



Livret de police

Régime Élite de PlanDirect^{MC}

Date d'effet : 1^{er} janvier 2022

canada **vie**^{MC}

Table de matières

Section 1 – Interprétation et terminologie	5
Interprétation.....	5
Terminologie	5
Section 2 – Disposition relative à l’assurance	7
Section 3 – Durée de l’assurance et renouvellement	7
Section 4 – Résiliation et expiration	8
Résiliation	8
Expiration.....	8
Section 5 – Prime	8
Paiement de la prime	8
Modification de la prime au renouvellement	9
Rajustement de la prime par suite d’un changement dans la Catégorie de risque ou de protection	9
Autres rajustements de la prime.....	9
Frais supplémentaires.....	10
Délai de grâce.....	10
Section 6 – Soins, services et fournitures médicaux couverts.....	10
Versement des prestations	10
Date à laquelle les frais sont engagés.....	10
Définitions	10
Soins, services et fournitures médicaux couverts par la présente police	11
Section 7 – Soins, services et fournitures dentaires couverts	16
Versement des prestations	16
Date à laquelle les frais sont engagés.....	16
Définitions	16
Soins, services et fournitures dentaires couverts par la présente police.....	17
Section 8 – Restrictions	20
Restrictions générales.....	20
Restrictions particulières visant les Soins, services et fournitures médicaux couverts.....	20
Restrictions particulières visant les Soins, services et fournitures dentaires couverts	22
Section 9 – Exceptions	24
Exceptions générales.....	24
Exceptions particulières visant les Soins, services et fournitures médicaux couverts.....	25
Exceptions particulières visant les Soins, services et fournitures dentaires couverts	26

Section 10 – Dispositions relatives au règlement.....	27
Preuve du sinistre	27
Coordination des prestations.....	27
Cession des droits contre un tiers	27
Calcul préalable des prestations à l'égard des Soins, services et fournitures dentaires couverts	28
Versement des prestations	28
Remboursement du trop-perçu	28
Section 11 – Remise en vigueur.....	28
Section 12 – Assurance du conjoint et des enfants survivants.....	29
Section 13 – Modification des dispositions de la police.....	29
Section 14 – Dispositions générales	29
Monnaie.....	29
Évaluation par un tiers	29
Erreur sur l'âge	29
Versement à la succession	30
Incontestabilité.....	30
Divulgaration des renseignements	30
Demande de révision	30
Conformité à la loi	30
Section 15 – Dispositions réglementaires	31
Copie de la Proposition	31
Contrat.....	31
Renonciation.....	31
Faits importants	31
Déclaration et preuve de sinistre.....	31
Formulaires d'établissement de la preuve du sinistre.....	31
Défaut de production de la déclaration ou de la preuve du sinistre.....	32
Versement des sommes exigibles.....	32
Recours en justice	32
Résiliation par l'assuré	32
Résiliation par l'assureur.....	32

Section 1 – Interprétation et terminologie

Interprétation

L'utilisation des lettres majuscules dans les présentes indique un terme défini ci-dessous ou ailleurs dans la police.

L'utilisation de l'italique indique une référence à une rubrique ou à une sous-rubrique des *Conditions particulières*, à moins d'indication contraire.

Par **Conditions particulières**, on entend les pages portant l'en-tête *Conditions particulières* dans la présente police et toute modification y ayant été apportée.

Terminologie

Les termes suivants sont des termes généraux utilisés dans la présente police. Les termes plus spécifiques utilisés dans une section particulière sont définis à la rubrique Définitions de la section en question.

Par **Année**, à moins qu'il ne soit spécifié qu'il s'agit d'une année civile, on entend, aux fins de la détermination des maximums et des restrictions quant à la fréquence des soins, la période de 12 mois commençant à la date à laquelle des frais sont engagés pour la première fois. Une Année subséquente débute à la date à laquelle des frais sont engagés pour la première fois après l'expiration de l'Année précédente. De même, par deux Années, on entend la période de 24 mois commençant à la date à laquelle des frais sont engagés pour la première fois. Deux Années subséquentes débutent à la date à laquelle des frais sont engagés pour la première fois après l'expiration des deux Années précédentes. Toute autre période d'Années a une signification correspondante selon le nombre de périodes cité.

Par **Assuré**, on entend le *Propriétaire* ou toute autre personne désignée comme *Assuré* dans les *Conditions particulières*.

Par **Autre régime d'assurance maladie**, on entend un régime qui prévoit une indemnité, une assurance, un remboursement ou des prestations pour des soins d'hospitalisation, médicaux, dentaires ou d'autres types de frais. L'expression « Autre régime d'assurance maladie » englobe les régimes d'assurance maladie individuels ou collectifs prévoyant entre autres des indemnités aux termes d'une assurance automobile, d'une caisse sociale de syndicat, d'un régime collectif autoassuré, d'une société de secours mutuel, d'un régime conventionnel ou d'un régime de carte de crédit.

Par **Blessure**, on entend une blessure corporelle accidentelle.

Par **Canada Vie**, on entend La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie et toute autre compagnie ou personne avec qui la Canada Vie peut avoir un contrat pour fournir, en totalité ou en partie, les services prévus aux termes de la présente police au nom de la Canada Vie.

Par **Catégorie de risque**, on entend un groupe d'*Assurés* déterminé comme tel par le Système de classification des risques de la Canada Vie pour les régimes d'assurance maladie de ce type.

Par **Conjoint assurable**, on entend le conjoint légitime ou de fait du *Propriétaire*.

- Par conjoint légitime, on entend la personne légalement mariée au *Propriétaire* selon la législation provinciale applicable.
- Par conjoint de fait, on entend une personne qui habite avec le *Propriétaire* et dont la relation avec ce dernier est de nature conjugale.

Lorsque le *Propriétaire* a un nouveau conjoint, il doit fournir à la Canada Vie une déclaration de bonne santé la satisfaisant à l'égard du nouveau conjoint avant que la protection soit accordée à celui-ci aux termes de la présente police.

Aucune protection aux termes de la présente police n'est accordée avant que le *Propriétaire* ait reçu de confirmation écrite à cet égard de la part de la Canada Vie. Le changement prend effet le premier jour du mois suivant l'approbation de la Canada Vie.

La modification de la désignation de conjoint de fait en faveur d'un conjoint légitime n'est valable que si le conjoint légitime habite avec le *Propriétaire*.

Par **Date de renouvellement annuel**, on entend la date indiquée dans les *Conditions particulières* à laquelle la Canada Vie peut renouveler la présente police.

Par **Date d'effet de la police**, on entend la *Date d'effet* indiquée dans les *Conditions particulières* établies originalement avec la présente police.

Par **Demande écrite**, on entend une demande écrite d'une forme satisfaisant aux exigences de la Canada Vie, en plus de toute preuve exigée par celle-ci, le cas échéant.

Par **Dentiste**, on entend une personne autre que l'*Assuré* ou un membre de la famille de l'*Assuré*, diplômée en dentisterie, dûment qualifiée dans la province ou le territoire où les soins dentaires sont prodigués et habilitée à prodiguer de tels soins dans les limites de ses compétences.

Par **Dent naturelle saine**, on entend toute dent qui n'a pas été remplacée artificiellement et qui n'avait pas besoin de restauration immédiatement avant la Blessure.

Par **Enfant assurable**, on entend tout enfant célibataire répondant à toutes les exigences suivantes :

- l'enfant est l'enfant naturel, l'enfant adopté ou l'enfant d'un autre lit du *Propriétaire* ou de son Conjoint assurable, ou un enfant dont le *Propriétaire* ou le Conjoint assurable est, à tous égards, le tuteur en exécution de l'ordonnance d'un tribunal compétent.
- l'enfant, s'il est âgé de moins de 21 ans, ne travaille pas plus de 30 heures par semaine, à moins qu'il ne soit étudiant à plein temps.
- l'enfant, s'il est âgé de 21 ans ou plus :
 - est étudiant à plein temps et est âgé de moins de 25 ans; ou
 - est handicapé de façon continue, et son invalidité a commencé avant l'âge de 21 ans; ou
 - est handicapé de façon continue, et son invalidité a commencé alors qu'il étudiait à plein temps, avant l'âge de 25 ans.
- l'enfant, s'il est l'enfant du Conjoint assurable, est aussi l'enfant du *Propriétaire* ou le Conjoint assurable habite avec le *Propriétaire* et a la garde de l'enfant.

L'enfant dont le *Propriétaire* ou le Conjoint assurable est le tuteur est assurable seulement si la Canada Vie a reçu une preuve satisfaisante visant la tutelle et si le Conjoint assurable habite avec le *Propriétaire*, dans le cas où il est tuteur.

Tout enfant est réputé être un étudiant à plein temps s'il a été inscrit dans une école élémentaire, une école secondaire, une université ou tout autre établissement d'enseignement similaire pendant au moins 15 heures par semaine à un moment au cours des six derniers mois. Tout enfant perd la qualité d'étudiant à plein temps s'il est rémunéré pour fréquenter un établissement d'enseignement.

Tout enfant est réputé être handicapé s'il est incapable de subvenir à ses besoins pour cause de handicap physique ou mental.

Par **Frais courants**, on entend le moins élevé des montants suivants :

- les frais couramment demandés dans la région où les soins sont donnés;
- les honoraires maximaux fixés par la loi;
- en ce qui a trait aux Soins, services et fournitures médicaux couverts, les frais indiqués dans tout barème d'honoraires applicable d'une association professionnelle; ou
- en ce qui a trait aux Soins, services et fournitures dentaires couverts, le montant applicable aux praticiens généralistes dans le Barème des honoraires de soins dentaires ou, si les soins sont donnés par un dentiste spécialiste, le montant du barème des honoraires applicable à sa spécialité.

Par **Frais couverts**, on entend les frais réels ou les Frais courants au titre des Soins, services et fournitures médicaux couverts et des Soins, services et fournitures dentaires couverts, selon le montant le moins élevé.

Par **Guerre**, on entend tout acte ou état de guerre, déclaré ou non, et tout conflit armé mené par ou contre un pays, un groupe politique ou tout groupe formé dans le but de faire la guerre.

Par **Hôpital**, on entend tout établissement :

- qui est légalement constitué en hôpital;
- qui est ouvert sans interruption;
- qui admet des patients à titre de malades hospitalisés;

- qui compte à tout moment un ou plusieurs Médecins en service; et
- qui assure jour et nuit des soins infirmiers donnés par un personnel d'infirmiers autorisés.

Par **Infirmier professionnel**, on entend un infirmier autorisé, un infirmier auxiliaire autorisé ou un aide-infirmier autorisé, autre que l'Assuré ou un membre de la famille de l'Assuré.

Par **Maladie**, on entend toute affection ou tout trouble de santé.

Par **Médecin**, on entend une personne, autre que l'Assuré ou un membre de la famille de l'Assuré, qui est un médecin autorisé dans la province ou le territoire où les soins médicaux sont reçus et qui prodigue de tels soins dans les limites de ses compétences.

Par **Proposition**, on entend le formulaire approuvé par la Canada Vie que le *Propriétaire* a rempli et signé afin de demander la protection prévue aux termes de la présente police.

Par **Régime d'État**, on entend un régime qui prévoit une protection d'assurance médicaments, d'assurance maladie, d'assurance dentaire ou d'assurance oculaire et qui est légiféré, financé ou géré par un gouvernement. Cette définition ne comprend pas les régimes collectifs couvrant des employés de l'État. Afin d'être couverte par la présente police, une personne doit être couverte par le Régime d'État prévoyant une protection d'assurance maladie dans sa province ou son territoire de résidence.

Par **Soins de courte durée**, on entend les soins actifs qui s'imposent en vue de diagnostiquer ou de contrôler une affection qui risquerait autrement de s'aggraver.

Par **Soins, services et fournitures dentaires couverts**, on entend les soins, services et fournitures dentaires couverts par la présente police et indiqués à la section 7.

Par **Soins, services et fournitures médicaux couverts**, on entend les soins, services et fournitures médicaux couverts par la présente police et indiqués à la section 6.

Par **Système de classification des risques**, on entend les critères, les règles et les méthodes utilisés par la Canada Vie pour classifier les risques et ainsi déterminer les primes et l'admissibilité aux régimes d'assurance maladie de ce type, incluant les variables figurant dans les *Conditions particulières*.

Section 2 – Disposition relative à l'assurance

La présente police est établie en contrepartie de la Proposition y relative et du paiement de la première prime au plus tard à la délivrance de la présente police. À la réception d'une preuve du sinistre satisfaisant la Canada Vie, celle-ci verse des prestations pour les pertes ou les Frais couverts aux termes de la présente police.

Les frais doivent avoir été engagés par l'Assuré pendant que la présente police est en vigueur. Pour que des prestations soient payables, les Soins, services et fournitures médicaux couverts et les Soins, services et fournitures dentaires couverts fournis à un Assuré doivent découler d'une Blessure ou d'une Maladie.

Le paiement des prestations est assujéti aux maximums indiqués dans les *Conditions particulières*, sous *Tableau des prestations, Maximums au titre de l'assurance maladie supplémentaire* et *Maximums au titre de l'assurance dentaire*, ainsi qu'aux restrictions, aux exceptions, aux exclusions et à toutes les autres dispositions de la présente police.

Section 3 – Durée de l'assurance et renouvellement

La durée initiale de la présente police est d'un an et

- commence à la Date d'effet de la police;
- pour se terminer le jour précédant la première *Date de renouvellement annuel* suivant la Date d'effet de la police.

Après la durée initiale, la Canada Vie renouvelle d'office la présente police chaque année à la *Date de renouvellement annuel*. Chaque renouvellement est pour une durée d'un an. Afin d'être renouvelée, la présente police doit être en vigueur le jour précédant chaque *Date de renouvellement annuel*.

La Canada Vie se réserve le droit de changer à l'occasion la *Date de renouvellement annuel*. Le cas échéant, ce changement aura pour effet de prolonger la durée de l'assurance jusqu'au jour précédant la nouvelle *Date de renouvellement annuel*.

Section 4 – Résiliation et expiration

Résiliation

La Canada Vie se réserve le droit de résilier la présente police à toute *Date de renouvellement annuel*, à condition que la résiliation concerne toutes les polices d'une Catégorie de risque en particulier et pas seulement la police d'un *Propriétaire* en particulier. La Canada Vie avertira le *Propriétaire* par écrit au moins 31 jours avant la date de la résiliation.

Expiration

La présente police expire à la première à survenir des éventualités suivantes :

- la date à laquelle le *Propriétaire* cesse d'être couvert par le Régime d'État prévoyant une protection dans sa province ou son territoire de résidence;
- la date à laquelle le *Propriétaire* cesse d'être résident permanent canadien;
- le dernier jour du mois au cours duquel :
 - le délai de grâce prend fin en cas de non-paiement au complet de la prime exigible à cette date;
 - la résiliation a lieu, comme il est indiqué ci-dessus;
 - la période de paiement de la prime se termine, moyennant réception par la Canada Vie d'une Demande écrite du *Propriétaire* indiquant de mettre fin à la police; ou
 - le *Propriétaire* décède.

La protection à l'égard d'un Conjoint assurable ou d'un Enfant assurable expire à la première à survenir des éventualités suivantes :

- la date à laquelle prend fin la protection à l'égard du Conjoint assurable ou de l'Enfant assurable aux termes du Régime d'État prévoyant une protection dans sa province ou son territoire de résidence;
- la date à laquelle le Conjoint assurable ou l'Enfant assurable cesse d'être résident permanent canadien;
- le dernier jour du mois au cours duquel :
 - la police expire;
 - la personne cesse de répondre à la définition de Conjoint assurable ou d'Enfant assurable;
 - l'*Assuré* décède; ou
 - la période de paiement de la prime se termine, moyennant réception par la Canada Vie d'une Demande écrite du *Propriétaire* indiquant de mettre fin à la police à l'égard d'un *Assuré* nommément désigné.

Section 5 – Prime

Paiement de la prime

Le *Propriétaire* paie ou fait payer la prime lorsqu'elle est exigible.

Les primes sont exigibles mensuellement. La première prime est exigible et payable au plus tard à la Date d'effet de la police. Les primes subséquentes sont exigibles à l'avance le jour indiqué sous *Périodicité de la prime* dans les *Conditions particulières*.

Toutes les primes subséquentes à la première prime doivent être payées à la Canada Vie ou à son administrateur autorisé. Les primes peuvent également être acquittées au moyen d'un débit de la carte de crédit ou d'un paiement préautorisé prélevé sur le compte du *Propriétaire* ou le compte du payeur de prime, s'il s'agit d'une personne autre que le *Propriétaire*. Le *Propriétaire*, ou le payeur de prime (s'il s'agit d'une personne autre que le *Propriétaire*), peut, moyennant une Demande écrite, changer le compte duquel les primes sont payées.

Modification de la prime au renouvellement

Avant la *Date de renouvellement annuel*, la Canada Vie établit le montant de la prime de la présente police pour l'année à venir en fonction :

- du bilan des sinistres prévu de la Catégorie de risque à laquelle chaque *Assuré* appartient; et
- de l'âge atteint, à la *Date de renouvellement annuel*, de chaque *Assuré* ou de l'*Assuré* le plus âgé, si la prime est établie en fonction de l'âge atteint du *Propriétaire* et du Conjoint assurable.

La nouvelle prime prend effet à la *Date de renouvellement annuel* de la présente police. Tout changement fondé sur le bilan des sinistres prévu concerne toutes les polices d'une Catégorie de risque en particulier portant la même *Date de renouvellement annuel* et pas seulement la police du *Propriétaire*. La Canada Vie ne peut pas modifier les taux de prime en fonction du bilan des sinistres prévu plus d'une fois par période de 12 mois.

La Canada Vie envoie au *Propriétaire* un avis écrit l'informant de tout rajustement de la prime, et ce, au moins 31 jours avant la *Date de renouvellement annuel*. L'avis écrit renferme le montant de la nouvelle prime et est expédié au *Propriétaire* à l'adresse la plus récente figurant dans les dossiers de la Canada Vie. Si le rajustement entraîne une diminution de la prime, l'excédent est affecté à la prochaine prime exigible.

Rajustement de la prime par suite d'un changement dans la Catégorie de risque ou de protection

La prime peut également être modifiée si un *Assuré* change de Catégorie de risque. Le changement de Catégorie de risque peut être attribuable :

- au déménagement de l'*Assuré* dans une autre province ou un autre territoire; et
- au décès du *Propriétaire* ou du Conjoint assurable, lorsque les deux sont couverts aux termes de la police.

Le *Propriétaire* doit informer la Canada Vie par écrit si un *Assuré* déménage dans une autre province ou un autre territoire en prenant soin d'indiquer la date du changement. La nouvelle prime prend effet le premier jour du mois suivant la date du déménagement dans une autre province ou un autre territoire.

Les raisons pour lesquelles la prime peut différer par suite d'un changement de protection comprennent :

- l'approbation ou l'expiration de la protection du Conjoint assurable ou d'un Enfant assurable après l'établissement de la police; et
- la majoration ou la diminution de la protection après l'établissement de la police.

Un changement de prime par suite de l'approbation de la protection du Conjoint assurable ou d'un Enfant assurable ou de la majoration de la protection prend effet le premier jour du mois suivant :

- l'approbation de la protection du Conjoint assurable ou d'un Enfant assurable; ou
- la Demande écrite du *Propriétaire* visant la majoration de la protection.

Un changement de prime par suite de l'expiration de la protection du Conjoint assurable ou d'un Enfant assurable ou par suite de la diminution de la protection prend effet le dernier jour du mois suivant l'expiration ou la diminution de la protection.

Autres rajustements de la prime

La Canada Vie se réserve aussi le droit de modifier la prime à tout moment dans les cas ci-dessous, à condition que le rajustement concerne toutes les polices d'une Catégorie de risque en particulier et pas seulement la police du *Propriétaire* :

- adoption, révision ou abrogation d'une loi ou d'un règlement entraînant la modification des prestations payables aux termes de la présente police ou des taxes payables à toute autorité gouvernementale;
- si les prestations payables aux termes de la présente police sont touchées par toute modification d'un Régime d'État, des tarifs d'hospitalisation, du Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques, du Guide du système de codification standard et du répertoire des services de l'Association dentaire canadienne ou des barèmes similaires approuvés par l'organisme de réglementation approprié; ou

- changement dans la protection offerte par la présente police.

Lorsque la prime est rajustée pour l'une ou l'autre des raisons mentionnées ci-dessus, la modification est apportée à toutes les polices d'une Catégorie de risque donnée; elle ne touche pas seulement la police d'un *Propriétaire* en particulier.

Un avis écrit informant le *Propriétaire* du rajustement lui est expédié à l'adresse la plus récente figurant dans les dossiers de la Canada Vie, au moins 31 jours avant l'entrée en vigueur de la nouvelle prime.

L'avis écrit renferme le montant de la nouvelle prime et la date d'effet du rajustement. Si le rajustement entraîne une diminution de la prime, l'excédent déjà versé est affecté à la prochaine prime exigible.

Frais supplémentaires

La Canada Vie peut exiger des frais à l'égard des services demandés par le *Propriétaire*, conformément au barème de frais de la Canada Vie alors en vigueur.

En pareil cas, la Canada Vie avise le *Propriétaire* du montant des frais et de la date d'exigibilité.

Délai de grâce

Sauf pour la première prime, un délai de grâce de 31 jours est accordé à l'égard du paiement de la prime ou des frais supplémentaires impayés à la date d'exigibilité. La présente police demeure en vigueur durant le délai de grâce.

À moins d'indication contraire, la présente police expire automatiquement le dernier jour du délai de grâce si la prime ou les frais supplémentaires sont toujours en souffrance.

Section 6 – Soins, services et fournitures médicaux couverts

La présente section traite des prestations pour Soins, services et fournitures médicaux couverts par la présente police.

Versement des prestations

Les prestations pour Soins, services et fournitures médicaux couverts sont versées à l'égard des Frais couverts selon les *Pourcentages de remboursement* indiqués dans les *Conditions particulières*.

Les prestations payables sont assujetties *aux Maximums au titre de l'assurance maladie supplémentaire* indiqués dans les *Conditions particulières*, y compris :

- le *Pourcentage de remboursement* à l'égard des frais admissibles de médicaments sur ordonnance, à raison de 90 % pour la première tranche de 10 000 \$ et de 100 % pour la tranche suivante de 240 000 \$;
- le *Pourcentage de remboursement* de 100 % à l'égard de tous les autres frais admissibles de soins médicaux; et
- les restrictions, les exceptions, les exclusions et toutes les autres dispositions de la présente police.

Date à laquelle les frais sont engagés

Aux fins de tous les calculs effectués aux termes de la présente section, les frais relatifs aux Soins, services et fournitures médicaux couverts sont réputés être engagés à la date à laquelle la personne reçoit les soins, les services ou les fournitures.

Définitions

Par **Agence de soins à domicile**, on entend un organisme public ou privé autorisé à fournir des services d'assistance à domicile et engagé à offrir principalement des services infirmiers professionnels ou d'autres services thérapeutiques.

Par **Soins de convalescence**, on entend tous les soins actifs ou tout traitement de réadaptation :

- qui permettent une amélioration sensible de l'état du malade; et
- qui suivent immédiatement une période d'hospitalisation d'au moins trois jours au cours de laquelle le malade a reçu des Soins de courte durée.

Par **Soins palliatifs**, on entend tout traitement visant à soulager la douleur lorsque la Maladie en est à la phase terminale.

Par **Traitement médical raisonnable**, on entend tout traitement :

- qui est accepté par la profession médicale canadienne;
- qui est reconnu comme efficace; et
- dont la nature, l'intensité, la fréquence et la durée sont essentielles au diagnostic ou au traitement de la Blessure ou de la Maladie.

Soins, services et fournitures médicaux couverts par la présente police

Les soins, services et fournitures médicaux suivants sont couverts lorsqu'ils sont obtenus au Canada. Tous les soins, services et fournitures doivent représenter un Traitement médical raisonnable à l'égard d'une Blessure ou d'une Maladie. Aucune prestation n'est payable pour les soins, services et fournitures qui ne représentent pas un Traitement médical raisonnable.

Programme d'autorisation préalable

Afin de déterminer si certains soins, services ou fournitures sont couverts, la Canada Vie conserve une liste limitée de soins, services et fournitures qui nécessitent une autorisation préalable.

L'autorisation préalable permet de vérifier si des soins, un service ou une fourniture donnés constituent un traitement raisonnable.

Si l'utilisation de soins, d'un service ou d'une fourniture moins chers représente un traitement raisonnable, la Canada Vie pourrait, avant d'accepter de couvrir les soins, le service ou la fourniture prescrits, exiger d'une personne qu'elle fournisse une preuve clinique justifiant le fait que les soins, le service ou la fourniture moins chers ne peuvent pas remplacer les soins, le service ou la fourniture prescrits.

Gestion des dossiers médicaux

La gestion des dossiers médicaux est un programme recommandé ou approuvé par la Canada Vie; elle peut notamment inclure ce qui suit :

- un entretien avec la personne couverte et son médecin traitant afin de comprendre le plan de traitement recommandé par ce dernier;
- en collaboration avec le médecin traitant de la personne couverte, la comparaison entre le plan de traitement recommandé et les autres possibilités qui pourraient constituer un traitement raisonnable, le cas échéant;
- le signalement d'occasions d'information et de soutien au médecin traitant de la personne couverte; et
- la surveillance quant à l'adhésion de la personne couverte au plan de traitement recommandé par son médecin traitant.

Lors du processus de détermination relatif à la mise en place de la gestion des dossiers médicaux, la Canada Vie pourrait tenir compte de facteurs tels que les soins, le service ou la fourniture, l'état de santé de la personne et l'existence de protocoles généralement reconnus servant à mesurer de façon objective l'efficacité du plan de traitement recommandé par le médecin traitant.

Restriction

La Canada Vie peut, selon les modalités et conditions qu'elle juge appropriées, limiter le remboursement des soins, d'un service ou d'une fourniture dans l'une des situations suivantes :

- la personne refuse de participer à un programme de gestion des dossiers médicaux mis en place par la Canada Vie ou n'y participe pas de bonne foi; ou
- la personne ne s'est pas conformée au plan de traitement recommandé par son médecin traitant relativement à l'usage des soins, du service ou de la fourniture.

Dépenses

La Canada Vie peut, à sa discrétion, supporter les frais liés à la gestion des dossiers médicaux. Tous les frais dont le paiement est demandé aux termes de la présente disposition doivent avoir été autorisés au préalable par la Canada Vie.

Restrictions relatives aux fournisseurs désignés

Pour les soins, services ou fournitures qui requièrent une autorisation préalable ou à l'égard desquels la Canada Vie a recommandé ou approuvé la gestion des dossiers médicaux, la Canada Vie peut exiger que les soins, services ou fournitures en question soient obtenus auprès d'un fournisseur désigné par la Canada Vie ou administrés par celui-ci, et :

- limiter les frais couverts à l'égard de soins, de services ou de fournitures n'ayant pas été obtenus auprès d'un fournisseur désigné par la Canada Vie ou administrés par celui-ci au montant qu'il en aurait coûté s'ils avaient été obtenus auprès du fournisseur désigné par la Canada Vie ou administrés par celui-ci; ou
- refuser une demande de règlement visant des soins, des services ou des fournitures qui n'ont pas été obtenus auprès d'un fournisseur désigné par la Canada Vie ou qui n'ont pas été administrés par celui-ci.

Programme d'aide aux patients

Un programme d'aide aux patients est un programme qui offre de l'aide aux personnes à l'égard de l'achat de soins, de fournitures et de services.

La Canada Vie peut exiger d'une personne couverte qu'elle s'inscrive et participe à un programme d'aide aux patients auquel elle pourrait être admissible. La Canada Vie peut également réduire du montant des frais couverts jusqu'à concurrence du montant d'assistance financière auquel la personne est admissible pour des soins, une fourniture ou un service aux termes d'un programme d'aide aux patients.

Services d'ambulance

La Canada Vie couvre les services d'ambulance, y compris les services ambulanciers aériens, s'ils sont fournis par un service d'ambulance autorisé. Le transport par ambulance doit être effectué jusqu'au centre de traitement le plus proche en mesure de donner les soins voulus.

Soins infirmiers à domicile et services d'aide-soignant à domicile

La Canada Vie couvre les soins infirmiers à domicile et les services d'aide-soignant à domicile :

- si, avant le début des soins, l'*Assuré* est couvert aux termes de la présente police;
- si les soins nécessaires sont des Soins de courte durée, des Soins de convalescence ou des Soins palliatifs; et
- si les soins ont été approuvés au préalable par la Canada Vie.

Par soins infirmiers à domicile, on entend des soins :

- dont la prestation exige les compétences et la formation d'un Infirmier professionnel; et
- qui sont donnés dans une résidence privée par un Infirmier professionnel.

Le niveau de compétence nécessaire est déterminé en fonction des restrictions applicables visant l'autorisation d'exercer.

Par services d'aide-soignant à domicile, on entend des services :

- prescrits par un Médecin;
- obtenus par l'entremise d'une Agence de soins à domicile agréée; et
- fournis à temps partiel ou sur une base intermittente. Les services ne sont pas considérés être fournis à temps partiel ou sur une base intermittente si le nombre d'heures des services est supérieur à 30 heures par semaine.

Le *Propriétaire* doit obtenir de la Canada Vie une estimation des prestations visant les soins infirmiers à domicile ou les services d'aide-soignant à domicile aux termes de la présente police. La Canada Vie aura donc besoin d'une lettre du Médecin traitant renfermant les renseignements suivants :

- description de la Blessure ou de la Maladie de l'*Assuré*;
- liste des soins infirmiers à domicile ou services d'aide-soignant à domicile requis et fréquence des soins;
- niveau de compétence nécessaire pour donner les soins requis (infirmier autorisé, infirmier auxiliaire autorisé, aide-infirmier autorisé ou autre praticien);
- nombre d'heures de soins requis par jour ou par semaine; et
- durée probable de la période pendant laquelle des soins infirmiers à domicile ou services d'aide-soignant à domicile seront requis.

Médicaments sur ordonnance

La Canada Vie couvre les médicaments ci-dessous :

- médicaments et fournitures de médicaments qui sont prescrits par une personne autorisée à les prescrire en vertu de la loi et délivrés par une personne autorisée à les délivrer en vertu de la loi;
- médicaments, y compris les médicaments contraceptifs et les produits contenant un médicament contraceptif, nécessitant une ordonnance conformément à la Loi sur les aliments et drogues du Canada ou à la législation en vigueur dans la province ou le territoire où ils sont délivrés;
- médicaments devant être administrés par injection, y compris les vitamines, l'insuline et les extraits allergéniques (les seringues pour auto-injection de médicaments couverts sont également couvertes);
- aiguilles jetables s'utilisant avec un dispositif d'injection d'insuline non jetable, lancettes, bandelettes pour tests et capteurs pour appareils flash de surveillance du glucose;
- préparations ou composés extemporanés contenant, entre autres ingrédients, un médicament couvert;
- médicaments ne nécessitant pas également une ordonnance :
 - s'ils sont indiqués dans l'édition courante du Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques;
 - s'ils sont prescrits par un Médecin ou un Dentiste; et
 - s'ils font partie de l'une des catégories suivantes :
 - agents de débridement enzymatique topiques;
 - agents thyroïdiens;
 - antipaludéens;
 - fibrinolytiques;
 - fluorure monosubstance;
 - nitroglycérine;
 - recharges potassiques;
 - relaxants musculaires; et
 - sels ferreux monosubstance.

La Canada Vie couvre les frais engagés à l'extérieur du Canada pour les médicaments admissibles à condition qu'elle aurait versé des prestations pour ces médicaments s'ils avaient été obtenus dans la province ou le territoire de résidence de l'Assuré.

Cannabis à des fins médicales

Le cannabis à des fins médicales est couvert lorsqu'il est acheté auprès d'un producteur autorisé en exécution des directives indiquées sur un document médical fourni par un praticien de la santé autorisé et conformément aux modalités de la Loi sur le cannabis et des règlements pris en vertu de cette loi (qui peuvent être modifiés ou remplacés de temps à autre).

Les graines ou le matériel pouvant servir à la culture de plants ne sont pas couverts.

Par « document médical », on entend le document médical défini dans les règlements pris en vertu de la Loi sur le cannabis (qui peuvent être modifiés ou remplacés de temps à autre).

Restrictions

Restrictions applicables aux médicaments et aux fournitures connexes

Les restrictions qui s'appliquent à la protection pour les médicaments et les fournitures connexes s'applique dans la même mesure à la protection pour le cannabis. Cependant, le cannabis n'a pas de code d'identification numérique, au sens défini dans la Loi sur les aliments et drogues (Canada).

Traitement raisonnable

Indépendamment de toute autre disposition, il est convenu que le cannabis représente un traitement raisonnable pour soulager des maladies ou des blessures précises, ou pour faciliter certaines phases de ces maladies ou blessures, conformément aux modalités établies et comme le détermine la Canada Vie, à sa discrétion, de temps à autre.

Fournitures médicales

Les fournitures médicales suivantes sont couvertes lorsqu'elles sont prescrites par un Médecin. Dans le cas des fournitures offertes en location, la Canada Vie couvre à son gré le coût de la location ou le coût d'achat.

Appareils respiratoires

- oxygène et matériel nécessaire à son administration;
- respirateurs à pression positive intermittente;
- appareils de ventilation spontanée en pression positive continue;
- instruments de surveillance respiratoire en cas d'arythmie respiratoire;
- tentes à brouillard et nébuliseurs;
- appareils de percussion thoracique, tables inclinables pour le drainage postural et crachoirs;
- pompes aspiratrices; et
- tubes à trachéotomie.

Fournitures orthopédiques

- orthèses, c'est-à-dire tout appareil orthopédique fabriqué d'un matériau rigide, tels le métal ou le plastique, pouvant être porté et servant à maintenir une partie du corps en bonne position. Les bandes-maintien élastiques et les orthèses du pied n'entrent pas dans cette catégorie;
- colliers cervicaux;
- orthèses du pied sur mesure et chaussures orthopédiques adaptées, y compris les modifications apportées à des chaussures orthopédiques;
- plâtres;
- attelles, y compris les chaussures fixées à une attelle;
- stimulateurs électrospinaux externes pour le traitement de la scoliose;
- stimulateurs de consolidation de fractures; et
- appareils de verticalisation.

Prothèses

- yeux artificiels, y compris la refection et le polissage de telles prothèses;
- membres artificiels standards, y compris la réparation de telles prothèses, les bas pour moignons et les attelles pour l'immobilisation des épaules;
- obturateurs de fissure palatine;
- prothèses mammaires externes;
- soutiens-gorge chirurgicaux; et
- prothèses mammaires implantées, jusqu'au montant payable pour des prothèses mammaires externes.

Aides à la mobilité

- fauteuils roulants, y compris les fauteuils automoteurs, s'ils sont nécessaires à l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne; et
- réparations et piles rechargeables nécessaires à un fauteuil roulant couvert.

Aides auditives

- aides auditives, incluant les piles, les tubes et les embouts auriculaires fournis lors de l'achat de l'aide auditive; et
- réparations et ajustements d'aides auditives.

Fournitures pour diabétiques

- glucomètres, appareils flash de surveillance du glucose et appareils de surveillance du glucose en continu;
- capteurs et transmetteurs pour les appareils de surveillance du glucose en continu.

Autres fournitures médicales

- cannes, déambulateurs, béquilles et parapodiums;
- lits d'hôpital, barrières de lit, trapèzes, minerves et appareils de traction;

- fournitures nécessaires à la suite d'une colostomie ou d'une iléostomie;
- cathéters et fournitures connexes;
- substituts alimentaires devant être administrés par sonde. Les pompes et les accessoires sont aussi couverts;
- neurostimulateurs transcutanés nécessaires au contrôle de la douleur chronique;
- vêtements compressifs pour lymphœdème, faits sur mesure;
- pompes d'extrémité pour lymphœdème ou syndrome post-phlébitique grave;
- bas de compression graduée faits sur mesure;
- vêtements pour le traitement de brûlures, faits sur mesure;
- sièges de toilette surélevés, bancs de douche, barres d'appui et chaises d'aisance;
- perruques pour patients atteints du cancer qui suivent des traitements de chimiothérapie;
- cristallins artificiels implantés chirurgicalement; et
- lunettes ou lentilles cornéennes nécessaires par suite d'une intervention chirurgicale oculaire.

Services diagnostiques

La Canada Vie couvre les analyses diagnostiques de laboratoire et les radiodiagnostic effectués dans la province ou le territoire de résidence de l'Assuré lorsque le Régime d'État de celui-ci ne prévoit pas de remboursement à ce titre.

Soins paramédicaux

À moins que la loi ne l'interdise, la Canada Vie rembourse la partie du coût des soins paramédicaux qui n'est pas couverte par le Régime d'État.

La Canada Vie couvre les soins paramédicaux suivants lorsqu'ils sont donnés hors du milieu hospitalier :

- soins donnés par un chiropraticien autorisé (y compris les radiodiagnostic) pour traiter les troubles musculaires ou osseux;
- soins donnés par un diététicien (diététiste) autorisé pour traiter les troubles de la nutrition;
- soins donnés par un ostéopathe autorisé (y compris les radiodiagnostic);
- soins donnés par un physiothérapeute autorisé pour corriger les troubles de motricité;
- soins donnés par un podiatre autorisé (y compris les radiodiagnostic) pour traiter les affections du pied;
- soins donnés par un psychologue agréé ou un travailleur social dûment qualifié;
- soins donnés par un massothérapeute autorisé;
- soins donnés par un orthophoniste autorisé pour corriger les défauts d'élocution;
- soins donnés par un naturopathe autorisé; et
- soins donnés par un acupuncteur autorisé.

La Canada Vie couvre les frais engagés à l'extérieur du Canada pour les soins paramédicaux admissibles à condition qu'elle aurait versé des prestations pour ces soins paramédicaux s'ils avaient été obtenus dans la province ou le territoire de résidence de l'Assuré.

Soins oculaires

La Canada Vie couvre les soins, services et fournitures oculaires suivants :

- examens de la vue, y compris la réfraction de l'œil, effectués par un ophtalmologiste ou un optométriste autorisé, à condition que la protection ne soit pas accordée aux termes du Régime d'État de l'Assuré;
- lunettes et lentilles cornéennes nécessaires à la correction de la vision lorsqu'elles sont fournies par un ophtalmologiste, un optométriste ou un opticien autorisé; et
- chirurgie oculaire au laser lorsqu'elle est pratiquée par un ophtalmologiste autorisé.

La Canada Vie couvre les frais engagés à l'extérieur du Canada pour les soins oculaires admissibles à condition qu'elle aurait versé des prestations pour ces soins oculaires s'ils avaient été obtenus dans la province ou le territoire de résidence de l'Assuré.

La Canada Vie peut, selon les modalités qu'elle détermine, couvrir des soins, des services ou des fournitures qui ne sont pas couverts aux termes de la présente police à condition qu'ils représentent un traitement raisonnable.

La Canada Vie peut limiter les Frais couverts pour des soins, des services ou des fournitures au coût de soins, de services ou de fournitures moins chers qui constituent un traitement raisonnable.

Section 7 – Soins, services et fournitures dentaires couverts

La présente section traite des prestations pour Soins, services et fournitures dentaires couverts par la présente police.

Versement des prestations

Les prestations pour des Soins, services et fournitures dentaires couverts sont versées à l'égard des Frais couverts selon les Pourcentages de remboursement indiqués dans les Conditions particulières.

Les prestations payables à l'égard des Soins, services et fournitures dentaires couverts sont assujetties à une Période d'attente de trois mois durant laquelle aucune prestation n'est versée.

Aucune prestation n'est versée pour des soins dentaires extraordinaires pendant les trois premiers mois de la protection, soit de la *Date d'effet* de la police à la dernière journée de la période de trois mois suivant la *Date d'effet*.

Les prestations payables sont assujetties aux Maximums au titre de l'assurance dentaire indiqués dans les Conditions particulières, y compris :

- le Pourcentage de remboursement de 100 % du montant le moins élevé entre les honoraires facturés pour les soins dentaires et le montant du Barème des honoraires de soins dentaires à l'égard des frais admissibles relatifs au Traitement d'une blessure accidentelle aux dents;
- le Pourcentage de remboursement de 80 % du montant le moins élevé entre les honoraires facturés pour les soins dentaires et le montant du Barème des honoraires de soins dentaires à l'égard des frais de soins ordinaires;
- le Pourcentage de remboursement de 50 % du montant le moins élevé entre les honoraires facturés pour les soins dentaires et le montant du Barème des honoraires de soins dentaires à l'égard des frais de soins extraordinaires;
- la Prestation maximum de 1 000 \$ \$ par année civile à l'égard des frais de soins ordinaires;
- la Prestation maximum de 750 \$ par année civile à l'égard des frais de soins extraordinaires; et
- les restrictions, les exceptions et toutes les autres dispositions de la présente police. La Prestation maximum ne s'applique pas aux frais admissibles relatifs au Traitement d'une blessure accidentelle aux dents.

Date à laquelle les frais sont engagés

Aux fins de tous les calculs effectués aux termes de la présente section, les frais relatifs aux Soins, services et fournitures dentaires couverts sont réputés être engagés à la date à laquelle le traitement prend fin.

Définitions

Par **Barème des honoraires de soins dentaires**, on entend le barème des honoraires de soins dentaires en vigueur dans la province ou le territoire de résidence du *Propriétaire* à la date à laquelle les soins sont reçus.

Par **Denturologiste**, on entend une personne dûment autorisée à fabriquer des prothèses amovibles.

Par **Période d'attente**, on entend la période qui débute à la Date d'effet de la police et qui se termine le dernier jour de la période de trois mois suivant la Date d'effet de la police. Il est entendu que la Période d'attente s'applique uniquement aux Soins, services et fournitures dentaires couverts.

Par **Traitement dentaire raisonnable**, on entend tout traitement qui :

- est reconnu par l'Association dentaire canadienne;
- est reconnu comme efficace;
- est effectué par un Dentiste ou par un Denturologiste, ou sous la supervision d'un Dentiste; et
- dont la nature, l'intensité, la fréquence et la durée sont essentielles au diagnostic ou au traitement de la Blessure ou de la Maladie dentaire.

Soins, services et fournitures dentaires couverts par la présente police

Tous les soins, services et fournitures couverts aux termes de la présente section doivent représenter un Traitement dentaire raisonnable à l'égard d'une Blessure ou d'une Maladie.

Aucune prestation n'est payable pour les soins, services et fournitures qui ne représentent pas un Traitement dentaire raisonnable.

À moins d'indication contraire, le traitement dentaire est décrit et évalué conformément au Guide du système de codification standard et du répertoire des services de l'Association dentaire canadienne, lequel est modifié à l'occasion. La Canada Vie couvre les frais engagés à l'extérieur du Canada pour les soins, services et fournitures dentaires admissibles à condition qu'elle aurait versé des prestations pour ces soins, services et fournitures dentaires s'ils avaient été obtenus dans la province ou le territoire de résidence de l'Assuré.

Soins, services et fournitures dentaires ordinaires

La garantie couvre les soins, services et fournitures dentaires ordinaires suivants.

Services diagnostiques

- examens buccaux complets;
- examens de pathologie et de chirurgie buccales, examens parodontaux, prosthodontiques et endodontiques;
- examens buccaux partiels;
- examens parodontaux partiels;
- examens spécifiques et examens d'urgence;
- série complète de radiographies intrabuccales;
- radiographies intrabuccales;
- sialographie;
- radiographies extrabuccales autres que les radiographies panoramiques et les radiographies de sialographie;
- substances radio-opaques qui permettent de voir les lésions buccales;
- interprétation de radiographies ou de modèles provenant d'une autre source;
- analyses microbiologiques, histologiques, cytologiques et de la vitalité pulpaire; et
- rapports de laboratoire.

Soins de prévention

- prophylaxie;
- application topique de fluorure;
- scellants de puits et fissures sur les prémolaires et les molaires permanentes;
- mainteneurs d'espace;
- entretien des mainteneurs d'espace;
- appareils servant à contrôler les mauvaises habitudes, y compris l'examen, l'ajustement, la réparation, la modification et l'enlèvement de l'appareil;
- finition d'obturations;
- meulage interproximal des dents; et
- retouche aux contours des dents.

Soins de restauration mineurs

- traitement des caries et blessures, et soulagement de la douleur;
- obturations au moyen d'amalgame ou de matériaux esthétiques;
- tenons dentinaires et tenons préfabriqués pour obturations; et
- couronnes préfabriquées pour dents temporaires.

Soins endodontiques

- actes dentaires décrits dans la partie sur les soins endodontiques du Guide du système de codification standard et du répertoire des services de l'Association dentaire canadienne, lequel est modifié à l'occasion.

Soins parodontaux

- actes dentaires décrits dans la partie sur les soins parodontaux du Guide du système de codification standard et du répertoire des services de l'Association dentaire canadienne, lequel et modifié à l'occasion.

Entretien des prothèses amovibles

- rebasage superficiel de prothèses amovibles;
- rebasage complet de prothèses amovibles; et
- base élastique lors du rebasage superficiel ou complet de prothèses amovibles.

Chirurgie buccale

- extraction de dents;
- exposition chirurgicale de dents;
- alvéoloplastie mineure, gingivoplastie ou stomatoplastie pour remodeler ou retoucher les contours des tissus buccaux;
- incisions chirurgicales;
- excision chirurgicale de tumeurs, de kystes et de granulomes;
- traitement de fractures, y compris les greffes osseuses de la mâchoire;
- traitement de malformations maxillo-faciales, y compris les greffes osseuses de la mâchoire et la chéilosplatie; et
- obturateurs palatins.

Soins complémentaires

- remèdes légers administrés pour soulager la douleur;
- injections thérapeutiques; et
- anesthésie nécessaire à la prestation de soins couverts.

Soins, services et fournitures dentaires extraordinaires

La garantie couvre les soins, services et fournitures dentaires extraordinaires suivants

Couronnes et incrustations de surface

- couronnes en métal, en plastique, en porcelaine ou en céramique;
- incrustations de surface;
- tenons, clés pour moulage et tenons dentinaires nécessaires aux couronnes couvertes;
- chapes nécessaires aux couronnes couvertes et aux prothèses hybrides (ou télescopiques);
- réparation de matériaux esthétiques couverts; et
- enlèvement et recimentation de couronnes et d'incrustations de surface.

Le remplacement de couronnes et d'incrustations de surface existantes est couvert uniquement lorsque la restauration existante date d'au moins cinq ans et qu'elle ne peut être réparée.

Prothèses amovibles et ponts

Les prothèses amovibles, y compris les prothèses hybrides (télescopiques), les ponts et les appareils maintenus en place par des implants sont couverts lorsqu'ils sont nécessaires pour remplacer une ou des dents naturelles extraites pendant que la police est en vigueur.

Le remplacement d'une prothèse amovible existante est également couvert dans les cas suivants :

- la prothèse existante est une prothèse temporaire couverte; ou
- la prothèse existante sert depuis au moins cinq ans et ne peut plus être réparée. Si la prothèse existante sert depuis moins de cinq ans, un remplacement est couvert si, pendant que l'Assuré est couvert aux termes de la police, la prothèse en question ne peut plus servir en raison de :
 - la mise en place d'une première prothèse antagoniste; ou
 - l'extraction d'autres dents. Si d'autres dents sont extraites, mais que la prothèse existante peut encore servir, seuls les frais engagés pour le remplacement des dents extraites sont couverts.

Intervention chirurgicale liée au port d'une prothèse amovible

Les soins chirurgicaux liés au port d'une prothèse amovible suivants visant le remodelage ou les retouches nécessaires aux contours des tissus buccaux sont couverts :

- remodelage, excision, ablation, réduction ou augmentation de l'os alvéolaire;
- remodelage du plancher de la bouche;
- vestibuloplastie;
- reconstruction de la crête alvéolaire;
- extensions des replis muqueux; et
- greffes chirurgicales connexes.

Les attelles (« stents ») utilisées à cette fin, même si elles ne sont pas énumérées dans la section sur les interventions chirurgicales liées au port de prothèses du Guide du système de codification standard et du répertoire des services de l'Association dentaire canadienne, sont également couvertes par la présente disposition.

Entretien des prothèses

Les services suivants sont couverts après la période de trois mois suivant la mise en place d'une prothèse :

- réparation de prothèses amovibles;
- ajustement de prothèses amovibles;
- réparation d'une prothèse amovible et ajouts nécessaires, mise en condition tissulaire et repositionnement des dents de la prothèse amovible;
- réparation de ponts;
- enlèvement et recimentation de ponts;
- enlèvement d'appareils maintenus en place par des implants aux fins de réparation; et
- remise en place d'appareils maintenus par des implants.

Traitement d'une blessure accidentelle aux dents

Le traitement d'une Blessure à des Dents naturelles saines ouvre droit aux prestations :

- si le traitement dentaire est nécessaire par suite d'un coup externe;
- si la Blessure survient pendant que l'Assuré est couvert aux termes de la présente police;
- si le traitement est effectué par un Dentiste, un chirurgien buccal ou un Denturologiste; et
- si le traitement commence au cours des 60 jours suivant la Blessure. Cette condition ne s'applique pas si la Canada Vie reçoit une preuve satisfaisante que le début du traitement doit être différé passé ces 60 jours en raison d'une Blessure ou d'une Maladie.

Les soins services et fournitures nécessaires au Traitement d'une blessure accidentelle aux dents sont décrits ci-dessous.

Soins, services et fournitures dentaires ordinaires nécessaires au Traitement d'une blessure accidentelle aux dents

La protection au titre des services diagnostiques, des soins de restauration et de prévention ainsi que des soins endodontiques, parodontaux, chirurgicaux et complémentaires aux termes de la présente disposition se fonde sur la disposition intitulée Soins, services et fournitures dentaires ordinaires de la section 7. Les restrictions quant à la fréquence des services diagnostiques figurant dans la partie intitulée Restrictions ne s'appliquent pas.

Soins, services et fournitures dentaires extraordinaires nécessaires au Traitement d'une blessure accidentelle aux dents

- couronnes et incrustations de surface;
- prothèses amovibles complètes ordinaires;
- prothèses amovibles partielles ordinaires (moulées ou en acrylique); et
- prothèses hybrides (ou télescopiques) complètes ou ponts complets.

La protection relative aux pontiques, premières prothèses, incrustations de surface, ponts et appareils maintenus en place par des implants aux termes de la présente disposition se fonde sur la disposition intitulée Soins, services et fournitures dentaires extraordinaires à la section 7. Les limites quant à la fréquence des remplacements et au nombre de prothèses, et le montant maximal des soins, services et fournitures dentaires extraordinaires ne s'appliquent pas.

Section 8 – Restrictions

Restrictions générales

Pour ce qui est des Soins, services et fournitures médicaux couverts et des Soins, services et fournitures dentaires couverts, les prestations sont payables par *Assuré*, à moins d'indication contraire.

Les prestations payables au titre des Soins, services et fournitures médicaux couverts et des Soins, services et fournitures dentaires couverts admissibles aux termes de tout Régime d'État se limitent aux montants de franchise et de règlement proportionnel que l'*Assuré* est tenu de payer aux termes du Régime d'État en question.

La *Prestation maximum* payable à l'égard des Soins, services et fournitures dentaires couverts engagés relativement à un *Assuré* est fixée à 750 \$ par année civile pour des soins, services et fournitures dentaires ordinaires et à 750 \$ par année civile pour des soins, services et fournitures dentaires extraordinaires, comme il est indiqué dans les *Conditions particulières*. Les *Prestations maximums* indiquées dans les *Conditions particulières* ne s'appliquent pas aux Frais couverts engagés pour le traitement d'une Blessure aux termes de la disposition Traitement d'une blessure accidentelle aux dents.

Les prestations payables au titre des Soins, services et fournitures médicaux couverts et des Soins, services et fournitures dentaires couverts sont également limitées comme il est indiqué ci-dessous.

Restrictions particulières visant les Soins, services et fournitures médicaux couverts

Soins infirmiers à domicile et services d'aide-soignant à domicile

L'indemnisation pour les soins infirmiers à domicile et les services d'aide-soignant à domicile est fonction du nombre minimal d'heures par jour ou par semaine et du niveau de compétence nécessaires pour assurer des soins infirmiers à domicile et des services d'aide-soignant à domicile essentiels.

Le montant maximal combiné payable au titre des soins infirmiers à domicile et des services d'aide-soignant à domicile est fixé à 7 500 \$ pour un maximum de 12 mois, à partir du premier jour où les soins sont prodigués. Ce maximum est rétabli relativement à toute nouvelle période de soins infirmiers à domicile et de services d'aide-soignant à domicile :

- si celle-ci suit une période d'au moins six mois au cours de laquelle aucuns soins infirmiers ni services d'aide-soignant n'ont été prodigués; ou
- si les soins sont nécessaires à la suite d'une Blessure ou d'une Maladie non liée aux affections ayant déjà fait l'objet d'une indemnisation.

Les prestations relatives aux soins hospitaliers et aux soins infirmiers à domicile et services d'aide-soignant à domicile ne sont pas payables dans le cas de Soins prolongés.

Médicaments sur ordonnance

Le montant maximal de prestations payables au titre des médicaments sur ordonnance est de 250 000 \$ par *Assuré*, par année civile.

Les prestations payables se limitent à tout achat de médicaments pouvant être normalement utilisés au cours d'une période de 34 jours, exception faite des médicaments suivants qui sont nécessaires dans le cadre d'un traitement d'entretien et qui peuvent être achetés pour une période de 100 jours :

- agents cardio-vasculaires;
- antiasthmatiques;
- antibiotiques contre l'acné;
- anticoagulants;
- anticonvulsivants;
- antihypertenseurs;
- antiparkinsoniens;
- antituberculeux;

- hypoglycémifiants;
- médicaments pour le traitement du glaucome;
- œstrogènes;
- préparations des agents thyroïdiens; et
- recharges potassiques

Conformément aux pratiques d'évaluation de la Canada Vie en vigueur au moment où la demande de règlement est présentée, les prestations payables pour un médicament peuvent être limitées au coût d'un médicament de remplacement moins cher.

Un médicament de remplacement inclut, sans s'y limiter, un médicament générique équivalent au médicament d'origine reconnu comme interchangeable en vertu de la loi de la province ou du territoire où le médicament est délivré, ou un produit biologique ultérieur.

Le droit de limiter les prestations payables ne s'applique pas si la documentation médicale indiquant une contre-indication quant au médicament de remplacement a été fournie.

Les prestations payables pour les frais d'exécution d'ordonnance sont limitées à 7 \$.

Cannabis à des fins médicales

Le montant maximal payable en remboursement des frais engagés pour acheter du cannabis est fixé à 5 000 \$ par année civile.

Fournitures orthopédiques

Le montant maximal payable au titre des orthèses du pied sur mesure et des chaussures orthopédiques adaptées, y compris les modifications apportées à des chaussures orthopédiques, est fixé à 300 \$ par année civile.

Prothèses

Le montant payable au titre des prothèses mammaires implantées se limite au montant payable pour des prothèses mammaires externes.

La protection au titre des prothèses mammaires externes se limite à une prothèse par année civile.

La protection au titre des soutiens-gorge chirurgicaux se limite à deux soutiens-gorge par année civile.

Aides à la mobilité

Lorsque l'Assuré a été remboursé pour un fauteuil automoteur, aucune prestation n'est payable pour l'achat d'un fauteuil roulant avant qu'une période de trois Années se soit écoulée depuis l'achat du fauteuil automoteur.

Le montant maximal payable au titre des fauteuils roulants est fixé à 1 500 \$ pendant toute la durée de la protection accordée à l'Assuré.

Aides auditives

Le montant maximal payable au titre des aides auditives est fixé à 500 \$ par période de cinq Années.

Fournitures pour diabétiques

La protection au titre des glucomètres, des systèmes flash de surveillance du glucose et des appareils de surveillance du glucose en continu, y compris les capteurs et les transmetteurs pour les appareils de surveillance du glucose en continu, est fixée à 4 000 \$ par année civile. La protection relative aux capteurs pour les systèmes flash de surveillance du glucose est offerte séparément au titre de la garantie pour médicaments sur ordonnance.

Autres fournitures médicales

Les fournitures suivantes sont couvertes :

- neurostimulateurs transcutanés nécessaires au contrôle de la douleur chronique, jusqu'à 700 \$ pendant toute la durée de la protection accordée à l'Assuré;
- pompes d'extrémité pour lymphœdème ou syndrome post-phlébitique grave, jusqu'à 1 500 \$ pendant toute la durée de la protection accordée à l'Assuré; et

- perruques pour patients atteints du cancer qui suivent des traitements de chimiothérapie, jusqu'à 500 \$ pendant toute la durée de la protection accordée à l'Assuré.

La protection est limitée comme suit :

- à l'égard des bas de compression graduée sur mesure, à quatre paires par année civile; et
- à l'égard des lunettes ou des lentilles cornéennes par suite d'une intervention chirurgicale oculaire, à une paire pour toute la durée de la protection.

Soins paramédicaux

Les prestations payables à l'égard de soins donnés par un :

- chiropraticien autorisé pour traiter les troubles musculaires ou osseux (y compris les radiodiagnostic);
- diététicien (diététiste) autorisé pour traiter les troubles de la nutrition;
- ostéopathe autorisé (y compris les radiodiagnostic);
- physiothérapeute autorisé pour corriger les troubles de motricité;
- podiatre autorisé (y compris les radiodiagnostic) pour traiter les affections du pied;
- psychologue agréé ou un travailleur social dûment qualifié;
- massothérapeute autorisé;
- orthophoniste autorisé pour corriger les défauts d'élocution;
- naturopathe autorisé; et
- un acupuncteur autorisé,

sont limitées à 50 \$ par consultation et jusqu'à 500 \$ par année civile, pour chaque catégorie de soins paramédicaux précitée.

Soins oculaires

Le montant maximal payable à l'égard des examens de la vue, y compris la réfraction de l'œil, est fixé à 75 \$ par période de deux Années.

Le montant maximal payable à l'égard des lunettes, des lentilles cornéennes et d'une chirurgie oculaire au laser est fixé à 250 \$ par période de deux Années.

Restrictions particulières visant les Soins, services et fournitures dentaires couverts

Services diagnostiques

La protection est limitée comme suit :

- à l'égard des examens buccaux complets, à un examen par période de trois Années;
- à l'égard des examens buccaux partiels, à un examen par période de neuf mois;
- à l'égard des examens parodontaux partiels, à un examen par période de neuf mois;
- à l'égard d'une série complète de radiographies intrabuccales, à une série par période de trois Années; et
- à l'égard des radiographies intrabuccales, à 15 pellicules par période de trois Années. La protection à l'égard des radiographies panoramiques se limite à une radiographie par période de trois Années. De telles radiographies ne sont pas couvertes lorsqu'elles sont effectuées la même année qu'une série complète de radiographies.

Soins de prévention

La protection est limitée comme suit :

- à l'égard des prophylaxies, à une prophylaxie par période de neuf mois;
- à l'égard de l'application topique de fluorure, à une application par période de neuf mois; et
- à l'égard des scellants de puits et fissures sur les prémolaires et les molaires permanentes, aux frais engagés à cet égard une fois par période de cinq Années.

Soins de restauration mineurs

- Le remplacement d'une obturation existante est offert uniquement s'il s'est écoulé au moins deux Années depuis la date à laquelle l'obturation existante a été réalisée ou si celle-ci n'était pas couverte aux termes de la présente police.

Soins endodontiques

- La protection à l'égard du traitement radiculaire de dents permanentes se limite à un seul traitement par dent. Cependant, si un premier traitement n'a pas donné les résultats escomptés 18 mois après le traitement, un deuxième traitement sera couvert.
- Si un traitement radiculaire est effectué sur la même dent dans les six mois qui suivent une pulpotomie, les prestations payables sont réduites du montant versé à l'égard de la pulpotomie.
- Les apicectomies ne sont couvertes que pour les dents permanentes.

Soins parodontaux

La protection est limitée comme suit :

- à l'égard du détartrage et du polissage des racines, à un maximum combiné de six unités de temps par Année; et
- à l'égard de l'ajustement et de l'équilibration occlusaux, à un maximum combiné de six unités de temps par Année.

Lorsque le remboursement est fonction d'un certain nombre d'unités de temps, mais que les frais ne sont pas calculés sur une telle base dans le Barème des honoraires de soins dentaires :

- en vigueur dans la région où les soins sont donnés; ou
- applicable à la présente police,

chaque acte dentaire équivaut à une unité de temps, peu importe sa durée.

« Unité de temps » désigne toute période de temps d'au plus 15 minutes.

Entretien des prothèses amovibles

La protection est limitée comme suit :

- à l'égard du rebasage superficiel de prothèses amovibles, à un rebasage superficiel toutes les trois Années (si des frais distincts sont engagés pour le rebasage superficiel de prothèses immédiates, il n'est pas nécessaire que les prothèses amovibles servent depuis au moins six mois);
- à l'égard du rebasage complet de prothèses amovibles, à un rebasage complet toutes les trois Années;
- à l'égard de la base élastique lors du rebasage superficiel ou complet de prothèses amovibles, aux frais engagés à cet égard une fois par période de trois Années;
- à l'égard de l'ajustement de prothèses amovibles, à un ajustement par Année; et
- à l'égard de la réfection de prothèses amovibles, à une réfection par période de trois Années.

Soins extraordinaires

La protection est limitée comme suit :

- à l'égard des couronnes mises en place sur des molaires, au coût de couronnes en métal;
- à l'égard des couronnes nécessitant une intervention complexe, au coût de couronnes ordinaires;
- à l'égard des incrustations de surface avec matériaux esthétiques mises en place sur des molaires, au coût d'incrustations en métal;
- à l'égard des couronnes ou incrustations de surface, au coût d'obturations, lorsqu'un autre traitement aurait permis de restaurer les dents de façon satisfaisante; et
- à l'égard des incrustations en profondeur, au coût d'obturations.

Traitement d'une blessure accidentelle aux dents

Le traitement nécessaire par suite d'une Blessure non admissible à la disposition intitulée Traitement d'une blessure accidentelle aux dents est évalué aux termes des autres dispositions relatives aux soins dentaires de la section 7 intitulée Soins, services et fournitures dentaires couverts de la même façon que le traitement d'une Blessure ou d'une Maladie dentaire.

Section 9 – Exceptions

Exceptions générales

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants :

- frais engagés à la suite d'une Blessure ou Maladie qui a été exclue de la protection énoncée aux termes d'une Offre d'acceptation conditionnelle signée et acceptée par le *Propriétaire*;
- frais dont la loi interdit tout remboursement de la part d'un assureur privé;
- soins, services et fournitures auxquels l'*Assuré* a droit gratuitement en vertu d'une loi quelconque ou pour lesquels il y a des frais seulement parce que l'*Assuré* bénéficie d'une protection d'assurance;
- soins, services et fournitures qui ne constituent pas un Traitement médical raisonnable ou un Traitement dentaire raisonnable;
- soins, services et fournitures liés à un traitement donné uniquement à des fins d'esthétique;
- soins, services et fournitures, aux termes de la section intitulée Soins, services et fournitures médicaux couverts, liés :
 - au diagnostic ou au traitement de l'infertilité; ou
 - à la contraception, sauf s'il s'agit de médicaments contraceptifs ou de produits contenant un médicament contraceptif;
- soins, services et fournitures, aux termes de la section intitulée Soins, services et fournitures dentaires couverts, liés :
 - à la correction de malformations congénitales ou liées à la croissance chez les personnes de 19 ans ou plus;
 - à la correction de l'articulation temporo-mandibulaire;
 - à la correction de la dimension verticale; ou
 - au soulagement de la douleur myofaciale;
- soins, services et fournitures liés à des soins, services et fournitures couverts, sauf s'ils figurent expressément dans la liste des Frais couverts ou s'ils sont désignés par la Canada Vie comme étant des soins, services et fournitures couverts;
- soins, services et fournitures obtenus à l'extérieur du Canada, sauf :
 - aux termes des dispositions Médicaments sur ordonnance, Soins paramédicaux et Soins oculaires et aux termes de la section 7 intitulée Soins, services et fournitures dentaires couverts, si la Canada Vie aurait versé des prestations pour les médicaments, les soins paramédicaux, les soins oculaires ou les soins, services et fournitures dentaires en question s'ils avaient été reçus dans la province ou le territoire de résidence de l'*Assuré*;
 - ou

- aux termes de l'avenant *Assurance médicale en cas d'urgence lors de voyages*, s'il est en vigueur. Dans un pareil cas, cet avenant figure dans les *Conditions particulières*;
- soins, services et fournitures obtenus à l'extérieur de la province, mais au Canada, sauf si l'Assuré est couvert par le Régime d'État prévoyant une protection d'assurance maladie de sa province ou de son territoire de résidence et que la Canada Vie aurait versé des prestations pour des soins, services et fournitures comparables obtenus dans la province ou le territoire de résidence de l'Assuré;
- frais engagés par suite de la Guerre, déclarée ou non, d'une insurrection, d'actes de terrorisme ou de la participation volontaire à une émeute ou à une agitation civile;
- frais engagés par suite de la perpétration ou de la tentative de perpétration d'une agression, de voies de fait ou d'un acte criminel, que des accusations aient été portées contre l'Assuré ou non.

La Canada Vie peut refuser une demande de règlement visant des soins, services ou fournitures obtenus auprès d'un prestataire qui n'est pas approuvé par la Canada Vie.

Exceptions particulières visant les Soins, services et fournitures médicaux couverts

Aucune prestation n'est versée aux termes de la section intitulée Soins, services et fournitures médicaux couverts pour les soins, services et fournitures suivants :

Médicaments sur ordonnance

- médicaments n'ayant pas de numéro d'identification du médicament, tel qu'il est stipulé dans la Loi sur les aliments et drogues (Canada), laquelle est modifiée de temps à autre;
- médicaments brevetés (à formule secrète) inscrits conformément à la Loi sur les aliments et drogues (Canada), laquelle est modifiée de temps à autre;
- médicaments pour le traitement de la dysérection, qu'ils soient ou non prescrits à des fins médicales;
- médicaments reçus dans le cadre d'un traitement à l'hôpital à titre de malade hospitalisé ou de malade externe;
- vaccins et anatoxines donnés à des fins préventives pour conférer une immunisation;
- extraits allergéniques non injectables;
- médicaments qui sont considérés comme des produits cosmétiques, tels que les solutions topiques de minoxidil et les écrans solaires, qu'ils soient ou non prescrits à des fins médicales;
- produits antitabagiques;
- médicaments contre l'obésité, qu'ils soient ou non prescrits à des fins médicales;
- médicaments contre l'infertilité, qu'ils soient ou non prescrits à des fins médicales; et
- produits ou articles qui peuvent s'obtenir sans ordonnance et qui figurent dans la liste suivante :
 - atomiseurs, appareils, prothèses et fournitures nécessaires par suite d'une colostomie;
 - fournitures servant à l'analyse, au diagnostic, ou à l'administration des premiers soins;
 - dispositifs d'injection d'insuline non jetables ou dispositifs à ressort utilisés dans le prélèvement du sang;
 - dispositifs nécessaires à l'administration de médicaments devant être inhalés;
 - vitamines s'administrant par voie orale, minéraux, suppléments diététiques, préparations homéopathiques, lactés pour bébés et solutions injectables servant à l'alimentation parentérale totale, que ces produits soient ou non prescrits à des fins médicales, sauf lorsqu'ils doivent être délivrés sur ordonnance en vertu d'une loi fédérale ou provinciale;
 - diaphragmes, condoms, gelées, mousses, éponges, suppositoires, implants et autres produits ou articles servant habituellement à des fins contraceptives, qu'ils soient ou non prescrits à des fins médicales.

Aides à la mobilité

- accessoires spéciaux de fauteuils roulants visant principalement à permettre la participation à des activités sportives.

Fournitures orthopédiques

- appareils dentaires; et
- attelles intrabuccales.

Autres fournitures médicales

- lits d'hôpitaux à air fluidisé.

Soins oculaires

- soins, services et fournitures oculaires demandés par tout employeur comme condition d'embauche.

Exceptions particulières visant les Soins, services et fournitures dentaires couverts

Aucune prestation n'est versée aux termes de la section intitulée Soins, services et fournitures dentaires couverts pour les soins, services et fournitures suivants :

Services diagnostiques

- doubles de radiographies.

Soins de prévention

- mainteneurs d'espace de type pontique mordancés à l'acide autres que ceux pour dents centrales et latérales manquantes.

Soins endodontiques

- traitement radiculaire d'une dent temporaire;
- isolement d'une ou de plusieurs dents;
- alésage de la chambre pulpaire; et
- implants intracoronaires endo-osseux.

Soins parodontaux

- désensibilisation;
- application topique d'agents antimicrobiens;
- irrigation parodontale sous-gingivale;
- soins post-chirurgicaux; et
- évaluations parodontales après le traitement.

Chirurgie buccale

- déplacement chirurgical de dents;
- soins (autres que ceux indiqués ci-dessus) nécessaires pour remodeler ou retoucher les contours des tissus buccaux;
- alvéoloplastie ou gingivoplastie consécutives à l'extraction d'une ou de plusieurs dents; et
- obturateurs de fissure palatine.

Soins complémentaires

- hypnose et acupuncture.

Couronnes et incrustations de surface

- couronnes et incrustations de surface, si la détérioration de la dent est telle qu'on peut la restaurer de façon satisfaisante autrement; ou
- couronnes et incrustations de surface, si elles ne sont pas nécessaires au remplacement d'une couronne existante ou d'une couronne qui ne peut plus servir.

Traitement d'une blessure accidentelle aux dents

- soins dentaires donnés plus de 12 mois après la Blessure; et
- services diagnostiques orthodontiques et traitements orthodontiques.

Section 10 – Dispositions relatives au règlement

Preuve du sinistre

La Canada Vie verse des prestations aux termes de la présente police uniquement en remboursement des Frais couverts pour lesquels une preuve satisfaisante de l'admissibilité au règlement a été présentée. Pour ce qui est des prestations aux termes de la section intitulée Soins, services et fournitures dentaires couverts, il faut soumettre les radiographies et les modèles d'étude faits avant le début du traitement lorsque la Canada Vie l'exige.

Responsabilité du demandeur

Le *Propriétaire* doit fournir à la Canada Vie, ou voir à ce que lui soient fournis, les renseignements qu'elle juge nécessaires afin d'établir le droit aux prestations et les autorisations en vue d'obtenir ces renseignements d'autres personnes ou organismes.

Coordination des prestations

Les prestations aux termes de la présente police sont coordonnées s'il y a lieu avec celles versées aux termes d'autres protections semblables.

Régimes d'État

Lorsqu'une indemnité est prévue aux termes d'un Régime d'État, les Frais couverts sont diminués du montant payable par ce régime et sont alors considérés comme des Frais couverts aux termes de toutes les autres dispositions de coordination.

Les Frais couverts réduits sont assujettis aux *Pourcentages de remboursement*, à la *Franchise* et aux *Prestations maximums* indiqués dans les *Conditions particulières* de même qu'aux restrictions et exceptions de la présente police.

Autres régimes d'assurance maladie

Les prestations payables aux termes de la présente police sont coordonnées avec celles versées aux termes d'un autre régime. Par exemple, lorsqu'une indemnité est offerte aux termes d'un autre régime, comme un régime de carte de crédit, les Frais couverts sont coordonnés avec ceux de l'autre régime de sorte que l'indemnité totale de tous les régimes ne dépasse pas la totalité (100 %) des Frais couverts aux termes de la présente police. Les prestations payables sont assujetties aux *Pourcentages de remboursement*, à la *Franchise* et aux *Prestations maximums* indiqués dans les *Conditions particulières* de même qu'aux restrictions et exceptions aux termes de la présente police.

Lorsque la Canada Vie et l'Autre régime d'assurance maladie ont indemnisé le *Propriétaire* pour les Frais couverts, le *Propriétaire* doit rembourser à la Canada Vie la part des frais que celle-ci a versée de sorte que le paiement total ne dépasse pas la totalité (100 %) des Frais couverts aux termes de la présente police.

Réception ou divulgation de renseignements

La Canada Vie peut divulguer ou recevoir tout renseignement nécessaire à la coordination des prestations sans autorisation particulière.

Cession des droits contre un tiers

Si des prestations sont versées à l'égard de frais engagés par suite d'un acte posé par un tiers, par exemple à la suite d'un accident automobile, l'*Assuré* convient de céder ses droits d'action à la-Canada Vie. L'*Assuré* doit rembourser tout montant recouvré d'un tiers à la Canada Vie et doit collaborer pleinement avec celle-ci au cas où elle tenterait une poursuite contre un tiers.

Calcul préalable des prestations à l'égard des Soins, services et fournitures dentaires couverts

Pour déterminer les prestations payables aux termes de la présente police, il est préférable que l'Assuré présente un plan de traitement, comme il est décrit ci-dessous, à la Canada Vie avant de subir un traitement dentaire qui coûtera 200 \$ ou plus.

À la réception du plan de traitement, la Canada Vie calcule les prestations payables aux termes de la présente police d'après l'estimation donnée dans le plan et communique au *Propriétaire* le montant en question. Le calcul préalable des prestations n'est valide que pour 90 jours.

Plan de traitement

Le plan de traitement préparé par le Dentiste doit renfermer les renseignements suivants :

- les soins recommandés en vue de traiter adéquatement l'Assuré;
- la date approximative de la fin du traitement; et
- le coût estimatif des soins.

Versement des prestations

Les prestations sont versées au *Propriétaire*, sauf :

- si ce dernier demande que les prestations soient cédées à la personne qui lui a procuré les soins ou services; et
- si la cession des prestations au prestataire des soins est conforme aux pratiques administratives de la Canada Vie en vigueur à la date du règlement.

Remboursement du trop-perçu

Le *Propriétaire* est tenu de rembourser la totalité des prestations versées en trop à l'Assuré, et ce, dans les six mois ou dans un délai plus long convenu par la Canada Vie. Si le *Propriétaire* omet de rembourser le trop-perçu dans le délai prévu, la Canada Vie interrompt le versement des prestations jusqu'au remboursement de ce trop-perçu. Cette action ne limite aucunement le droit de la Canada Vie à recouvrer par d'autres moyens juridiques les sommes versées en trop.

Section 11 – Remise en vigueur

Si la présente police prend fin par suite du non-paiement de la prime, le *Propriétaire* peut demander la remise en vigueur de la police.

Pour ce faire, il doit :

- faire une Demande écrite à cet égard dans les 60 jours suivant la date d'expiration de la police;
- payer la totalité des primes toujours en souffrance pour les périodes précédant la date d'expiration de la police, y compris les intérêts et les frais supplémentaires;
- être couvert aux termes d'un Régime d'État prévoyant une protection d'assurance maladie dans sa province ou son territoire de résidence; et
- être résident permanent canadien.

Si la Canada Vie approuve la remise en vigueur, la police rétablie prend effet le premier jour du mois suivant la date de résiliation de la police.

Section 12 – Assurance du conjoint et des enfants survivants

La Canada Vie maintient automatiquement la protection du Conjoint assurable et des Enfants assurables en vigueur si l'assurance cesse uniquement par suite du décès du *Propriétaire* de la police, à moins que le Conjoint assurable ne demande à la Canada Vie d'y mettre fin. Les *Assurés* peuvent appartenir à une nouvelle Catégorie de risque par suite du décès du *Propriétaire*.

Dans les 31 jours suivant la réception d'un avis écrit l'informant du décès du *Propriétaire*, la Canada Vie fournit au Conjoint assurable :

- les *Conditions particulières* désignant le Conjoint assurable comme *Propriétaire*; et
- le nouveau taux de prime applicable par suite de la modification de la Catégorie de risque, le cas échéant.

Section 13 – Modification des dispositions de la police

À la *Date de renouvellement annuel*, la Canada Vie a le droit de modifier les dispositions de la présente police. Sauf de la manière permise par les sections traitant du rajustement de la prime, la Canada Vie ne change pas les dispositions de la présente police à une date autre qu'à la *Date de renouvellement annuel*, à moins que le changement ne concerne l'adoption, la révision ou l'abrogation d'une loi ou d'un règlement entraînant la modification des prestations ou des taxes payables aux termes de la présente police.

La Canada Vie avise par écrit le *Propriétaire* de tout changement aux dispositions de la police. L'avis écrit concernant un changement entrant en vigueur à une *Date de renouvellement annuel* est expédié au *Propriétaire* à l'adresse la plus récente figurant dans les dossiers de la Canada Vie, au moins 31 jours avant l'entrée en vigueur de la nouvelle prime.

Section 14 – Dispositions générales

Monnaie

Tout montant payable à la Canada Vie ou par la Canada Vie est en monnaie canadienne.

Évaluation par un tiers

La Canada Vie se réserve le droit de mener toute enquête qu'elle juge nécessaire relativement à une Proposition ou à une demande de règlement et d'obtenir, s'il y a lieu, l'avis d'ordre médical ou dentaire d'un tiers.

La Canada Vie doit également se voir accorder la possibilité d'examiner l'*Assuré* qui présente une Proposition ou qui fait l'objet d'une demande de règlement, aussi souvent qu'elle le juge nécessaire pendant l'évaluation ou l'enquête connexes à la demande.

La Canada Vie peut supporter les frais d'évaluation ou d'enquête demandés, conformément à ses pratiques administratives à la date de la Proposition ou de la demande de règlement.

Erreur sur l'âge

La Canada Vie peut exiger une preuve d'âge d'un *Assuré* en tout temps. Si l'âge de l'*Assuré* est inexact, son droit à l'assurance et aux prestations sera déterminé selon son âge exact.

Si la prime a été sous-estimée compte tenu de l'âge exact de l'*Assuré*, elle sera rajustée rétroactivement et le *Propriétaire* devra acquitter le moins-perçu avant que le service des prestations ne puisse commencer ou continuer, suivant le cas.

Si la prime a été surestimée compte tenu de l'âge exact de l'*Assuré*, elle sera rajustée rétroactivement et la Canada Vie remboursera le *Propriétaire* ou créditera ce dernier du trop-perçu.

Versement à la succession

Les prestations sont versées au *Propriétaire*, s'il est vivant, sinon à sa succession, à moins de disposition contraire ci-dessous ou ailleurs dans la police.

Lorsque les prestations deviennent payables à la succession du *Propriétaire* ou à un *Propriétaire* qui ne peut donner une quittance valable, la Canada Vie peut verser des prestations jusqu'à 2 000 \$, ou d'un autre montant prévu par la loi, à une personne liée au *Propriétaire* par le sang ou par le mariage, ou à toute autre personne si la Canada Vie juge que cette personne y a droit. Tout paiement effectué de bonne foi par la Canada Vie libère celle-ci jusqu'au montant versé.

Incontestabilité

La Canada Vie peut annuler le contrat si la Proposition contient des réponses ou des déclarations inexactes à l'égard de tout fait important aux fins de l'assurance ou omet de divulguer tout fait important aux fins de l'assurance. Toutefois, sauf en cas de fraude, la Canada Vie n'annule pas le contrat pour les raisons précitées s'il a été en vigueur pendant une période continue de deux ans depuis la Date d'effet de la police ou, le cas échéant, la date de la dernière remise en vigueur de la présente police, selon la dernière éventualité à survenir.

La présente disposition ne s'applique pas en cas d'erreur sur l'âge.

Divulgaration des renseignements

Si elle reçoit une demande en ce sens dans les deux ans suivant la communication de sa décision, la Canada Vie révèle au *Propriétaire* ou à l'*Assuré* le nom de chaque personne ou organisme lui ayant fourni des renseignements relativement à la Proposition ou à la demande de règlement du *Propriétaire* ou de l'*Assuré*.

Si un *Propriétaire* ou un *Assuré* présente une autorisation écrite de la personne ou de l'organisme lui ayant fourni des renseignements médicaux, la Canada Vie révèle ces renseignements au *Propriétaire* ou à l'*Assuré* ou, à sa discrétion, au médecin du *Propriétaire* ou de l'*Assuré*.

La Canada Vie peut divulguer à un autre assureur ou gestionnaire d'avantages sociaux des renseignements relatifs à la demande de règlement d'un *Assuré*, et ce, sans autorisation préalable, lorsque :

- les renseignements en question sont nécessaires afin de déterminer l'admissibilité du demandeur à d'autres prestations au cours de la même période; et
- les renseignements sont communiqués à ces parties à la condition expresse qu'elles ne les divulgueront pas à d'autres personnes.

Demande de révision

Un *Propriétaire* a le droit d'appeler du refus d'accorder la totalité ou une partie de l'assurance ou des prestations décrites dans la présente police dans les deux ans suivant le refus. Le *Propriétaire* doit alors présenter une demande de révision par écrit en précisant les raisons pour lesquelles il juge le refus injustifié.

Conformité à la loi

Si la présente police n'est pas conforme à la législation applicable, elle est réputée être modifiée d'office pour satisfaire aux exigences minimales de la législation.

Section 15 – Dispositions réglementaires

Certaines dispositions, que l'on désigne par l'expression Dispositions réglementaires, doivent figurer dans la présente police en vertu de la loi. Elles sont décrites dans la présente section et dans les sections auxquelles on fait référence ci-dessous.

Copie de la Proposition

La Canada Vie fournit, sur demande, une copie de la Proposition au *Propriétaire*, à l'*Assuré* ou à tout demandeur au titre du contrat.

Contrat

La Proposition, la présente police, les pièces annexées à celle-ci au moment de l'établissement et les modifications dont il a été convenu par écrit après l'établissement de la police constituent le contrat. Aucun agent n'est autorisé à modifier le contrat ni à renoncer à l'une de ses dispositions.

Renonciation

La Canada Vie n'est pas réputée avoir renoncé à l'une des dispositions du contrat, en totalité ou en partie, à moins que cette renonciation ne soit exprimée clairement par écrit et signée par un représentant autorisé de la Canada Vie.

Faits importants

Aucune déclaration faite par le *Propriétaire* ou l'*Assuré* au moment de la Proposition ne peut servir de preuve à une demande de règlement aux termes du contrat ni à la dérogation aux dispositions du contrat, à moins qu'elle ne soit contenue dans la Proposition ou dans toute autre déclaration ou réponse produite par écrit comme preuve d'assurabilité.

Déclaration et preuve de sinistre

Le *Propriétaire*, l'*Assuré* ou un bénéficiaire autorisé à présenter une déclaration de sinistre, ou l'agent qui les représente doit :

- dans les 90 jours suivant la date à laquelle survient un sinistre couvert aux termes du contrat et qui découle d'une Blessure ou d'une Maladie, aviser par écrit la Canada Vie du sinistre :
 - en lui remettant l'avis ou en le lui expédiant par courrier recommandé au siège social ou à une agence principale de la Canada Vie dans la province; ou
 - en remettant l'avis à un agent autorisé de la Canada Vie dans la province;
- dans les 90 jours suivant la date à laquelle survient un sinistre couvert aux termes du contrat et qui découle d'une Blessure ou d'une Maladie ou, le cas échéant, dans les 90 jours suivant le début de la Maladie, fournir à la Canada Vie la preuve qu'il est raisonnablement possible de produire compte tenu des circonstances, et l'informer des pertes subies ainsi que des droits du demandeur aux prestations, de l'âge du demandeur et, le cas échéant, de l'âge du bénéficiaire; et
- si la Canada Vie l'exige, lui fournir un certificat dans une forme satisfaisant à ses exigences indiquant la cause ou la nature de la Blessure ou de la Maladie à l'origine de la demande de règlement aux termes du contrat ainsi que la durée de l'invalidité.

Formulaires d'établissement de la preuve du sinistre

La Canada Vie fournit les formulaires servant à établir la preuve du sinistre dans les 15 jours suivant la réception de la déclaration du sinistre. Toutefois, si le demandeur n'a pas reçu les formulaires à l'expiration de cette période, il peut soumettre la preuve du sinistre sous la forme d'une déclaration écrite décrivant la cause ou la nature de la Blessure ou de la Maladie faisant l'objet de la demande de règlement ainsi que l'importance de la perte subie.

Défaut de production de la déclaration ou de la preuve du sinistre

Le défaut de production de la déclaration ou de la preuve du sinistre dans les délais prescrits par la présente Disposition réglementaire n'invalide pas la demande de règlement si la déclaration ou la preuve est produite dans un délai raisonnable, au plus tard 15 mois après la date de la Blessure ou la date à laquelle survient un sinistre découlant d'une Maladie couverte par le contrat, le cas échéant, s'il est prouvé qu'il n'était pas raisonnablement possible de produire la déclaration ou la preuve du sinistre dans les délais prescrits.

Versement des sommes exigibles

Toutes les sommes exigibles au titre du contrat doivent être payées par l'assureur dans les 60 jours qui suivent la date de réception de la preuve de sinistre.

Recours en justice

Aucune action ne peut être intentée en justice contre la Canada Vie afin d'obtenir le règlement de prestations aux termes du présent contrat plus d'un an après la date à laquelle les prestations sont devenues payables ou le seraient devenues si la demande de règlement avait été valide.

Résiliation par l'assuré

La présente disposition a été remplacée par la disposition intitulée Résiliation et expiration de la section 4 de la présente police.

Résiliation par l'assureur

La présente disposition a été remplacée par la disposition intitulée Résiliation et expiration de la section 4 de la présente police.



Canada Vie et le symbole social et PlanDirect sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie.