l'employé ne seront pas prises en considération;

b) les prestations d'autres sources ne seront pas rajustées pour prendre en considération la différence entre la situation fiscale de ces prestations et celle des prestations payables par la Financière Manuvie; et

c) pour ce qui est des prestations qui ne sont pas versées de façon hebdomadaire, la Financière Manuvie calculera l'équivalent hebdomadaire de ces prestations.

Subrogation

**Indemnité
hebdomadaire -
Subrogation**

Si vous êtes en droit d'intenter une action en dommages-intérêts contre un tiers par suite de votre invalidité, la Financière Manuvie vous demandera de remplir un engagement de remboursement en vertu du droit de subrogation lorsque vous présenterez votre demande de règlement Indemnité hebdomadaire.

Après le jugement ou le règlement de votre action en justice, si la somme des dommages-intérêts et des prestations versées par la Financière Manuvie dépasse votre revenu avant l'invalidité, vous devrez rembourser l'excédent à la Financière Manuvie.

Vos garanties collectives

Situation fiscale des prestations

Les versements que vous recevrez au titre de la présente garantie seront non imposables ou imposables selon que vous ou votre employeur réglez les primes.

Si votre employeur règle les primes en tout ou en partie, alors toute prestation d'invalidité que vous toucheriez sera imposable. Si vous réglez les primes de la garantie en entier, les prestations d'invalidité que vous toucheriez ne seront pas imposables.

***Indemnité
hebdomadaire -
Situation fiscale***

Païement des prestations d'invalidité

Les prestations d'invalidité sont versées chaque semaine à terme échu. Si un paiement ne porte pas sur une semaine complète, il est prévu pour chaque jour d'invalidité une indemnité égale à 1/7 de l'indemnité hebdomadaire.

***Indemnité
hebdomadaire -
Païement des
prestations d'invalidité***

Indemnité de réadaptation professionnelle

Lorsque la Financière Manuvie établit que vous êtes totalement invalide, elle peut vous offrir, à sa discrétion et si elle le juge approprié, des services de réadaptation afin de vous aider à effectuer un retour au travail.

En vue de déterminer s'il y a lieu de vous offrir un programme de réadaptation, la Financière Manuvie tiendra compte de ce qui suit :

la nature, l'étendue et la durée prévue de votre invalidité

votre formation, votre instruction ou votre expérience

la nature, la portée, les objectifs et les coûts d'un programme de réadaptation

***Invalidité de courte
durée - Indemnité de
réadaptation
professionnelle***

- Programme de réadaptation

Un programme de réadaptation est un programme de formation ou de placement destiné à vous aider à occuper à nouveau un emploi rémunéré.

S'il s'avère que des services de réadaptation sont appropriés à votre cas, la Financière Manuvie mettra sur pied, en collaboration avec vous et votre employeur, un programme de réadaptation structuré qui vous préparera à retourner au travail pour votre employeur.

***- Programme de
réadaptation***

Vos garanties collectives

- Prestations d'invalidité pendant la réadaptation

**- Prestations
d'invalidité pendant la
réadaptation**

Vous continuerez d'avoir droit aux prestations d'invalidité pendant la réadaptation. Si vous touchez un revenu de l'activité de réadaptation, vos prestations d'invalidité seront réduites si votre revenu total (prestations d'invalidité plus le revenu de l'activité de réadaptation) excède 100 % de votre salaire brut avant l'invalidité, ou de votre salaire net si vos prestations ne sont pas imposables.

Si vous cessez de participer à l'activité de réadaptation en raison d'un changement de votre état de santé, la Financière Manuvie exigera des documents médicaux attestant que votre état de santé vous empêche de poursuivre l'activité de réadaptation.

Si vous n'êtes pas disponible ou si vous refusez de coopérer ou de participer à l'activité de réadaptation, vous n'aurez plus droit aux prestations d'invalidité.

Cessation du versement des prestations

**Indemnité
hebdomadaire -
Cessation du
versement des
prestations**

Le versement des prestations d'invalidité prend fin dès que se réalise l'une des éventualités suivantes :

la date à laquelle vous ne répondez plus à la définition d'invalidité totale de la garantie

la date à laquelle la période d'indemnisation maximale prend fin

la date où vous prenez votre retraite

la date de votre décès

Invalidité récidivante

**Indemnité
hebdomadaire -
Invalidité récidivante**

Si vous êtes de nouveau atteint d'invalidité totale en raison des mêmes causes ou de causes analogues au cours des 2 semaines suivant la fin de la période d'indemnisation au titre de la garantie Indemnité hebdomadaire, la Financière Manuvie considérera l'invalidité comme une prolongation de l'invalidité précédente.

Vous ne serez pas tenu de satisfaire à nouveau la période d'attente. Les prestations seront calculées en fonction de votre salaire à la date du début de votre invalidité précédente. Le versement des prestations pour l'ensemble des invalidités ne peut excéder la période d'indemnisation maximale.

Si vous êtes de nouveau atteint de la même invalidité plus de 2 semaines suivant la fin de la période d'indemnisation, cette invalidité sera considérée comme une invalidité distincte.

Deux invalidités attribuables à des causes différentes sont considérées comme des invalidités distinctes si elles sont séparées par au moins une journée de travail.

Vos garanties collectives

Soumission des demandes de règlement

Pour présenter une demande de règlement, il vous faut remplir le formulaire Déclaration de sinistre - Indemnité hebdomadaire que vous pouvez vous procurer auprès de votre administrateur de régime. Votre médecin traitant doit aussi remplir une partie de ce formulaire.

Les formulaires de demande de règlement doivent être soumis à la Financière Manuvie, dûment remplis, dans les 365 jours qui suivent la fin de la période d'attente.

***Indemnité
hebdomadaire -
Soumission des
demandes de
règlement***

Exclusions

Aucune prestation ne sera versée pour les invalidités relevant de ce qui suit :

tout accident du travail ou maladie professionnelle, à moins que votre demande n'ait été rejetée par la Commission des accidents du travail/Commission de la santé et de la sécurité du travail

blessures auto-infligées, à moins qu'une attestation médicale établisse qu'elles sont reliées à une condition de santé mentale

guerre, insurrection, toute action hostile d'une force armée ou participation à une émeute ou à toute agitation civile

soins médicaux ou chirurgicaux donnés à des fins esthétiques seulement, sauf à la suite d'une maladie ou d'une blessure

perpétration d'un acte criminel

blessures subies pendant que vous étiez au volant d'un véhicule motorisé sous l'influence de drogues ou d'alcool tel qu'interdit par la loi

abus de drogues, médicaments ou alcool, sauf si vous participez à un programme de traitement médical pour des patients hospitalisés pour toxicomanie

***Indemnité
hebdomadaire -
Exclusions***

Vos garanties collectives

Invalidité de longue durée

Invalidité de longue durée

La présente garantie est assurée en vertu de la Police Numéro G0081151, issue par La Financière Manuvie.

Si vous devenez totalement invalide pendant que vous êtes assuré et que vous répondez aux critères d'admissibilité de cette garantie, la Financière Manuvie vous versera des prestations d'invalidité.

Définition de totalement invalide

Invalidité de longue durée - Définition de totalement invalide

Invalidité totale s'entend de l'empêchement ou de l'incapacité, en raison d'une maladie ou d'une blessure, d'accomplir les tâches essentielles de :

votre emploi habituel au cours de la période d'attente et des 2 années suivant(e)s

tout emploi convenant à la formation, à l'instruction ou à l'expérience que vous possédez ou pourriez acquérir, après la période de 2 années précisée ci-dessus

La Financière Manuvie ne tient pas compte des possibilités d'emploi lors de l'évaluation de l'invalidité.

Si vous devez avoir un permis de l'État pour pouvoir accomplir votre travail, vous n'êtes pas considéré comme invalide du seul fait que ce permis vous est retiré ou n'est pas renouvelé.

La garantie

Invalidité de longue durée - La garantie

Montant d'assurance - 60 % de votre revenu mensuel, jusqu'à concurrence de 6 000 \$

Maximum sans preuve d'assurabilité - 6 000 \$

Période d'attente - 182 jours

Les prestations sont payables à l'expiration de la période d'attente. Aucune prestation n'est versée pour ou pendant la période d'attente.

Vous devez être suivi et traité de façon régulière par un médecin pendant la période d'attente afin d'avoir droit à des prestations à la fin de cette période.

Période d'indemnisation maximale - jusqu'à l'âge de 65 ans

Âge de la résiliation - 65 ans moins la période d'attente ou à la date de retraite, si antérieure

Période probatoire

3 mois pour les salariés embauchés au plus tard à la date d'effet du contrat collectif
3 mois pour tous les autres salariés

Vos garanties collectives

Critères d'admissibilité

Invalidité de longue durée - Critères d'admissibilité

Pour avoir droit aux prestations d'invalidité, vous devez répondre aux critères suivants :

vous devez être totalement invalide pendant toute la période d'attente. Si vous cessez d'être totalement invalide durant cette période mais le redevenez dans les trois semaines en raison de la même blessure ou maladie ou d'une blessure ou maladie analogue, la période d'attente sera prolongée du nombre de jours pendant lesquels vous n'êtes pas totalement invalide.

La Financière Manuvie doit recevoir des attestations médicales confirmant votre empêchement ou votre incapacité, en raison d'une maladie ou d'une blessure, d'accomplir les tâches essentielles de :

- votre emploi habituel au cours de la période d'attente et des 2 années suivant(e)s, et

- tout emploi convenant à la formation, à l'instruction ou à l'expérience que vous possédez ou pourriez acquérir, après la période de 2 années précisée ci-dessus.

vous devez être suivi par un médecin et recevoir les soins et traitements appropriés, compte tenu de votre invalidité, selon la Financière Manuvie.

En tout temps, la Financière Manuvie se réserve le droit de vous demander de subir un examen médical, psychiatrique, psychologique, fonctionnel et/ou une évaluation pédagogique ou professionnelle par un spécialiste désigné par la Financière Manuvie.

Périodes n'ouvrant pas droit au versement de prestations

Aucune prestation n'est versée dans les cas suivants :

Invalidité de longue durée - Périodes n'ouvrant pas droit au versement de prestations

si vous n'êtes pas suivi et traité par un médecin pour votre état d'invalidité, selon la Financière Manuvie

pendant une période où vous recevez des allocations de maternité ou parentales au titre du régime d'assurance-emploi

si vous êtes mis à pied et devenez totalement invalide pendant cette période

si vous êtes en congé autorisé et devenez totalement invalide pendant cette période, à moins que l'employeur ne soit tenu de payer des prestations au cours de cette période en vertu d'une loi, d'un règlement ou de la jurisprudence

si vous recevez des prestations au titre d'une assurance-salaire ou d'un régime de remplacement du revenu de courte durée

si vous occupez un emploi, à l'exclusion d'une activité prévue au titre du programme de réadaptation

si vous êtes emprisonné, ou interné dans un établissement correctionnel ou dans un établissement psychiatrique, sur ordonnance d'une cour criminelle

Vos garanties collectives

*Invalidité de longue
durée - Montant de la
prestation d'invalidité*

Montant de la prestation d'invalidité

Le montant de la prestation payable correspond au montant indiqué ci-dessus, réduit

- a) de toute somme que vous recevez ou à laquelle vous avez droit en raison de la même invalidité ou d'une invalidité connexe :

l'assurance contre les accidents du travail ou une couverture semblable

les prestations versées en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec

les prestations versées au titre de tout régime d'assurance automobile de l'État, sauf si la loi l'interdit

- b) des prestations versées en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec qu'un autre membre de votre famille reçoit ou auxquelles il a droit en raison de votre invalidité

Au besoin, le montant de la prestation payable sera de nouveau réduit de sorte que la somme totale provenant de sources multiples n'excède pas 85 % de votre rémunération brute avant votre invalidité (rémunération nette si vos prestations ne sont pas imposables). Aux prestations provenant de toutes les sources susmentionnées viennent s'ajouter des prestations que vous êtes en droit de toucher au titre :

de toute autre assurance collective ou de toute assurance d'une association ou pour franchisés

de tout régime de pension ou de retraite

du salaire ou sommes payables par tout employeur, y compris les indemnités de départ ou les paies de vacances

du travail à votre propre compte

de tout régime d'État, à l'exclusion des prestations d'assurance-emploi

Toute augmentation des revenus d'autres sources par suite de l'indexation sur le coût de la vie n'aura aucune répercussion sur le montant des prestations versées au titre de la garantie.

Vos garanties collectives

Règles de calcul des prestations

**Invalidité de longue
durée - Règles de
calcul des prestations**

La Financière Manuvie appliquera les règles suivantes au calcul des prestations d'invalidité :

les prestations d'autres sources et dont le versement a commencé avant le début de l'invalidité actuelle de l'employé ne seront pas prises en considération;

les prestations d'autres sources ne seront pas rajustées pour prendre en considération la différence entre la situation fiscale de ces prestations et celle des prestations payables par la Financière Manuvie;

les modifications touchant toute prestation, autres que les indexations sur le coût de la vie, seront prises en considération et la prestation pourra alors faire l'objet d'un nouveau calcul;

les prestations payables au titre d'une assurance-salaire individuelle ne seront pas prises en considération;

pour ce qui est des prestations qui ne sont pas versées mensuellement, la Financière Manuvie calculera l'équivalent mensuel de ces prestations; et

lorsque vous ne présentez aucune demande visant une prestation à laquelle vous êtes admissible, la Financière Manuvie déterminera le montant approximatif de cette prestation et celle-ci sera réputée vous avoir été versée.

Subrogation

**Invalidité de longue
durée - Subrogation**

Si vous êtes en droit d'intenter une action en dommages-intérêts contre un tiers par suite de votre invalidité, la Financière Manuvie vous demandera de remplir un engagement de remboursement en vertu du droit de subrogation lorsque vous présenterez votre demande de règlement Invalidité de longue durée.

Après le jugement ou le règlement de votre action en justice, si la somme des dommages-intérêts et des prestations versées par la Financière Manuvie dépasse votre revenu avant l'invalidité, vous devrez rembourser l'excédent à la Financière Manuvie.

Situation fiscale des prestations

**Invalidité de longue
durée - Situation
fiscale**

Les versements que vous recevrez au titre de la présente garantie seront non imposables ou imposables selon que vous ou votre employeur réglez les primes.

Si votre employeur règle les primes en tout ou en partie, alors toute prestation d'invalidité que vous toucheriez sera imposable. Si vous réglez les primes de la garantie en entier, les prestations d'invalidité que vous toucheriez ne seront pas imposables.

Vos garanties collectives

Invalidité de longue durée - Paiement des prestations

Paiement des prestations

Les prestations d'invalidité sont versées chaque mois à terme échu. Si un paiement ne porte pas sur un mois complet, il est prévu pour chaque jour d'invalidité une indemnité égale à 1/30 de la prestation mensuelle.

Invalidité de longue durée - Indemnité de réadaptation professionnelle

Indemnité de réadaptation professionnelle

Lorsque la Financière Manuvie aura établi que vous êtes totalement invalide, elle vous offrira, à sa discrétion et si elle le juge approprié, des services de réadaptation afin de vous aider à occuper à nouveau un emploi rémunéré, soit votre emploi avant votre invalidité ou tout autre emploi.

En vue de déterminer s'il y a lieu de vous offrir un programme de réadaptation, la Financière Manuvie tiendra compte de ce qui suit :

la nature, l'étendue et la durée prévue de votre invalidité

votre formation, votre instruction ou votre expérience

la nature, la portée, les objectifs et les coûts d'un programme de réadaptation

- Programme de réadaptation

- Programme de réadaptation

Un programme de réadaptation est un programme de formation ou de placement destiné à vous aider à occuper à nouveau un emploi rémunéré.

S'il s'avère que des services de réadaptation sont appropriés à votre cas, la Financière Manuvie mettra sur pied, en collaboration avec vous et votre employeur, un programme de réadaptation structuré qui vous préparera à retourner au travail, que ce soit :

pour votre employeur

pour un autre employeur

à votre propre compte

Vos garanties collectives

- Prestations d'invalidité pendant la réadaptation

- Prestations d'invalidité pendant la réadaptation

Vous continuerez d'avoir droit aux prestations d'invalidité pendant la réadaptation. Si vous touchez un revenu de l'activité de réadaptation, vos prestations d'invalidité seront réduites si votre revenu total (prestations d'invalidité plus le revenu de l'activité de réadaptation) excède 100 % de votre salaire brut avant l'invalidité, ou de votre salaire net si vos prestations ne sont pas imposables.

Si vous cessez de participer à l'activité de réadaptation en raison d'un changement de votre état de santé, la Financière Manuvie exigera des documents médicaux attestant que votre état de santé vous empêche de poursuivre l'activité de réadaptation.

Si vous n'êtes pas disponible ou si vous refusez de coopérer ou de participer à l'activité de réadaptation, vous n'aurez plus droit aux prestations d'invalidité.

Cessation du versement des prestations

Invalidité de longue durée - Cessation du versement des prestations

Le versement des prestations d'invalidité prend fin dès que se réalise l'une des éventualités suivantes :

la date à laquelle vous ne répondez plus à la définition d'invalidité totale de la garantie.

le jour où vous négligez de fournir à la Financière Manuvie les attestations médicales appropriées confirmant votre empêchement ou votre incapacité, en raison d'une maladie ou d'une blessure, d'accomplir les tâches essentielles de :

- votre emploi habituel au cours de la période d'attente et des 2 années suivant(e)s, et

- tout emploi convenant à la formation, à l'instruction ou à l'expérience que vous possédez ou pourriez acquérir, après la période de 2 années précisée ci-dessus.

le jour où vous refusez de vous laisser examiner par un spécialiste indépendant désigné par la Financière Manuvie.

la date à laquelle la période d'indemnisation maximale prend fin.

la date de votre décès.

Vos garanties collectives

Invalidité récidivante

***Invalidité de longue
durée - Invalidité
récidivante***

Si vous êtes de nouveau atteint d'invalidité totale en raison des mêmes causes ou de causes analogues au cours des 6 mois suivant la cessation du versement des prestations d'invalidité de longue durée, la Financière Manuvie considérera l'invalidité comme une prolongation de l'invalidité précédente.

Vous ne serez pas tenu de satisfaire à nouveau la période d'attente. Les prestations seront calculées en fonction de votre salaire à la date du début de votre invalidité précédente. Le versement des prestations pour l'ensemble des invalidités ne peut excéder la période d'indemnisation maximale.

Si vous êtes de nouveau atteint de la même invalidité plus de 6 mois suivant la fin de la période d'indemnisation, cette invalidité sera considérée comme une invalidité distincte.

Deux invalidités attribuables à des causes différentes sont considérées comme des invalidités distinctes si elles sont séparées par au moins une journée de travail.

Exonération de primes

***Invalidité de longue
durée - Exonération de
primes***

Vous serez exonéré du paiement de votre prime d'assurance invalidité de longue durée pendant toute période où vous êtes admissible à des prestations.

Garantie pour les survivants

***Invalidité de longue
durée - Garantie pour
les survivants***

Si vous décédez pendant une période où vous recevez des prestations d'invalidité, la Financière Manuvie versera aux personnes à votre charge survivantes le montant prévu par la garantie pour les survivants. En l'absence de personnes à charge survivantes, ce montant est payable à votre succession.

Le montant prévu par la garantie pour les survivants est égal à (3) fois la dernière prestation mensuelle qui vous a été versée, moins toute prestation restante versée en trop.

Soumission des demandes de règlement

***Invalidité de longue
durée - Soumission
des demandes de
règlement***

Pour présenter une demande de règlement, il vous faut remplir le formulaire Déclaration de sinistre - Invalidité de longue durée que vous pouvez vous procurer auprès de votre employeur. Votre médecin traitant doit aussi remplir une partie de ce formulaire.

Les formulaires de demande de règlement doivent être soumis à la Financière Manuvie, dûment remplis, dans les 180 jours qui suivent la fin de la période d'attente.

Vos garanties collectives

Exclusions

Invalidité de longue durée - Exclusions

Aucune prestation ne sera versée pour les invalidités relevant de ce qui suit :

blesures ou maladies provoquées volontairement.

guerre, insurrection, toute action hostile d'une force armée ou participation à une émeute ou à toute agitation civile.

soins médicaux ou chirurgicaux qui ne sont pas nécessaires du point de vue médical.

perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel ou d'une agression.

blesures subies pendant que vous étiez au volant d'un véhicule motorisé et sous l'emprise de tout produit intoxicant, y compris l'alcool.

abus de substances engendrant une dépendance, y compris drogue et alcool, sauf si vous participez activement ou coopérez à un programme de traitement médical pour toxicomanes en établissement approuvé par la Financière Manuvie.

une affection préexistante qui entraîne une invalidité au cours des 12 premiers mois de la garantie en cas d'invalidité de longue durée. Une affection préexistante est une maladie ou une blessure (qu'elle soit diagnostiquée ou non) pour laquelle vous avez été traité ou vous avez consulté un médecin, ou pour laquelle des médicaments ont été prescrits, dans les 90 jours précédant la date d'effet de votre couverture.

Votre régime de garanties collectives

Le représentant qui s'occupe de votre régime de garanties collectives est :

Silverberg & Associates Inc.
www.silverberggroup.com

Notes

La présente page a été prévue pour vous permettre de prendre des notes sur votre régime de garanties collectives afin de mieux vous y retrouver.

This image shows a single page of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.