

POLICE D'ASSURANCE COLLECTIVE

TITULAIRE DE LA POLICE :	UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
NUMÉRO DE LA POLICE :	GH 37493
DATE D'EFFET :	Le 31 mai 1993, à zéro heure, une minute, heure de Ste-Foy (Québec).
GARANTIES :	FRAIS D'HOSPITALISATION FRAIS MÉDICAUX

LA PRÉSENTE POLICE COLLECTIVE EST ÉTABLIE À LA DEMANDE DU TITULAIRE PAR LA COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE MANUFACTURERS, QUI S'ENGAGE À VERSER LES SOMMES DUES CONFORMÉMENT AUX STIPULATIONS QUI Y SONT ÉNONCÉES.

SIGNÉ AU NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE MANUFACTURERS, À MONTRÉAL (QUÉBEC) LE 9 JANVIER 2017.



PRÉSIDENT ET CHEF DE LA DIRECTION

TABLE DES MATIÈRES

	Page
Première page	
Divisions.....	4
<u>I DÉFINITIONS</u>	6
<u>II CONDITIONS GÉNÉRALES</u>	
Conditions d'admission	11
Employé.....	11
Personnes à charge.....	11
Retraité	11
Demande d'adhésion	12
Employé.....	12
Personnes à charge.....	13
Retraité	14
Prise d'effet de l'assurance	15
Couverture du participant et des personnes à charge	15
Prise d'effet lors d'un changement de couverture.....	15
Attestation de couverture	16
Attestation d'âge	16
Contestabilité	16
Pièces justificatives.....	17
Stipulations d'ordre général	17
Exonération de primes	17
Demande de règlement	17
Paiement des prestations	17A
Cumul des prestations	18
Ordre des régimes	18
Renseignements	19
Paiement à un tiers	19
Droit de recouvrement	19
Exonération de prime.....	20
Cessation de l'assurance.....	21
Employé	21
Personnes à charge.....	21
Retrait	22
Maintien de l'assurance	23
<u>III EXPOSÉ DE LA COUVERTURE</u>	
Frais d'hospitalisation (au Canada)	24
Versement des prestations	24
Exclusions.....	25
Prestations après la cessation de la couverture	26
Frais médicaux.....	27
Versement des prestations	27
Prestation maximale	27
Frais remboursables	28
Remboursement des frais engagés à l'étranger	32
Participant et personne à charge	32
Employé seulement, en affectation à l'extérieur du Québec.....	33
ManuAssistance.....	34
Exclusions.....	38
Prestations après la cessation de la couverture	40

TABLE DES MATIÈRES

	Page
IV <u>GESTION ADMINISTRATIVE</u>	
Le contrat	41
Le gestionnaire	41
Monnaie	42
Primes	42
Paiement des primes	42
Délai de grâce	42
Résiliation	42
Calcul et redressement de la prime	43
Renouvellement du contrat	44
Résiliation par le titulaire.....	44
V <u>ANNEXE "A"</u>	45

DIVISIONS

La présente police couvre les divisions suivantes :

DESCRIPTION	DIVISION	DATE D'EFFET
Siège social de l'Université du Québec (UQ)	1	Le 31 mai 1993
Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)	2	Le 6 juin 1993
Université du Québec en Outaouais (UQO)	3	Le 31 mai 1993
Université du Québec à Montréal (UQAM)	4	Le 7 juin 1993
Université du Québec à Rimouski (UQAR)	6	Le 6 juin 1993
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT)	7	Le 31 mai 1993
Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)	8	Le 31 mai 1993
École nationale d'administration publique (ÉNAP)	9	Le 31 mai 1993
École de technologie supérieure (ÉTS)	10	Le 31 mai 1993
Institut national de la recherche scientifique (INRS)	12	Le 31 mai 1993
Télé-Université (TÉLUQ)	13	Le 31 mai 1993
Presses de l'Université du Québec (PUQ)	14	Le 31 mai 1993
Fondation Armand-Frappier	15	Le 1 ^{er} mars 2006
Bureau de coopération interuniversitaire	16	Le 6 juin 1993
Société immobilière de l'Université du Québec	18	Le 1 ^{er} juin 2013
Musée québécois de culture populaire	19	Le 31 mai 1993
Régime de retraite de l'Université du Québec (RRUQ)	20	Le 31 mai 1993
Retraités – Divisions 017 et 021	25	Le 31 mai 1993
Retraités - Siège social de l'Université du Québec (UQ)	51	Le 1 ^{er} décembre 2010

DIVISIONS

La présente police couvre les divisions suivantes :

DESCRIPTION	DIVISION	DATE D'EFFET
Retraités - Université du Québec à Chicoutimi	52	Le 1 ^{er} juillet 2010
Retraités - Université du Québec en Outaouais	53	Le 1 ^{er} juillet 2010
Retraités - Université du Québec à Montréal (UQAM)	54	Le 1 ^{er} décembre 2010
Retraités - Université du Québec à Rimouski	56	Le 1 ^{er} juillet 2010
Retraités - Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue	57	Le 1 ^{er} juillet 2010
Retraités - Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)	58	Le 1 ^{er} décembre 2010
Retraités - École nationale d'administration publique (ÉNAP)	59	Le 1 ^{er} décembre 2010
Retraités – École de technologie supérieure	60	Le 1 ^{er} juillet 2010
Retraités - Institut national de la recherche scientifique (INRS)	62	Le 1 ^{er} décembre 2010
Retraités – Télé-Université	63	Le 1 ^{er} juillet 2010
Retraités - Presses de l'Université du Québec	64	Le 1 ^{er} juillet 2010
Retraités – Fondation Armand Frappier	65	Le 1 ^{er} juillet 2010
Retraités – Bureau de coopération interuniversitaire	66	Le 1 ^{er} juillet 2010
Retraité - Société immobilière de l'Université du Québec	68	Le 1 ^{er} juin 2013
Retraités – Musée québécois de la culture populaire	69	Le 1 ^{er} juillet 2010
Retraités – Régime de retraite de l'Université du Québec	70	Le 1 ^{er} juillet 2010

DÉFINITIONS

Accident : toute atteinte corporelle survenant en cours d'assurance, constatée par un professionnel de la santé et provenant directement de l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure indépendamment de toute autre cause.

Activité de réadaptation : activité recommandée ou approuvée par la Financière Manuvie, favorisant la réinsertion professionnelle des personnes devenues invalides.

Année d'assurance : période comprise entre la date d'effet et la date du premier renouvellement, ainsi que toute période de 12 mois commençant le jour d'un renouvellement.

Congé partiel sans rémunération : toute réduction temporaire des heures travaillées par un employé, avec réduction proportionnelle de la rémunération.

Conjoint : personne qui répond à l'une des conditions suivantes :

- A) être unie au participant par un mariage religieux ou civil;
- B) habiter avec le participant, sans être mariée avec lui, et être publiquement reconnue comme son conjoint ou sa conjointe depuis au moins 12 mois au moment de la réalisation du risque. Cette période de 12 mois ne s'applique pas lorsqu'un enfant est né de cette union, dans le cas des frais de médicaments stipulés à l'alinéa A des frais remboursables de la garantie Frais médicaux.

Cependant, la séparation de fait depuis moins de 3 mois ne prive pas la personne de son statut de conjoint dans le cas où il n'y a pas eu divorce ou annulation de mariage.

Contribution maximale : partie des frais remboursables, comprenant les franchises et la quote-part, que doit payer le participant avant que les frais ne soient remboursables à 100 %.

Date effective de la retraite : date à laquelle un employé prend effectivement sa retraite et a droit à une rente de retraite en vertu du régime des rentes pour le personnel de l'Université du Québec ou du régime de retraite des enseignants ou du régime de retraite des fonctionnaires ou du régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (R.R.E.G.O.P); cependant, dans le cas d'un employé atteint d'invalidité totale, la date effective de la retraite signifie la date à laquelle il atteint l'âge de 65 ans révolus (soit à 65 ans et une minute).

Délai de carence : les premiers 28 jours d'une période d'invalidité totale pendant lesquels aucune prestation d'assurance-salaire invalidité n'est payable à l'employé.

Dentiste : personne habilitée à pratiquer la médecine dentaire.

Éducation, formation ou expérience : ensemble des connaissances et des compétences que l'employé a pu acquérir au cours de ses études, dans l'exercice de ses activités personnelles ou professionnelles actuelles ou passées.

DÉFINITIONS

Effectivement au travail : l'employé est considéré comme effectivement au travail lorsqu'il accomplit réellement un travail pour le compte de l'employeur, se présente à son lieu de travail habituel (ou à tout autre lieu autorisé par l'employeur), travaille le nombre d'heures exigées par son emploi et a la capacité physique et mentale d'accomplir les tâches essentielles de sa profession habituelle (ou de tout travail temporaire que l'employeur lui assigne). L'employé qui répond à ces conditions est également considéré comme effectivement au travail pendant les fins de semaine et les jours fériés, les vacances et les congés avec ou sans rémunération, sous réserve de la clause MAINTIEN DE L'ASSURANCE.

Employé : personne autre qu'un chargé de cours, et engagée pour une période de 6 mois ou plus pour accomplir au moins la moitié de la tâche normale d'un professeur régulier à plein temps ou, dans le cas des autres employés, engagée par l'employeur pour une période de 6 mois ou plus, dans une fonction requérant au moins 15 heures par semaine.

Employé en affectation à l'extérieur du Québec : personne autre qu'un chargé de cours en affectation à l'extérieur du Québec, domiciliée au Canada et engagée pour une période de 6 mois ou plus pour accomplir au moins la moitié de la tâche normale d'un professeur régulier à plein temps ou, dans le cas des autres employés, une personne en affectation à l'extérieur du Québec, domiciliée au Canada et engagée par l'employeur pour une période de 6 mois ou plus, dans une fonction requérant au moins 15 heures par semaine. La personne qui travaille temporairement à l'étranger est réputée avoir son domicile au Canada si elle continue de participer au régime de retraite ou d'assurance-maladie de l'État.

Employeur :

- A) L'Université du Québec et toutes les corporations instituées par la Loi sur l'Université du Québec ou régies par les règlements adoptés en vertu des dispositions de la Loi sur l'Université du Québec ainsi que toute autre entreprise (incluant toute autre entité administrative) dépendant de l'une ou l'autre des précédentes corporations ou entièrement contrôlée par l'une d'elles et qui a signifié formellement son adhésion à la police collective.
- B) La Fondation Armand-Frappier, le Bureau de coopération interuniversitaire, la Société immobilière de l'Université du Québec, les Presses de l'Université du Québec, le Musée québécois de culture populaire, le Régime de retraite de l'Université du Québec ou tout autre organisme dont la participation est acceptée par l'Assemblée des gouverneurs de l'Université du Québec.

DÉFINITIONS

Enfant : personne qui répond aux conditions suivantes.

- A) Ne pas être mariée.
- B) Être l'enfant, le beau-fils ou la belle-fille (gendre ou bru exclus), ou l'enfant adoptif du participant ou de son conjoint, ou encore un enfant pris en foyer d'accueil, ou encore un enfant dont le participant a la garde et l'entier soutien à sa charge, et qui dépend du participant pour son soutien au moment de la réalisation du risque.
- C) Avoir moins de 21 ans, ou de 26 ans dans le cas de la personne qui étudie à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu et qui est à la charge du participant.

Tout enfant assuré, atteint d'invalidité totale au sens du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pension du Canada, reste couvert au-delà de l'âge maximal tant qu'il est incapable d'occuper un emploi lui permettant de subvenir à ses besoins et que son entretien et sa subsistance sont entièrement assurés par le participant.

Dans le cas des frais de médicaments stipulés à l'alinéa A des frais remboursables de la garantie Frais médicaux, est aussi admissible un enfant atteint d'une déficience fonctionnelle s'il répond à la définition suivante : personne admissible majeure, sans conjoint, atteinte d'une déficience fonctionnelle visée dans un règlement du gouvernement, survenue avant qu'elle n'ait atteint l'âge de 18 ans, qui ne reçoit aucune prestation en vertu d'un programme d'aide de dernier recours prévu à la Loi sur la sécurité du revenu, domiciliée chez une personne qui exercerait l'autorité parentale si elle était mineure.

Financière Manuvie : La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers.

Frais couverts : soins ou frais ouvrant droit à remboursement au titre du présent régime.

Hôpital : centre hospitalier, incluant l'établissement de soins prolongés, qui constitue une installation où l'on reçoit des personnes pour fins de prévention, de diagnostic médical, de traitement médical, de réadaptation physique ou mentale, à l'exclusion toutefois d'un cabinet privé de professionnels de la santé et d'une infirmerie où une institution religieuse ou d'enseignement reçoit les membres de son personnel ou ses élèves. Le mot hôpital s'applique également à tout établissement répondant à des normes comparables dans le cas de services hospitaliers prodigués en dehors du Québec.

Hospitalisation : occupation d'une chambre d'hôpital à titre de patient admis au sens du règlement adopté en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, ou l'équivalent en cas d'hospitalisation en dehors du Québec.

DÉFINITIONS

Invalidité : état d'incapacité résultant d'une maladie, d'un accident ou d'une grossesse qui, pendant les 24 premiers mois de prestations d'invalidité, empêche l'employé de remplir toutes et chacune des fonctions de son emploi et, après cette période, empêche effectivement l'employé d'exercer toute activité à but lucratif pouvant correspondre raisonnablement aux aptitudes des personnes ayant son éducation, sa formation ou son expérience. L'incapacité doit nécessiter des soins réguliers d'un médecin, sauf dans les cas où un état stationnaire d'incapacité est attesté par un médecin.

Justification d'assurabilité : attestations relatives à l'état de santé physique ou à d'autres données de fait pouvant influencer sur l'acceptation du risque. Seules sont acceptées les attestations faites sur des formules dont ont convenu l'Université du Québec et la Financière Manuvie.

Maladie : toute détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un professionnel de la santé.

Médecin : docteur en médecine habilité à pratiquer la médecine, ainsi que tout autre praticien reconnu par le Collège des médecins et des chirurgiens de la province où sont donnés les soins.

Médicament : produit médicinal auquel est attribué un code d'identification DIN et dont le nom figure dans les annexes provinciales ou fédérales.

Membre de la famille ou proche parent : le participant, le conjoint du participant, l'enfant, le père, la mère, le frère ou la soeur du participant ou de son conjoint.

Mois d'assurance : période représentant un mois civil.

Nécessaire du point de vue médical : généralement reconnu par le corps médical comme efficace et approprié au diagnostic ou au traitement d'une maladie ou d'une blessure, d'après les critères communément acceptés en matière de soins médicaux.

Participant : l'employé ou le retraité.

Période de paie : toute période de 14 jours consécutifs, servant de période de référence pour l'émission d'un chèque de paie par l'employeur.

DÉFINITIONS

Périodes d'invalidité successives : période continue d'invalidité totale ou des périodes successives d'invalidité totale, dues à une même cause ou à des causes connexes et séparées par moins de 6 mois de travail effectif continu, ou résultant de causes différentes, non connexes et non séparées par un retour au travail effectif, sont considérées comme une seule et même période d'invalidité totale. Durant l'invalidité, la personne assurée continue d'être assujettie à toutes les conditions du contrat.

Personne à charge : conjoint ou enfant, domicilié dans le même pays que le participant.

Personne assurée : le participant et/ou ses personnes à charge.

Pharmacie participante : pharmacie ayant conclu avec la Financière Manuvie une convention de participation à la garantie Médicaments tiers payant, individuellement ou par l'intermédiaire d'une association de pharmaciens.

Pièces justificatives : attestations présentées au bureau désigné par la Financière Manuvie établissant de façon satisfaisante la réalisation du risque et les circonstances qui l'ont entourée. Seules sont acceptées les attestations faites sur des formules dont ont convenu l'Université du Québec et la Financière Manuvie.

Police antérieure : toute police établie avant la présente police au nom du titulaire, et couvrant les employés et les retraités de l'employeur, et leurs personnes à charge s'il y a lieu.

Protection individuelle : désigne le participant.

Protection monoparentale : désigne le participant et le ou les enfant(s).

Protection couple : désigne le participant et le conjoint.

Protection familiale : désigne le participant, le conjoint et le ou les enfant(s).

Régime :

- A) Les garanties Frais d'hospitalisation et Frais médicaux du présent contrat.
- B) Tout autre contrat ou accord d'assurance couvrant les mêmes frais et établi pour un employeur, une association d'employés, un syndicat, une association professionnelle ou une fiducie, tels que
 - 1. les contrats collectifs,
 - 2. les contrats groupes ouverts
 - 3. et les contrats relatifs à un régime conventionnel.

Renouvellement : le 1^{er} juin, à zéro heure, une minute.

Retraité : personne de moins de 65 ans ayant atteint sa date effective de la retraite alors qu'elle était considérée comme employée en vertu de cette police ou de la police antérieure.

CONDITIONS GÉNÉRALES

CONDITIONS D'ADMISSION

Le participant et ses personnes à charges assurées en vertu de la police antérieure sont admissibles aux garanties Frais d'hospitalisation et Frais médicaux dès la prise d'effet du présent contrat.

Employé

L'employé est admissible aux garanties Frais d'hospitalisation et Frais médicaux dès qu'il est effectivement au travail.

L'employé dont l'assurance au titre du présent contrat a pris fin est à nouveau admissible dès qu'il est effectivement au travail.

Personnes à charge

Le participant est admissible à la couverture des personnes à charge pour les garanties Frais d'hospitalisation et Frais médicaux, s'il répond aux conditions suivantes :

- A) Être admissible à la couverture du participant.
- B) Avoir au moins une personne à sa charge.

Retraité

Le retraité ayant pris sa retraite avant le 1^{er} janvier 1997, qui était assuré en vertu de la présente police en date du 31 décembre 1996, est admissible aux garanties Frais d'hospitalisation et Frais médicaux.

Le retraité ayant pris sa retraite le ou après le 1^{er} janvier 1997 est admissible aux garanties Frais d'hospitalisation et Frais médicaux dès la date effective de sa retraite.

CONDITIONS GÉNÉRALES

DEMANDE D'ADHÉSION

Employé

Un employé admissible à l'assurance doit compléter et transmettre à l'employeur les renseignements nécessaires à son adhésion à l'assurance.

L'adhésion est obligatoire pour tout employé qui remplit les conditions d'admission, sauf dans le cas d'un employé âgé de 65 ans ou plus, qui peut, moyennant un préavis écrit à l'employeur, refuser ou cesser d'adhérer à cette police pour s'assurer auprès de la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Un tel employé ne peut pas, par la suite, devenir de nouveau admissible au présent régime.

Un employé peut également, moyennant un préavis écrit à son employeur, refuser ou cesser d'adhérer à cette police à la condition qu'il atteste qu'il est assuré, à titre de personne à charge, en vertu de la garantie complémentaire d'assurance-maladie de cette police ou de toute autre garantie d'assurance collective comportant des prestations similaires. Un tel employé qui a refusé ou cessé de participer au présent régime, peut y devenir de nouveau admissible en établissant à la satisfaction de l'assureur :

- A) Qu'antérieurement, il était assuré comme personne à charge en vertu de la garantie complémentaire d'assurance-maladie de la présente police ou de toute autre garantie d'assurance collective comportant des prestations similaires, et
- B) Qu'il est devenu impossible qu'il continue à être assuré à titre de personne à charge, et
- C) Qu'il présente sa demande dans les 31 jours suivant la cessation de son assurance à titre de personne à charge. Après l'expiration de ce délai de 31 jours, l'assureur pourra exiger des preuves d'assurabilité satisfaisantes.

Les alinéas B et C précités ne s'appliquent pas pour fins d'admissibilité au remboursement des frais de médicaments stipulés à l'alinéa A des frais remboursables de la garantie Frais médicaux.

CONDITIONS GÉNÉRALES

DEMANDE D'ADHÉSION (suite)

Personnes à charge

Si un participant assure ses personnes à charge en vertu de cette police, il doit compléter et transmettre à l'employeur les renseignements nécessaires à l'adhésion de celles-ci à l'assurance.

L'assurance d'un participant entraîne de plein droit celle de ses personnes à charge, sauf dans le cas d'une personne à charge âgée de 65 ans ou plus, qui peut, moyennant un préavis écrit à l'employeur, refuser ou cesser d'adhérer à cette police pour s'assurer auprès de la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Une telle personne à charge ne peut pas, par la suite, devenir de nouveau admissible au présent régime.

Un participant peut toutefois, moyennant un préavis écrit à l'employeur, refuser ou cesser d'assurer ses personnes à charge en vertu de cette police à la condition qu'il atteste que celles-ci sont assurées en vertu de la garantie complémentaire d'assurance-maladie prévue à ce contrat ou de toute autre garantie d'assurance collective comportant des prestations similaires. Ce participant peut à nouveau assurer ses personnes à charge en vertu de cette garantie en établissant à la satisfaction de l'assureur :

- A) Qu'antérieurement, elles étaient assurées en vertu de la garantie complémentaire d'assurance-maladie de la présente police ou de toute autre garantie d'assurance collective comportant des prestations similaires, et
- B) Qu'il est devenu impossible qu'elles continuent à être assurées, et
- C) Que la demande soit présentée dans les 31 jours suivant la cessation de leur assurance. Après l'expiration de ce délai de 31 jours, l'assureur pourra exiger des preuves d'assurabilité satisfaisantes.

Les alinéas B et C précités ne s'appliquent pas pour fins d'admissibilité au remboursement des frais de médicaments stipulés à l'alinéa A des frais remboursables de la garantie Frais médicaux.

CONDITIONS GÉNÉRALES

DEMANDE D'ADHÉSION (suite)

Retraité

Un retraité admissible à l'assurance doit compléter et transmettre à l'employeur les renseignements nécessaires à son adhésion à l'assurance.

L'adhésion est obligatoire pour tout retraité qui remplit les conditions d'admission. Un retraité peut toutefois, moyennant un préavis écrit à l'employeur, refuser ou cesser d'adhérer à cette police à la condition qu'il atteste qu'il est assuré, à titre de personne à charge ou autrement, en vertu de la garantie complémentaire d'assurance-maladie de cette police ou de toute autre garantie d'assurance collective comportant des prestations similaires. Un retraité ayant pris sa retraite le ou après le 1^{er} janvier 1997 et qui a refusé ou cessé de participer au présent régime, peut y devenir de nouveau admissible en établissant à la satisfaction de l'assureur :

- A) Qu'antérieurement, il était assuré comme personne à charge ou autrement en vertu de la garantie complémentaire d'assurance-maladie de la présente police ou de toute autre garantie d'assurance collective comportant des prestations similaires, et
- B) Qu'il est devenu impossible qu'il continue à être assuré à titre de personne à charge ou autrement, et
- C) Qu'il présente sa demande dans les 31 jours suivant la cessation de son assurance à titre de personne à charge ou autrement. Après l'expiration de ce délai de 31 jours, l'assureur pourra exiger des preuves d'assurabilité satisfaisantes.

Les alinéas B et C précités ne s'appliquent pas pour fins d'admissibilité au remboursement des frais de médicaments stipulés à l'alinéa A des frais remboursables de la garantie Frais médicaux.

CONDITIONS GÉNÉRALES

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

Couverture du participant et des personnes à charge

La couverture prend effet le jour où les conditions ci-dessous sont remplies:

- A) Le participant répond aux conditions d'admission.
- B) L'employé demande son adhésion; cette condition ne s'applique que si l'employé était couvert par le régime de son conjoint.
- C) La date effective de sa retraite, pour le retraité.
- D) La Financière Manuvie accepte la justification d'assurabilité qui a pu être exigée au titre du contrat, sauf dans le cas des frais de médicaments stipulés aux frais remboursables de la garantie Frais médicaux.

Toutefois, la couverture des personnes à charge ne peut prendre effet avant celle du participant.

En cas d'hospitalisation d'une personne à charge, à l'exception d'un nouveau-né, la prise d'effet correspond au jour suivant sa sortie de l'hôpital.

PRISE D'EFFET LORS D'UN CHANGEMENT DE COUVERTURE

Tout changement de couverture prend effet le jour où le participant y a droit et est effectivement au travail. Cependant, le participant a droit aux changements de couverture survenant pendant le délai de carence. Aucun changement n'a d'effet rétroactif sans le consentement de la Financière Manuvie.

CONDITIONS GÉNÉRALES

ATTESTATION DE COUVERTURE

Chaque participant reçoit une attestation de son assurance. Cette attestation n'est valable que si elle est approuvée par un représentant autorisé de la Financière Manuvie.

Cependant, l'attestation n'est émise qu'à titre informatif : elle ne constitue pas un contrat d'assurance et ne confère aucun droit; tous les droits au titre de l'assurance sont définis exclusivement par le présent contrat collectif.

Le titulaire qui remet au participant une attestation d'assurance non approuvée par la Financière Manuvie s'engage à rembourser à cette dernière toute somme, accrue des frais de gestion et autres frais, versée en trop en raison de l'inexactitude ou de l'insuffisance des renseignements contenus dans le document.

La Financière Manuvie fournit une carte Médicaments ManuScript à chaque participant bénéficiant de cette garantie.

ATTESTATION D'ÂGE

La Financière Manuvie se réserve le droit d'exiger des attestations d'âge. En cas d'erreur sur l'âge pouvant influencer sur l'un des éléments suivants, la couverture est modifiée d'après l'âge réel :

- A) Date d'effet ou de cessation de l'assurance.
- B) Droits stipulés par le présent contrat.

Seules sont acceptées les attestations faites sur des formules dont ont convenu l'Université du Québec et la Financière Manuvie.

CONTESTABILITÉ

La Financière Manuvie peut contester la validité de l'assurance lorsque la justification d'assurabilité comporte de fausses déclarations ou des réticences pouvant changer l'objet du risque. La couverture est incontestable après un délai de 2 ans à compter de sa date d'effet; les réticences ou les fausses déclarations ne sont alors plus opposables, à moins de fraude ou de réalisation du risque au cours de ce délai.

CONDITIONS GÉNÉRALES

PIÈCES JUSTIFICATIVES

Stipulations d'ordre général

L'employeur fournit les demandes de règlement sur demande de l'employé.

La Financière Manuvie peut, à ses frais, faire subir au participant ou à une personne à charge un examen de santé physique ou mentale aussi souvent qu'il peut sembler raisonnable de le faire.

Aucune action ne peut être intentée contre la Financière Manuvie dans les 60 jours suivant la réception des pièces justificatives par la Financière Manuvie. Toute action se prescrit par 3 ans à compter de l'expiration du délai de production des pièces justificatives.

Si les délais de prescription et de production des pièces justificatives du présent contrat sont plus restrictifs que ceux de la loi de la province où est domicilié le participant lors de la prise d'effet de son assurance, les dispositions de la loi prévalent.

Exonération de primes

L'Université du Québec atteste de l'invalidité de l'employé et du droit aux garanties Frais d'hospitalisation et Frais médicaux par voie électronique.

Demande de règlement

Lorsque les produits achetés par la personne couverte sont stipulés dans la convention de participation, elle peut se procurer les produits à la pharmacie participante, moyennant présentation des pièces d'identité requises; la Financière Manuvie rembourse entièrement le prix des produits à la pharmacie sur réception de sa demande de règlement.

Les pièces justificatives doivent parvenir à la Financière Manuvie avant la fin de l'année civile qui suit celle où les frais sont engagés. En cas de résiliation de la police, les pièces justificatives doivent être présentées dans les 12 mois suivant cette résiliation.

La demande de règlement doit être envoyée directement à la Financière Manuvie, qui se charge de confirmer le droit du salarié à la couverture.

Pour utiliser l'option Règlement direct dans le cas de frais de médicaments couverts, le participant doit présenter la carte médicaments au pharmacien et acquitter la partie des frais qui n'est pas couverte par la garantie. Le pharmacien présente la demande de règlement du participant par voie électronique à la Financière Manuvie et informe le participant de la somme couverte par la garantie.

Si l'option Règlement direct n'est pas utilisée, le participant est tenu de présenter la demande de règlement à la Financière Manuvie afin que les frais de médicaments couverts lui soient remboursés.

CONDITIONS GÉNÉRALES

PIÈCES JUSTIFICATIVES (suite)

Paiement des prestations

La Financière Manuvie calcule les prestations après avoir reçu toutes les pièces justificatives.

Les prestations sont transmises au participant par l'intermédiaire de l'employeur.

Les prestations sont payables au participant.

Les prestations sont envoyées au participant par l'intermédiaire de l'employeur (paiements aux pharmacies participantes exclus).

Sur demande du participant, les prestations sont versées directement à l'hôpital.

Les sommes payables par suite des demandes de règlement portant sur des frais de médicaments et présentées par la pharmacie participante lui sont versées directement.

En cas de décès du participant, les prestations dues mais non réglées avant le décès sont versées à toute personne physique ou morale qui, selon la Financière Manuvie, a droit aux paiements. Ce versement libère entièrement la Financière Manuvie de ses obligations.

CONDITIONS GÉNÉRALES

CUMUL DES PRESTATIONS

Si une personne est couverte au titre de plus d'un régime ou à plus d'un titre en vertu du présent régime, le cumul des prestations est possible mais seulement jusqu'à concurrence des frais couverts effectivement engagés.

Les prestations payables au titre du présent régime sont réduites lorsque la priorité, établie d'après le tableau ci-dessous, est donnée à un autre régime.

Ordre des régimes

- A) Priorité est donnée au régime ne comportant pas de clause de cumul.
- B) Si chacun des régimes comporte une clause de cumul, la priorité est établie comme suit :
 - 1. Régime en vertu duquel la personne est couverte à un autre titre que celui de personne à charge. Si la personne est couverte à un autre titre que celui de personne à charge par deux régimes, l'ordre de priorité des régimes est le suivant :
 - a) Régime en vertu duquel la personne est couverte en qualité d'employé à temps plein non retraité.
 - b) Régime en vertu duquel la personne est couverte en qualité d'employé à temps partiel non retraité.
 - c) Régime en vertu duquel la personne est couverte en qualité d'employé retraité.
 - 2. Régime au titre duquel la personne est couverte en qualité de conjoint à charge.
 - 3. Régime au titre duquel la personne est couverte en qualité d'enfant à charge du parent dont l'anniversaire de naissance est le premier à survenir à compter du début de l'année civile. Si les deux parents ont la même date d'anniversaire, la priorité est donnée au parent dont la première lettre du prénom vient en premier dans l'alphabet.

Toutefois, lorsque les parents de l'enfant sont séparés ou divorcés, l'ordre de priorité des régimes est le suivant :

 - a) Régime du parent qui a la garde de l'enfant.
 - b) Régime du conjoint du parent qui a la garde de l'enfant.
 - c) Régime du parent qui n'a pas la garde de l'enfant.
 - d) Régime du conjoint du parent qui n'a pas la garde de l'enfant.

CONDITIONS GÉNÉRALES

CUMUL DES PRESTATIONS (suite)

Ordre des régimes (suite)

- C) Lorsque la priorité ne peut être établie avec certitude d'après ce qui précède, les prestations sont calculées au prorata des sommes qui seraient versées par chacun des régimes s'il n'y avait pas de clause de cumul des prestations.

Renseignements

Aux fins de l'application de la présente clause, la Financière Manuvie peut, sous réserve de l'autorisation écrite de l'assuré, demander des renseignements confidentiels à toute personne physique ou morale, ou leur divulguer ceux qu'elle possède. En outre, la personne assurée par le régime doit fournir tous les renseignements que la Financière Manuvie peut lui demander relativement au traitement de demandes de règlements.

Paiement à un tiers

Lorsque des prestations sont versées au titre d'un autre régime alors qu'elles auraient dû l'être au titre du présent régime, la Financière Manuvie se réserve le droit de verser à un tiers, soit la personne physique ou morale qui a versé ces prestations, toute somme payable aux fins de la présente clause. Ce versement libère entièrement la Financière Manuvie de ses obligations.

Droit de recouvrement

Lorsque les sommes versées dépassent le maximum payable en vertu de la présente clause, la Financière Manuvie se réserve le droit d'exiger le remboursement du trop-perçu par la personne assurée ou par un tiers. À défaut de remboursement, la Financière Manuvie peut recouvrer le trop-perçu à même les prestations payables ultérieurement.

CONDITIONS GÉNÉRALES

EXONÉRATION DE PRIME

Le participant admissible à l'exonération des primes pour la garantie Assurance-vie devient automatiquement admissible à l'exonération des primes pour les garanties Frais d'hospitalisation et Frais médicaux.

L'exonération des primes commence à la première échéance de prime, dès que l'employé reçoit des prestations d'assurance-invalidité (salaire) et se continue tant et aussi longtemps que l'employé reçoit ces prestations.

Le participant qui répond à la définition d'invalidité totale et qui est admissible à l'assurance-invalidité souscrite par l'employeur est aussi exonéré de ses primes s'il reçoit des prestations d'invalidité en vertu d'un régime public ou d'un régime privé auquel l'employeur contribue.

L'exonération des primes se poursuit jusqu'à ce que se produise l'une des éventualités suivantes :

- A) Cessation de l'invalidité du participant.
- B) Résiliation de la présente police.
- C) Décès du participant.

CONDITIONS GÉNÉRALES

CESSATION DE L'ASSURANCE

La Financière Manuvie demeure responsable des prestations payables en vertu de la présente police pour des frais survenus avant la cessation de l'assurance.

Employé

La couverture de l'employé prend fin dès que se réalise l'une des éventualités suivantes :

- A) Le jour où il ne remplit plus les conditions d'admission, sous réserve de la clause MAINTIEN DE L'ASSURANCE.
- B) Entrée à temps plein dans les forces armées de tout pays.
- C) Résiliation du présent contrat ou de l'assurance du groupe, division ou catégorie auquel appartient l'employé.
- D) Adhésion, à l'âge de 65 ans ou après, au Régime d'assurance-médicaments du Québec.
- E) Départ à la retraite, sous réserve des conditions stipulées à l'alinéa B) de la section portant sur les retraités de la clause CESSATION DE L'ASSURANCE.

En cas d'invalidité ou de grossesse, la couverture est prolongée au-delà de la date de cessation, conformément aux conditions de la section EXPOSÉ DE LA COUVERTURE.

Personnes à charge

La couverture de toute personne à la charge du participant cesse dès que se réalise l'une des éventualités suivantes :

- A) Cessation de la couverture du participant.
- B) Défaut de satisfaction, par la personne à charge, à la définition de personne à charge.
- C) Résiliation de la couverture des personnes à charge au titre du contrat.
- D) Décès du participant.*
- E) Adhésion, à l'âge de 65 ans ou après, au Régime d'assurance-médicaments du Québec.

En cas d'hospitalisation ou de grossesse, la couverture est prolongée au-delà de la date de cessation, conformément aux conditions de la section EXPOSÉ DE LA COUVERTURE.

*En cas de décès du participant, les personnes à charge continuent de bénéficier des garanties Frais d'hospitalisation et Frais médicaux pendant une période maximale de 31 jours après la date du décès, à condition de toujours répondre à la définition de personne à charge.

CONDITIONS GÉNÉRALES

CESSATION DE L'ASSURANCE (suite)

Retraité

La couverture du retraité prend fin dès que se réalise l'une des éventualités suivantes :

- A) Le jour où il ne remplit plus les conditions d'admission.
- B) Le premier jour du mois suivant le 65^e anniversaire de naissance du retraité, ou le jour même s'il s'agit d'un premier du mois. Cependant, le retraité de 65 ans ou plus, qui n'a pas adhéré au Régime d'assurance-médicaments du Québec, sera couvert au titre du contrat GH 37742, établi par la Financière Manuvie.
- C) Entrée à temps plein dans les forces armées de tout pays.
- D) Résiliation du présent contrat ou de l'assurance du groupe, division ou catégorie auquel appartient le retraité.
- E) Décès du retraité.
- F) Cessation du versement de la prime par le retraité.

En cas d'hospitalisation ou de grossesse, la couverture est maintenue au-delà de la date de cessation, conformément aux conditions de la section EXPOSÉ DE LA COUVERTURE.

CONDITIONS GÉNÉRALES

MAINTIEN DE L'ASSURANCE

A) Absence avec rémunération :

Lors d'un congé avec rémunération prévu aux termes des conventions collectives, protocoles ou à défaut, entre l'employeur et l'employé, la couverture est maintenue en vigueur, à condition que l'employé acquitte la prime requise. Aux fins de la présente clause, le congé à traitement différé ou anticipé n'est pas considéré comme une absence temporaire avec rémunération.

B) Absence temporaire sans rémunération :

L'assurance d'un employé qui cesse d'être au travail actif à la suite d'une absence temporaire sans rémunération est interrompue pour toute la durée de cet événement et reprend effet de plein droit dès son retour au travail actif avec rémunération.

Cependant, les congés autorisés par l'employeur ou prévus aux termes des conventions collectives ou protocoles, les congés parentaux ou tout autre congé sans rémunération ouvrent droit au maintien de l'employé à ce régime aux conditions alors déterminées à cet effet par les conventions collectives ou protocoles ou, à défaut, entre l'employeur et l'employé. Un employé qui se prévaut d'un congé autorisé sans rémunération demeure assuré en autant qu'il acquitte lui-même la pleine prime requise en vertu de ce contrat, à moins qu'une loi d'ordre public prévoit des dispositions différentes quant au paiement de la prime.

C) Grève, lock-out ou événement de force majeure :

La couverture est maintenue en vigueur à condition que les primes continuent d'être versées. Dans le cas des frais de médicaments stipulés à l'alinéa A des frais remboursables de la garantie Frais médicaux, la couverture est maintenue pendant une période d'au moins 30 jours à compter du déclenchement d'un lock-out, d'une grève ou d'une cessation concertée.

D) Congé partiel sans rémunération :

La couverture d'un employé, qui se prévaut d'un congé partiel sans rémunération, est maintenue en vigueur pour toute la durée de cet événement.

E) Congédiement ou suspension :

Lorsqu'un employé congédié ou suspendu conteste par voie de grief ou de recours à l'arbitrage au sens du Code du travail, il peut maintenir en vigueur, jusqu'à ce qu'une décision finale soit rendue dans ladite contestation, la protection prévue à ce régime en acquittant lui-même mensuellement et à l'avance le coût total de la protection du régime ainsi maintenu.

Que le participant ait exercé ou non le privilège précité, il est censé avoir été assuré à ce régime sans interruption au cours de la période en cause si la décision rendue par l'arbitre ou le tribunal compétent le rétablit dans ses droits et obligations d'employé.

Si les avantages prévus par la présente clause sont moindres pour le participant que ceux prévus par la loi, les dispositions de la loi prévalent.

EXPOSÉ DE LA COUVERTURE
FRAIS D'HOSPITALISATION (AU CANADA)

VERSEMENT DES PRESTATIONS

Dès réception des pièces justificatives, la Financière Manuvie rembourse les frais suivants engagés à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une grossesse :

Remboursable à 100 %

Frais d'hospitalisation excluant les frais de convalescence et excédant ce qui est payable par tout régime étatique d'assurance, jusqu'à concurrence du plus élevé du coût d'une chambre semi-privée ou de 28 \$ par jour.

Prestation maximale

Aucune prestation maximale ne s'applique pour les frais engagés au Canada.

EXPOSÉ DE LA COUVERTURE

FRAIS D'HOSPITALISATION

EXCLUSIONS

- A) Affection pour laquelle la personne assurée n'est pas suivie par un médecin.
- B) Blessure ou maladie résultant du fait volontaire de la personne assurée, qu'elle soit saine d'esprit ou non.
- C) Blessure directement ou indirectement attribuable à une insurrection, une guerre, la participation à une émeute ou au service dans les forces armées de tout pays (voir lettre d'intention).
- D) Frais ouvrant droit à remboursement au titre des lois sur les accidents du travail.
- E) Examens de santé périodiques, examens demandés par un tiers ou voyages pour raison de santé.
- F) Traitement considéré par la Financière Manuvie comme ayant des fins purement esthétiques sauf s'il est donné par suite d'un accident et si la Financière Manuvie reçoit le diagnostic dans les 90 jours qui suivent l'accident.
- G) Commission d'un acte criminel, sauf dans le cas où la personne assurée conduisait un véhicule avec des facultés affaiblies.

Lorsque les frais ne sont que partiellement couverts par la Régie de l'assurance-maladie du Québec ou tout autre régime étatique, l'excédent est remboursable sous réserve des prescriptions légales.

Même si une personne n'est pas couverte par la Régie de l'assurance-maladie du Québec ou tout autre régime étatique, seul est remboursable l'excédent sur les frais qui auraient normalement été pris en charge par la Régie de l'assurance-maladie du Québec ou tout autre régime étatique si elle avait été couverte.

EXPOSÉ DE LA COUVERTURE

FRAIS D'HOSPITALISATION

PRESTATIONS APRÈS LA CESSATION DE LA COUVERTURE

Si la couverture prend fin pendant que l'employé est invalide ou qu'une personne à sa charge est hospitalisée, les frais relatifs à l'invalidité ou à l'hospitalisation sont remboursables s'ils sont engagés avant que ne se réalise la première des éventualités suivantes :

- A) Expiration d'un délai de 12 mois suivant la cessation de la couverture.
- B) 65^e anniversaire de naissance du participant ou départ à la retraite.
- C) Résiliation de la présente police.
- D) Cessation de l'invalidité de l'employé.
- E) Cessation normale du séjour à l'hôpital de la personne à charge.

Toutefois, si l'employée ou la personne à charge est enceinte lorsque sa couverture prend fin, pour toute autre raison que la résiliation de la police, les frais relatifs à la grossesse sont remboursables à condition qu'ils soient engagés pendant que la police est en vigueur.

EXPOSÉ DE LA COUVERTURE

FRAIS MÉDICAUX

VERSEMENT DES PRESTATIONS

Dès réception des pièces justificatives, la Financière Manuvie rembourse les frais médicaux à raison des pourcentages de remboursement stipulés à la clause FRAIS REMBOURSABLES. Sont considérés comme des frais remboursables, les soins ou les frais qui répondent aux conditions suivantes :

- A) Figurer dans la clause FRAIS REMBOURSABLES.
- B) Être nécessaires du point de vue médical et prescrits par le médecin, sauf dans le cas des soins professionnels rendus par un médecin et dans le cas des soins donnés par les auxiliaires médicaux suivants : acupuncteur, audiologiste, chiropraticien (incluant frais pour rayons X), ergothérapeute, homéopathe, masseur, naturopathe, orthophoniste, ostéopathe, podiatre et psychologue.
- C) Être engagés à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une grossesse.
- D) Être, selon la Financière Manuvie, des frais raisonnables et d'ordre courant dans la région où les soins sont donnés, sauf indication contraire.

Prestation maximale

Le montant de la prestation maximale, par personne sa vie durant, est de 2 000 000 \$ pour l'ensemble des frais engagés à l'étranger.

Aucune prestation maximale ne s'applique pour les frais engagés au Canada.

EXPOSÉ DE LA COUVERTURE

FRAIS MÉDICAUX

FRAIS REMBOURSABLES

- A) Médicaments - Remboursable à 90 %. Pour les résidents du Québec uniquement, la part du participant est limitée au montant de la contribution maximale annuelle de la RAMQ, la coassurance est de 100% une fois cette limite atteinte.
- Médicaments, incluant les anovulants, les diaphragmes et les stérilets qui ne peuvent être obtenus que sur ordonnance du médecin ou d'un dentiste, ainsi que les sérums, vaccins et injections administrés par un médecin ou un infirmier licencié.
 - Viagra et tout nouveau médicament ayant les mêmes propriétés, avec un maximum de frais admissibles de 500 \$ par personne par année civile.
 - Médicaments et articles qui, sans être des produits de prescription, sont nécessaires par suite d'une colostomie ou d'une iléostomie, ou pour le traitement de la fibrose kystique, du diabète, de la maladie de Parkinson ou d'une maladie cardiaque.
 - Produits homéopathiques prescrits par un médecin, fournis et enregistrés par un pharmacien licencié ou fournis par un médecin légalement autorisé à vendre des médicaments.
 - Tous les médicaments figurant sur la liste des médicaments de la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

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, les frais remboursables correspondent 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. Les frais remboursables sont assujettis à la franchise relative aux médicaments, au plafond des frais d'exécution d'ordonnance ainsi qu'au pourcentage de remboursement des frais de médicaments qui figurent dans l'Annexe A.

La carte médicaments ManuScript permet à la pharmacie de transmettre électroniquement la demande de règlement du salarié à la Financière Manuvie.

La part payée par le participant et ses personnes à charge, pour des frais de médicaments engagés au Québec, ne peut excéder le plafond de contribution prévu par la Loi de l'assurance médicaments du Québec. Ce maximum annuel s'applique séparément pour :

- l'ensemble du participant et de ses enfants à charge, et
- pour le conjoint.

EXPOSÉ DE LA COUVERTURE

FRAIS MÉDICAUX

FRAIS REMBOURSABLES (suite)

B) Convalescence - Remboursable à 90 %

- Frais de séjour, repas compris, dans une institution pour convalescents reconnue comme telle par la Loi de l'assurance-hospitalisation de la province de résidence de la personne assurée et excédant les frais payables par un régime étatique d'assurance, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre semi-privée. Cependant, ces frais sont limités à une période maximale de 180 jours par période d'invalidité stipulée à la clause DÉFINITIONS.

C) Transport pour des raisons médicales - Remboursable à 90 %

- Frais de transport en ambulance (aller et retour) au plus proche hôpital pouvant fournir les soins requis, ainsi que le transport aérien en cas d'urgence.

D) Actes et articles médicaux - Remboursable à 90 %

- Les honoraires de médecin pour compléter les formulaires d'autorisation préalable au titre de la garantie d'assurance-médicaments, sous réserve des limites de frais raisonnables et d'ordre courants.
- Actes à but diagnostique; examens et traitements radiologiques (incluant rayons X, thermographies, tests de laboratoire, traitements au radium et aux isotopes radioactifs); transfusions sanguines; prélèvements sanguins; oxygène, ainsi que la location des appareils nécessaires à son administration. Les échographies sont remboursables sous réserve d'un maximum de 500 \$ par échographie.
- Achat de membres ou d'yeux artificiels, et leur remplacement pour des raisons d'ordre médical, de béquilles, corsets, bandages herniaires, plâtres ou appareils orthopédiques.
- Achat d'une prothèse capillaire requise à la suite d'un traitement de chimiothérapie ou de radiothérapie, jusqu'à concurrence d'un maximum de frais admissibles de 1 000 \$. Le remplacement d'une prothèse capillaire est également remboursable à la suite d'une maladie, ou de la réapparition d'une maladie, nécessitant un nouveau traitement de chimiothérapie ou de radiothérapie.
- Achat de bas avec support élastique jusqu'à concurrence de quatre paires par année civile, par personne assurée.
- Achat, auprès d'une maison spécialisée, d'une paire, par personne par année civile, de chaussures orthopédiques préfabriquées.
- Orthèses et additions ou modifications faites à des chaussures orthopédiques préfabriquées.
- Location ou achat, à la discrétion de la Financière Manuvie, d'appareils orthopédiques ou d'équipements thérapeutiques.
- Location ou achat, à la discrétion de la Financière Manuvie, d'une chaise roulante, d'un poumon d'acier ou d'un lit d'hôpital.

EXPOSÉ DE LA COUVERTURE

FRAIS MÉDICAUX

FRAIS REMBOURSABLES (suite)

- Prothèses mammaires devenues nécessaires à la suite d'une intervention chirurgicale, sous réserve d'un remboursement maximal de 200 \$ par personne assurée par année civile.
- Supports pour prothèse mammaire, jusqu'à concurrence de quatre supports par année civile.

EXPOSÉ DE LA COUVERTURE

FRAIS MÉDICAUX

FRAIS REMBOURSABLES (suite)

- Achat, installation et entretien d'une pompe à insuline lorsque médicalement requise dans des cas de diabète. Sont également inclus les frais relatifs à la location d'une autre pompe à insuline rendue nécessaire en raison de son entretien.
- Chirurgie plastique pour fins esthétiques rendue nécessaire à la suite d'un accident survenu en cours de garantie, à condition que la Financière Manuvie reçoive le diagnostic du traitement prévu dans les 90 jours qui suivent l'accident.
- Thérapie dans une clinique privée reconnue pour le traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie. La prestation maximale remboursable est de 1 000 \$ par séance par période de 24 mois consécutifs, sous réserve d'un maximum de 250 \$ par semaine. Seul le participant est admissible à ce remboursement.

E) Frais dentaires - Remboursable à 90 %

- Services professionnels rendus par un dentiste pour réparer des dommages accidentels causés à des dents naturelles ou pour le traitement d'une mâchoire fracturée, à la suite d'un accident survenu alors que la personne est assurée en vertu de cette garantie, à la condition que la Financière Manuvie reçoive le diagnostic du traitement prévu dans les 12 mois suivant la date de l'accident.
- Achat d'une prothèse dentaire rendue nécessaire à la suite d'un accident survenu alors que la personne est assurée en vertu de cette garantie, jusqu'à concurrence d'une prothèse pour la durée du contrat.

F) Honoraires de professionnels de la santé - Remboursable à 90 %

- Services professionnels rendus par un médecin pour le traitement non esthétique des varices, jusqu'à concurrence d'un maximum de frais admissibles de 300 \$ par année civile par personne assurée.
- Services professionnels d'un infirmier licencié, pour des soins qui sont donnés à une personne non hospitalisée.

À défaut d'infirmier licencié, les soins donnés par un infirmier auxiliaire sont pris en charge.

Sont exclus les soins infirmiers fournis par les membres de la famille, ou les personnes domiciliées chez le patient.

- Services rendus par un acupuncteur, un audiologiste, un chiropraticien, un ergothérapeute, un homéopathe, un masseur, un naturopathe, un orthophoniste, un podiatre ou un psychologue en autant que ces services relèvent de leur spécialité et que ces professionnels de la santé soient membres en règle de leur association professionnelle, qu'ils ne soient pas un membre de la famille tel que défini à la présente police jusqu'à concurrence, pour chacune de ces spécialités et pour chaque personne assurée, d'un maximum de frais admissibles de 500 \$ par année civile.

EXPOSÉ DE LA COUVERTURE

FRAIS MÉDICAUX

FRAIS REMBOURSABLES (suite)

- Services rendus par un ostéopathe, en autant que ces services relèvent de sa spécialité, que celui-ci soit membre en règle de son association professionnelle, qu'il ne soit pas un membre de la famille tel que défini à la présente police et qu'il détienne la désignation D.O. (diplômé en ostéopathie), jusqu'à concurrence d'un maximum de frais admissibles de 500 \$ par année civile pour chaque personne assurée.
- Frais pour rayons X par un chiropraticien, jusqu'à concurrence, pour chaque personne assurée, d'un montant admissible de 50 \$ par année civile.
- Services rendus par un physiothérapeute, en autant que ces services relèvent de sa spécialité et que celui-ci soit membre en règle de son association professionnelle.

EXPOSÉ DE LA COUVERTURE

FRAIS MÉDICAUX

FRAIS REMBOURSABLES (suite)

- Services professionnels d'un diététiste, à la condition que ces services aient été rendus à des fins non esthétiques dans le cadre d'un plan de santé, jusqu'à concurrence d'un maximum de frais admissibles de 500 \$ par année civile pour chaque personne assurée.

- G) Frais d'audioprothèse - Remboursable à 90 %
 - Achat d'appareils auditifs, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 300 \$ par personne assurée par période de 36 mois consécutifs.

- H) Autres frais - Remboursable à 50 %
 - Achat d'une paire de chaussures orthopédiques fabriquées spécialement pour la personne assurée par période de 12 mois. Cette limite est toutefois portée à deux paires de chaussures par assuré par période de 12 mois lorsqu'il s'agit d'un assuré âgé de 0 à 15 ans.

 - Frais pour traitement de psychanalyse par un médecin, un psychiatre, un psychologue ou un psychanalyste, sous réserve d'un remboursement maximal de 2 000 \$ par personne assurée, par année civile. Une recommandation médicale est exigée, sauf dans le cas d'un médecin ou d'un psychiatre.

EXPOSÉ DE LA COUVERTURE
FRAIS MÉDICAUX ET HOSPITALIERS

REMBOURSEMENT DES FRAIS ENGAGÉS À L'ÉTRANGER

Participant et personne à charge

Lors d'un voyage, de vacances ou d'un séjour à l'étranger n'excédant pas 6 mois, ou si le séjour à l'extérieur de la province de résidence de l'assuré est prolongé pour une période équivalente à ce que la Régie de l'assurance-maladie du Québec a accepté de prolonger, ou encore lors d'un séjour de 3 mois dans le cas des retraités, les frais suivants sont remboursables à 100 % :

A) En cas d'urgence médicale :

1. Frais d'hospitalisation, y compris les frais accessoires, excédant les frais payables par le régime d'assurance-maladie de l'État, jusqu'à concurrence du tarif d'une chambre semi-privée de l'hôpital où les frais sont engagés.
2. Frais engagés pour des soins médicaux ou chirurgicaux reçus à l'hôpital en consultation externe.
3. Honoraires pour les soins professionnels d'un médecin (à l'extérieur de la province de résidence).
4. Les frais figurant à la clause FRAIS REMBOURSABLES de la garantie Frais médicaux et engagés à l'étranger.

Par «urgence médicale», on entend une blessure soudaine et inattendue ou une maladie imprévue survenant au cours d'un voyage de la personne assurée à l'extérieur de la province de son domicile habituel et nécessitant des soins médicaux immédiats. L'urgence n'existe plus lorsque, selon le médecin traitant, la personne assurée est capable de retourner dans la province de son domicile habituel.

B) Autres cas :

1. Frais d'hospitalisation excédant les frais payables par la Régie de l'assurance-maladie du Québec ou tout autre régime étatique jusqu'à concurrence de 75 \$ par jour.
2. Les frais figurant à la clause FRAIS REMBOURSABLES de la garantie Frais médicaux et engagés à l'étranger, sont remboursables dans les mêmes conditions que les frais engagés au Canada.

Le montant de la prestation maximale, par personne sa vie durant, est de 2 000 000 \$ pour l'ensemble des frais engagés à l'étranger.

EXPOSÉ DE LA COUVERTURE
FRAIS MÉDICAUX ET HOSPITALIERS

REMBOURSEMENT DES FRAIS ENGAGÉS À L'ÉTRANGER (suite)

Employé seulement, en affectation à l'extérieur du Québec

Lors d'un séjour à l'étranger n'excédant pas 6 mois, ou, si le séjour à l'extérieur de la province de résidence de l'assuré est prolongé pour une période équivalente à ce que la Régie de l'assurance-maladie du Québec a accepté de prolonger, les frais suivants sont remboursables à 100 % :

1. Frais d'hospitalisation, y compris les frais accessoires, excédant les frais payables par le régime d'assurance-maladie de l'État, jusqu'à concurrence du tarif d'une chambre semi-privée de l'hôpital où les frais sont engagés.
2. Frais engagés pour des soins médicaux ou chirurgicaux reçus à l'hôpital en consultation externe.
3. Honoraires pour les soins professionnels d'un médecin (à l'extérieur de la province de résidence).

Les frais figurant à la clause FRAIS REMBOURSABLES de la garantie Frais médicaux et engagés à l'étranger sont remboursables :

- A) En cas d'urgence médicale (tel que définie à la rubrique participant et personne à charge ci-haut) : à 100 %.
- B) Dans les autres cas : dans les mêmes conditions que les frais engagés au Canada.

Le montant de la prestation maximale, par personne sa vie durant, est de 2 000 000 \$ pour l'ensemble des frais engagés à l'étranger.

EXPOSÉ DE LA COUVERTURE

FRAIS MÉDICAUX

MANUASSISTANCE

Les services d'assistance suivants sont offerts aux personnes assurées lorsque survient une urgence médicale au cours des 6 premiers mois d'un voyage à l'extérieur de la province de leur domicile habituel ou au cours des 3 premiers mois dans le cas des retraités. Les services sont offerts pendant la période au cours de laquelle la personne est couverte au titre de la clause REMBOURSEMENT DES FRAIS ENGAGÉS À L'ÉTRANGER de la présente garantie.

Assistance médicale en cas d'urgence

Par «urgence médicale», on entend une blessure soudaine et inattendue ou une maladie imprévue survenant au cours d'un voyage de la personne assurée à l'extérieur de la province de son domicile habituel et nécessitant des soins médicaux immédiats. L'urgence n'existe plus lorsque, selon le médecin traitant, la personne assurée est capable de retourner dans la province de son domicile habituel.

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 assurée les demandes de remboursement nécessaires.

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

EXPOSÉ DE LA COUVERTURE

FRAIS MÉDICAUX

MANUASSISTANCE (suite)

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 assurée, 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 assurée à destination et en provenance du plus proche établissement médical ou à destination d'un établissement médical de la province de son domicile habituel. Les frais engagés pour le transport médical sont remboursables de la façon indiquée à la clause Frais remboursables.

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 assurée, des enfants à sa charge se retrouvent seuls, ManuAssistance 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, ManuAssistance prend également en charge le voyage aller-retour d'une personne qualifiée pour accompagner les enfants.

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 assurée, ManuAssistance organise le transport en classe économique (aller simple) de chaque personne assurée (et d'un compagnon de voyage s'il y a lieu), afin qu'elle puisse poursuivre le voyage ou rentrer chez elle, et prend en charge la portion non remboursable du voyage.

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

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

EXPOSÉ DE LA COUVERTURE

FRAIS MÉDICAUX

MANUASSISTANCE (suite)

h) Convalescence après la sortie de l'hôpital

Si, pour des raisons médicales, la personne assurée 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 seule, la personne assurée est hospitalisée et que l'hospitalisation doit durer plus de 7 jours, ManuAssistance 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 la Financière Manuvie.

j) Retour du véhicule automobile

Si la personne assurée est dans l'incapacité, pour cause de maladie, de blessure ou de décès, de conduire son véhicule ou un véhicule de location, ManuAssistance 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).

k) Identification du corps de la personne assurée

Si la personne assurée décède au cours d'un voyage effectué seule, ManuAssistance 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 alinéas 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.

EXPOSÉ DE LA COUVERTURE
FRAIS MÉDICAUX

MANUASSISTANCE (suite)

Assistance non médicale

a) Rapatriement du corps de la personne assurée

Si la personne assurée décède pendant un voyage, ManuAssistance se charge d'obtenir les autorisations nécessaires et prend les dispositions pour que le corps soit rapatrié dans la province du domicile habituel de la personne assurée. 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, ManuAssistance communique avec les autorités locales pour aider la personne assurée à remplacer les passeports, les visas, les titres de transport ou autres documents de voyage.

c) Adresses de conseillers juridiques

ManuAssistance donne l'adresse d'un conseiller juridique sur place et, au besoin, aide la personne assurée à se faire avancer des fonds par sa famille, ses amis, ou sur ses cartes de crédit.

d) Service d'interprétation téléphonique

ManuAssistance offre un service d'interprétation téléphonique dans les principales langues.

e) Transmission de messages

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

f) Assistance avant le voyage

ManuAssistance fournit des renseignements à jour sur les exigences du pays où la personne assurée compte se rendre en matière de passeport, visa, vaccination et inoculation.

Service de conseils-santé

La personne assurée 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 ou d'un infirmier autorisés

La personne assurée peut communiquer avec une infirmière ou un infirmier autorisés 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 assurée 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 assurée veut connaître les effets secondaires d'un médicament prescrit ou d'un remède.
- iii) La personne assurée demande ou nécessite tout autre service lié aux soins de santé.

EXPOSÉ DE LA COUVERTURE

FRAIS MÉDICAUX

MANUASSISTANCE (suite)

Service de conseils-santé (suite)

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

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

- d) Suivi

Si nécessaire, l'infirmière ou l'infirmier autorisés rappelle la personne assurée dans les 24 heures suivant l'appel afin d'assurer un suivi.

Exclusions

La Financière Manuvie et la compagnie d'assistance-voyage retenue par la Financière Manuvie pour fournir les services offerts au titre de la présente garantie sont dégagées de toute responsabilité quant à la disponibilité, la qualité ou aux résultats des traitements reçus par la personne assurée. Elles sont également dégagées de toute responsabilité si, pour quelque raison que ce soit, la personne assurée ne reçoit pas 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.

EXPOSÉ DE LA COUVERTURE

FRAIS MÉDICAUX

EXCLUSIONS

S'ajoutent aux exclusions ci-dessous les frais remboursables au titre de toute autre garantie de la police.

- A) Blessure ou maladie résultant du fait volontaire de la personne assurée, qu'elle soit saine d'esprit ou non. Cette exclusion ne s'applique pas dans le cas des frais de médicaments stipulés à l'alinéa A des frais remboursables de la garantie Frais médicaux.
- B) Blessure directement ou indirectement attribuable à une insurrection, une guerre, la participation à une émeute ou au service dans les forces armées de tout pays (voir lettre d'intention). Cette exclusion ne s'applique pas dans le cas des frais de médicaments stipulés à l'alinéa A des frais remboursables de la garantie Frais médicaux.
- C) Frais ouvrant droit à remboursement au titre des lois sur les accidents du travail.
- D) Examens de santé périodiques, examens demandés par un tiers ou voyages pour raison de santé.
- E) Honoraires facturés par le médecin pour le temps passé à voyager, les rendez-vous non respectés, les frais de déplacement, les frais de location d'une chambre ou les conseils donnés par téléphone ou par tout autre moyen de télécommunication.
- F) Traitement considéré par la Financière Manuvie comme ayant des fins purement esthétiques, sauf s'il est donné par suite d'un accident et si la Financière Manuvie reçoit le diagnostic dans les 90 jours qui suivent l'accident.
- G) Frais engagés pour des services, traitements ou articles :
 - 1. que la personne couverte n'aurait pas à payer si elle n'avait pas de couverture.
 - 2. qui sont rendus ou fournis par un membre de la famille ou une personne qui habite avec le patient.
- H) À l'étranger, les frais de séjour en salle dans un hôpital, y compris les soins ou fournitures reçus durant l'hospitalisation et les honoraires du médecin, sauf dans le cas des traitements d'urgence ou non urgents stipulés à la clause REMBOURSEMENT DES FRAIS ENGAGÉS À L'ÉTRANGER. Il est entendu que les traitements reçus à l'étranger par choix ne sont pas couverts.
- I) Médicaments, sérums, injections ou articles non approuvés par Santé et Bien-être social Canada (Aliments et drogues), ou utilisés à des fins expérimentales ou pour une affection pour laquelle ils n'ont pas été approuvés.

EXPOSÉ DE LA COUVERTURE

FRAIS MÉDICAUX

EXCLUSIONS (suite)

- J) Méthodes de traitement, ou actes médicaux encore au stade expérimental, non approuvés par l'Association médicale provinciale ou par l'association de médecins spécialistes appropriée.
- K) Commission d'un acte criminel, sauf dans le cas où la personne assurée conduisait un véhicule avec des facultés affaiblies. Cette exclusion ne s'applique pas dans le cas des frais de médicaments stipulés à l'alinéa A des frais remboursables de la garantie Frais médicaux.
- L) Frais relatifs au traitement de la stérilité.

Lorsque les frais ne sont que partiellement couverts par la Régie de l'assurance-maladie du Québec ou tout autre régime étatique, l'excédent est remboursable sous réserve des prescriptions légales.

Même si une personne n'est pas couverte par la Régie de l'assurance-maladie du Québec ou tout autre régime étatique, seul est remboursable l'excédent sur les frais qui auraient normalement été pris en charge par la Régie de l'assurance-maladie du Québec ou tout autre régime étatique si elle avait été couverte.

EXPOSÉ DE LA COUVERTURE

FRAIS MÉDICAUX

PRESTATIONS APRÈS LA CESSATION DE LA COUVERTURE

Si la couverture prend fin pendant que le participant est invalide ou qu'une personne à sa charge est hospitalisée, les frais relatifs à l'invalidité ou à l'hospitalisation sont remboursables s'ils sont engagés avant que ne se réalise la première des éventualités suivantes :

- A) Expiration d'un délai de 12 mois suivant la cessation de la couverture.
- B) 65^e anniversaire de naissance du participant, sauf dans le cas des frais de médicaments stipulés à l'alinéa A des frais remboursables de la garantie Frais médicaux, ou départ à la retraite.
- C) Résiliation de la présente police.
- D) Cessation de l'invalidité du participant.
- E) Cessation normale du séjour à l'hôpital de la personne à charge.

Toutefois, si la participante ou la personne à charge est enceinte lorsque sa couverture prend fin, pour toute autre raison que la résiliation de la police, les frais relatifs à la grossesse sont remboursables à condition qu'ils soient engagés pendant que la police est en vigueur.

GESTION ADMINISTRATIVE

LE CONTRAT

Le contrat entre la Financière Manuvie et le titulaire de la police comprend ce qui suit :

- A) La présente police.
- B) La «Proposition d'assurance et acceptation de la police collective» en annexe.
- C) Tout autre document présenté à l'appui de la proposition d'assurance ou des demandes d'adhésion, ou les modifiant.

Toutes déclarations non frauduleuses du titulaire de la police, du participant ou de toute autre personne agissant pour leur compte, sont considérées comme des déclarations de faits, qui n'excluent pas nécessairement des réticences ou des inexactitudes. En cas de litige, ces déclarations ne peuvent être utilisées par la Financière Manuvie que si elles lui ont été présentées par écrit.

Les modifications au présent contrat ne produisent leurs effets que si elles sont signées par un représentant autorisé de la Financière Manuvie et acceptées par le titulaire; le paiement des primes échues depuis la date d'effet de la modification tient lieu d'acceptation. Si la modification n'est pas faite à la demande expresse du titulaire, ce dernier peut la contester dans un délai de 45 jours à compter de la date de réception.

Le titulaire recevra, à titre de renseignement seulement, un disque compact comportant la version courante du texte de la présente police. La Financière Manuvie lui fournira également un disque compact comportant une version à jour lorsqu'une modification sera apportée à la présente police. Le disque compact ne constitue ni la police collective ni un contrat d'assurance. Seul un employé autorisé de la Financière Manuvie à Montréal a le droit de modifier le texte sur le disque compact.

LE GESTIONNAIRE

Le titulaire de la police accepte de gérer le contrat conformément aux dispositions du présent contrat.

La Financière Manuvie se réserve le droit de consulter les dossiers de toute personne physique ou morale contenant des renseignements jugés nécessaires à l'administration de la présente police.

Les erreurs d'écriture ou d'inattention ne peuvent porter préjudice aux droits des participants.

Le titulaire de la police est considéré comme le mandataire des participants aux fins du présent contrat.

GESTION ADMINISTRATIVE

MONNAIE

Tout paiement se fait en dollars canadiens.

PRIMES

Paiement des primes

La prime est fonction de la protection (individuelle, monoparentale, couple ou familiale) à laquelle le participant a adhéré.

Pour l'employé, le paiement de la prime par l'employeur et l'employé est partagé selon les modalités prévues au terme des conventions collectives, protocoles ou à défaut, entre l'employeur et l'employé.

Pour le retraité, le paiement de la prime est partagé à part égale soit 50 % retraité et 50 % employeur.

La prime payable pour une période de paie de 14 jours est déterminée selon le statut réel du participant le premier jour de cette période. Aucun ajustement de prime n'est effectué concernant les changements de statut prenant effet durant une période de paie même si, pour les fins de l'assurance, le changement de statut prend effet à la date réelle du changement.

Pour les employés qui deviennent admissibles à une date autre que le premier jour d'une période de paie, aucune prime n'est payable pour la période comprise entre cette date et le premier jour de la période de paie suivante. Le même principe s'applique dans le cas d'une variation dans la prime par suite de modifications de la couverture ou des taux de primes. De plus, la prime complète est payable pour la période de paie au cours de laquelle le participant cesse d'être assuré.

Les primes sont payables mensuellement par chacun des établissements de l'employeur dans le cadre d'un système de facturation autonome. Les primes sont dues et payables d'avance le 1^{er} de chaque mois.

Toutefois, lorsqu'il y a plus d'une division, la Financière Manuvie peut accepter plusieurs versements à condition que chacun de ces versements corresponde à la prime totale mensuelle de chaque division.

Délai de grâce

Il est accordé un délai de grâce de 45 jours pour le paiement de toutes les primes. Si la prime reste impayée à l'expiration de ce délai, la Financière Manuvie se réserve le droit de prendre les mesures suivantes :

- A) Imposer des frais de retard.
- B) Suspendre le règlement des sinistres survenus après le délai de grâce jusqu'au paiement intégral des sommes dues par toute division dont la prime est due mais non payée.
- C) Résilier de plein droit l'assurance de toute division dont la prime est due mais non payée.

Résiliation

En cas de résiliation du contrat, le titulaire doit payer la prime courue jusqu'à la résiliation.

GESTION ADMINISTRATIVE

PRIMES (suite)

Calcul et redressement de la prime

La prime mensuelle totale payable à chaque échéance est égale à la somme des primes exigibles pour les garanties dont bénéficie chacun des participants non-exonérés à cette date.

Le calcul des redressements de prime consécutif au changement des prestations et aux adhésions est basé sur le nombre de mois d'assurance complets compris entre la prise d'effet du changement et la date du relevé de prime constatant le changement. La prime payable à une date d'échéance de prime donnée tient compte des changements survenus avant la date d'échéance de prime précédente.

La Financière Manuvie se réserve le droit de modifier les taux de prime dans les cas suivants :

- A) Changements apportés à la présente police.
- B) Changements des frais de séjour des hôpitaux de la région où sont domiciliés les participants, moyennant préavis écrit de 30 jours au titulaire.
- C) Changements apportés au régime de l'État, y compris aux dispositions réglementaires concernant la prise en charge par la Financière Manuvie des frais modérateurs et des dépassements d'honoraires, moyennant préavis écrit de 30 jours au titulaire.

La Financière Manuvie se réserve également le droit de modifier les taux de prime, une fois par année d'assurance, à toute échéance de prime à compter du premier renouvellement, selon les conditions suivantes :

- A) La Financière Manuvie transmet à l'Université du Québec, au moins 6 mois avant la date de renouvellement, une estimation des taux qui seront applicables au prochain renouvellement. Cette estimation des taux est révisée mensuellement et un avis définitif est transmis par la Financière Manuvie 90 jours avant la date de renouvellement, ou
- B) À chaque année où le fonds de stabilisation (selon la proposition d'affaires de la Financière Manuvie) sera pleinement capitalisé selon les résultats financiers de l'année précédente, la position définitive de renouvellement sera présentée à l'Université du Québec 6 mois avant la date de renouvellement.

RENOUVELLEMENT DU CONTRAT

À la fin de chaque année d'assurance, la Financière Manuvie renouvelle le contrat sous réserve des conditions suivantes :

- A) Participation de tous les participants admissibles.
- B) Acceptation par le titulaire de toute modification jugée nécessaire.
- C) Paiement de la première prime de la nouvelle année d'assurance.

Cependant, la Financière Manuvie se réserve le droit de résilier le contrat en tout temps moyennant préavis écrit de 6 mois, sujet aux correctifs de taux convenus si l'avis se poursuit dans une année contractuelle subséquente.

La décision quant au renouvellement n'influe en rien sur le règlement des sinistres survenus avant l'expiration de l'année d'assurance.

RÉSILIATION PAR LE TITULAIRE

Le titulaire peut résilier le contrat moyennant envoi d'un avis écrit. Le contrat prend fin le jour de la réception de l'avis ou à la date qui y est spécifiée si elle est ultérieure.

ANNEXE "A"

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

—

PAIEMENT DE LA PRIME

- | | | |
|----------|---|--|
| Employé | - | Le paiement de la prime par l'employeur et l'employé est partagé selon les modalités prévues au terme des conventions collectives, protocoles ou à défaut, entre l'employeur et l'employé. |
| Retraité | - | Partagé à part égale entre le retraité et l'employeur. |

ADHÉSION

- | | | |
|---------------------------------------|---|--|
| Employé et ses
Personnes à charge | - | Obligatoire, sauf dans le cas de l'employé qui est déjà couvert par le régime de son conjoint. |
| Retraité et ses
personnes à charge | - | Obligatoire, sauf dans le cas du retraité qui est déjà couvert par le régime de son conjoint ou autrement. |
-

—

GARANTIES

- | | | |
|---|---|---|
| Couverture des employés,
des personnes à charge
et de retraités | - | FRAIS D'HOSPITALISATION, FRAIS MÉDICAUX |
|---|---|---|
-

—

FRAIS D'HOSPITALISATION

- | | | |
|---------------------|---|---|
| Remboursement | - | 100 % dans le cas des frais engagés au Canada |
| Prestation maximale | - | Frais engagés au Canada : aucune |

ANNEXE "A"

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

FRAIS MÉDICAUX

Remboursement	-	90 %, sauf dans le cas des services d'un psychanalyste et de l'achat de chaussures orthopédiques fabriquées spécialement pour la personne assurée
	-	90 % dans le cas des frais de convalescence
	-	50 % dans le cas des services d'un psychanalyste et de l'achat de chaussures orthopédiques fabriquées spécialement pour la personne assurée
	-	100 % dans le cas des frais engagés à l'étranger et au titre du programme ManuAssistance
	-	La part payée par le participant et ses personnes à charge, pour des frais de médicaments engagés au Québec, ne peut excéder le plafond de contribution prévu par la Loi de l'assurance médicaments du Québec. Ce maximum annuel s'applique séparément pour :
		1. l'ensemble du participant et de ses enfants à charge, et
		2. pour le conjoint.
Franchise	-	Aucune
Prestation maximale	-	Frais engagés au Canada : aucune
	-	Frais engagés à l'étranger : maximum de 2 000 000 \$ par personne sa vie durant
Frais remboursables	-	Prothèses auditives, sous réserve d'un montant admissible de 300 \$ par personne par période de 36 mois consécutifs
	-	ManuAssistance
	-	Autres frais stipulés à la clause FRAIS REMBOURSABLES

Les conditions particulières ci-dessus constituent des précisions sur l'assurance stipulée par le contrat. Elles n'ont pas pour but de remplacer les autres clauses du contrat.