

La Financière SISIP et Manuvie ont dûment exécuté les modifications suivantes à la police d'assurance n° 901102 :

<u>Date d'entrée en vigueur</u>	<u>Amendement</u>
7 août 2019	<p>901102 – Partie I – Dispositions Générales</p> <p>PARTIE I</p> <p>DISPOSITIONS GÉNÉRALES</p> <p>1) Définitions</p> <p>f. Titulaire de la police</p> <p>1) Le sous-ministre de la Défense nationale :</p> <p>a) sera le titulaire de la police N° 901102 du RARM financée par l'État;</p> <p>b) assumera la responsabilité de tous les fonds publics, notamment la production de rapports; et,</p> <p>c) surveillera la solvabilité des plans financés par l'État et agira à titre de liaison principale avec les organismes centraux en ce qui touche tous les aspects de la police N° 901102 du RARM, plus particulièrement les questions liées au financement et aux autorités.</p> <p>2) Le chef d'état-major de la défense :</p> <p>a) sera la titulaire de la portion de la police N° 901102 du RARM financée par les Biens non publics;</p> <p>b) Il établira les contrôles internes adéquats, y compris la répartition et la délégation des responsabilités et des services de fournisseurs tiers (p. ex. services actuariels et de vérification);</p> <p>c) assurera la gouvernance et la surveillance de la direction; et,</p> <p>d) continuera d'exercer le contrôle conformément au protocole d'accord existant portant sur le contrôle efficace des opérations de la police N° 901102 du RARM en date du 1er mars 1990 et ses modifications.</p>
1 juillet 2019	<p><u>Taux pour non-fumeurs</u></p> <p>a. pour être admissible aux taux non-fumeurs, l'assuré au titre de ce contrat doit fournir une preuve, satisfaisante pour l'assureur, qu'il n'a pas fait usage de cigarettes, de cigarillos, de petits ou de gros cigares, de pipes, de tabac à chiquer ou de tabac sous quelque forme que ce soit au cours de l'année précédant la date de présentation de sa demande d'application des taux pour non-fumeurs.</p> <p>b. l'assureur se réserve le droit de demander une attestation de la qualité de non-fumeur au moment de la demande ou de la modification de la couverture.</p>
1 juillet 2019	<p><u>Limite de couverture</u></p> <p>Outre les limitations applicables à Assurance collective facultative temporaire (ACFT), au Régime d'assurance temporaire de la Réserve (RATR), à la Couverture après la libération (CAL) et à l'Assurance pour membres libérés (AML), la couverture d'assurance en vigueur d'une personne ne peut pas, au total, excéder 1 200 000 \$ au titre d'une ou plusieurs combinaisons de l'ACFT, du RATR, de la CAL et/ou de l'AML.</p>
	<p>Une approche plus compassionnelle et progressive pour aller de l'avant et réduire la clause de suicide d'assurance vie de deux (2) ans à un (1) an :</p>

La Financière SISIP et Manuvie ont dûment exécuté les modifications suivantes à la police d'assurance n° 901102 :

<u>Date d'entrée en vigueur</u>	<u>Amendement</u>
1 janvier 2018	<p>1. Modification de la partie IX — ACFT — la sous-section 125 est abrogée et remplacée par une nouvelle section (<u>voir souligné</u>) :</p> <p>125. Limites et exclusions</p> <p>a. <u>Si le décès de l'assuré résulte par suicide :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> i. aucune prestation d'assurance vie versée dans le cadre de l'ACFT ne doit être payée à moins que l'assurance vie ne soit entrée en vigueur ou n'ait été réintégré <u>plus d'un (1) an avant</u> la date du décès ; ii. aucune augmentation de la couverture de l'ACFT ne doit être payée à moins que cette augmentation ne soit entrée en vigueur ou n'ait été remise en vigueur <u>plus d'un (1) an avant</u> la date du décès ; iii. et que l'assuré a obtenu la couverture dans le cadre de l'ACFT en vertu d'une transformation de l'ARS, du RATR, de la CAL ou de l'AML, nonobstant les alinéas (i) et (ii) du présent paragraphe, la prestation sera payée à condition que la période continue pendant laquelle l'assurance vie a été en vigueur dans le cadre de ces cinq régimes soit <u>de plus d'un (1) an</u>, entre la plus récente des dates d'entrée en vigueur et la date de remise en vigueur de chacun des régimes d'ARS, ACFT, RATR, CAL et d'AML.
1 janvier 2018	<p>2. Modification de la partie X — CAL — la sous-section 137 est abrogée et remplacée par une nouvelle section (<u>voir souligné</u>) :</p> <p>137. Limite de couverture</p> <p>a. <u>Si le décès de l'assuré résulte par suicide :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> i. aucune prestation d'assurance vie versée dans le cadre de la CAL ne doit être payée à moins que l'assurance vie ne soit entrée en vigueur ou n'ait été remise en vigueur <u>plus d'un (1) an avant</u> la date du décès. ii. aucune augmentation de la CAL ne doit être payée à moins que cette augmentation ne soit entrée en vigueur ou n'ait été remise en vigueur <u>plus d'un (1) an avant</u> la date du décès. iii. et que l'assuré a obtenu la couverture dans le cadre de la CAL en vertu d'une transformation de l'ARS, de l'ACFT ou du RATR, nonobstant les alinéas (i) et (ii) du présent paragraphe, la prestation sera payée à condition que la période continue pendant laquelle l'assurance vie a été en vigueur dans le cadre de ces quatre régimes soit <u>de plus d'un (1) an</u>, entre la plus récente des dates d'entrée en vigueur et la date de remise en vigueur de chacun des régimes ARS, ACFT, CAL et RATR.
1 janvier 2018	<p>3. Modification de la partie XII — RATR — la sous-section 165 est abrogée et remplacée par une nouvelle section (<u>voir souligné</u>) :</p> <p>165. Limites et exclusions</p> <p>a. <u>Si le décès de l'assurée résulte d'un acte volontaire ou d'un suicide :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> i. aucune prestation d'assurance vie versée dans le cadre du RATR ne doit être payée à moins que l'assurance vie ne soit entrée en vigueur ou n'ait été remise en vigueur <u>plus d'un (1) an avant</u> la date du décès ; et ii. aucune augmentation de la couverture du RATR ne doit être payée à moins que cette augmentation ne soit entrée en vigueur ou n'ait été remise en vigueur <u>plus d'un (1) an avant</u> la date du décès ; et iii. et que l'assuré a obtenu la couverture dans le cadre du RATR en vertu d'une transformation de l'Assurance revenu aux survivants (ARS), de

La Financière SISIP et Manuvie ont dûment exécuté les modifications suivantes à la police d'assurance n° 901102 :

<u>Date d'entrée en vigueur</u>	<u>Amendement</u>
1 janvier 2018	<p>l'Assurance collective facultative temporaire (ACFT) ou de la Couverture après la libération (CAL) ou l'Assurance pour membres libérés (AML), nonobstant les alinéas (i) et (ii) du présent paragraphe, la prestation sera payée à condition que la période continue pendant laquelle l'assurance vie a été en vigueur dans le cadre de ces cinq régimes soit <u>de plus d'un (1) an</u>, entre la plus récente des dates d'entrée en vigueur et la date de remise en vigueur de chacun des régimes ARS, ACFT, RATR, CAL et AML.</p> <p>4. Modification de la partie XVI — AML — la sous-section 219 est abrogée et remplacée par une nouvelle section (<u>voir souligné</u>) :</p> <p>219. Limites et exclusions</p> <p>a. <u>Si le décès de l'assurée résulte d'un acte volontaire ou d'un suicide :</u></p> <p>i. aucune prestation d'assurance vie versée dans le cadre de l'AML ne doit être payée, à moins que l'assurance vie ne soit entrée en vigueur ou n'ait été remise en vigueur <u>plus d'un (1) an avant</u> la date du décès ;</p> <p>ii. aucune augmentation de la couverture de l'AML ne sera versée, à moins que cette augmentation ne soit entrée en vigueur ou n'ait été remise en vigueur <u>plus d'un (1) an avant</u> la date du décès ;</p> <p>iii. et l'assuré a obtenu la couverture dans le cadre de l'AML en vertu d'une transformation de la l'ARS, de l'ACFT, du RAVRM, du RAOG, du RATR, RAOG Rés ou de la CAL nonobstant les alinéas (i) et (ii) du présent paragraphe, la prestation sera payée à condition que la période continue pendant laquelle l'assurance vie a été en vigueur dans le cadre de ces régimes soit <u>de plus d'un (1) an</u>, entre la plus récente des dates d'entrée en vigueur et la date de remise en vigueur de chacun des régimes ARS, ACFT, RAVRM, RAOG, RATR, RAOG Rés, CAL et AML.</p>
1 janvier 2018	<p>Les prestations AIP comprennent les problèmes de santé mentale :</p> <p>a. Le libellé actuel stipule qu'aucun avantage n'est fourni si la blessure ou la maladie est le résultat d'une blessure intentionnellement auto-infligée....</p> <p>b. Le changement consiste à ajouter l'inclusion suivante à la définition : "à moins que la preuve médicale établisse que les blessures sont liées à un problème de santé mentale" :</p> <p>1. Modification de la partie III (A) - AVANT LE 1er DÉCEMBRE 1999 — AIP — la sous-section 58 est abrogée et remplacée par une nouvelle section (<u>voir souligné</u>) :</p> <p>58. Limites et exclusions</p> <p>c. Le membre n'est pas couvert si l'invalidité totale découle des cas suivants :</p> <p>i. une blessure résultant de la participation du membre à un acte criminel ;</p> <p>ii. une blessure volontaire ou une tentative d'autodestruction volontaire tandis que le membre était sain d'esprit ou non, <u>à moins que la preuve médicale établisse que la blessure soit liée à un problème de santé mentale ;</u></p> <p>iii. une invalidité totale survenant au cours des 12 premiers mois suivant le début de la couverture et découlant d'une blessure ou d'une maladie pour laquelle le membre a déjà consulté un médecin au cours des six mois précédant immédiatement la date à laquelle il a adhéré au régime.</p>

La Financière SISIP et Manuvie ont dûment exécuté les modifications suivantes à la police d'assurance n° 901102 :

<u>Date d'entrée en vigueur</u>	<u>Amendement</u>
1 janvier 2018	<p>2. Modification de la partie III(B) — AIP — les sous-sections 27 et 47 sont abrogées et remplacées par une nouvelle section (<u>voir souligné</u>) :</p> <p>27. et 47 Limites et exclusions</p> <p>c. Le membre n'est pas couvert si l'invalidité totale découle des cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">i. une blessure résultant de la participation du membre à un acte criminel ;ii. une blessure volontaire ou une tentative d'autodestruction volontaire tandis que le membre était sain d'esprit ou non, <u>à moins que la preuve médicale établisse que la blessure soit liée à un problème de santé mentale ;</u>iii. une invalidité totale survenant au cours des 12 premiers mois suivant le début de la couverture et découlant d'une blessure ou d'une maladie pour laquelle le membre a déjà consulté un médecin au cours des six mois précédant immédiatement la date à laquelle il a adhéré au régime.
1 janvier 2018	<p>3. Modification de la partie XIII - AVANT LE 1er DÉCEMBRE 1999 — AIP Rés — la sous-section 181 est abrogée et remplacée par une nouvelle section (<u>voir souligné</u>) :</p> <p>181. Limites et exclusions</p> <p>c. Le membre n'est pas couvert si l'invalidité totale découle des cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">ii. une blessure volontaire ou une tentative d'autodestruction volontaire tandis que le membre était sain d'esprit ou non, <u>à moins que la preuve médicale établisse que la blessure soit liée à un problème de santé mentale ;</u>

POLICE DU RARM N° 901102

Veillez noter qu'en cas de divergence entre le présent document et le contrat de la police d'assurance n°901102, les dispositions dans le contrat anglais prévaudront. Ce document est fourni à titre de référence seulement et ne doit pas être considéré comme définitif.

TABLE DES MATIÈRES

PARTIE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

PARTIE II – ASSURANCE REVENU AUX SURVIVANTS (ARS)

**PARTIE III - (B) RÉGIME D'ASSURANCE INVALIDITÉ PROLONGÉE (AIP)
APRÈS LE 30 NOVEMBRE 1999**

PARTIE IV – ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE (AVPC)

**PARTIE V – RÉGIME D'ASSURANCE VIE RETRAITE POUR LES
MILITAIRES (RAVRM)**

PARTIE VI – RÉGIME D'ASSURANCE DES OFFICIERS GÉNÉRAUX (RAOG)

**PARTIE IX – RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE FACULTATIVE
TEMPORAIRE (ACFT)**

PARTIE X – COUVERTURE APRÈS LA LIBÉRATION (CAL)

**PARTIE XII – RÉGIME D'ASSURANCE TEMPORAIRE DE LA RÉSERVE
(RATR)**

**PARTIE XIV – RÉGIME D'ASSURANCE DES OFFICIERS GÉNÉRAUX DE LA
RÉSERVE (RAOG Rés)**

PARTIE XVI – ASSURANCE POUR MEMBRES LIBÉRÉS (AML)

PARTIE PRÉCÉDENTES

**PARTIE III - (A) RÉGIME D'ASSURANCE INVALIDITÉ PROLONGÉE (AIP)
AVANT LE 1^{er} DÉCEMBRE 1999**

PARTIE VII – RÉGIME DE SERVICE APRÈS LA RETRAITE (RSAR)

PARTIE VIII – ASSURANCE MALADIE GROS RISQUES AVANT 1995 (AMGR1)

PARTIE XI – ASSURANCE MALADIE GROS RISQUES APRÈS 1994 (AMGR2)

**PARTIE XIII – ASSURANCE INVALIDITÉ PROLONGÉE POUR LA RÉSERVE
(AIP Rés) AVANT LE 1^{er} DÉCEMBRE 1999**

**PARTIE XV – ASSURANCE REVENU AUX SURVIVANTS PRÉVUE PAR
L'ASSURANCE MALADIE GROS RISQUES (ARS AMGR)**

PARTIE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Définitions
2. Admissibilité
3. Service sans rémunération
4. Exigences relatives à l'adhésion
5. Entrée en vigueur ou augmentation de la protection
6. Admissibilité des personnes à charge
7. Cessation de la protection
8. Privilège de transformation lors de la libération
9. Privilège de transformation avant la libération
10. Privilège de transformation lors de l'expiration de la police
11. Prestation de décès pendant la période d'admissibilité au régime de Couverture après la libération
12. Exonération des primes
13. Renseignements requis
14. Délai de grâce – régime(s) « collectif(s) »
15. Droit de l'Assureur de modifier les taux des primes – régime(s) « collectif(s) »
16. Certificat du membre
17. Erreur sur l'âge
18. Statut de non-fumeur
19. Contestabilité
20. Conformité à la loi pertinente
21. Modification, renouvellement et expiration
22. Examen médical et autopsie
23. Recours en justice
24. Devises canadiennes
25. Non-résiliation des dispositions de la police
26. Titulaire de la police non représentant de l'Assureur
27. Contrat complet
28. Modalités de règlement
29. Limite de couverture
30. Tarification annuelle personnalisée
- 30A. Aucun chevauchement de la prestation de mutilation

PARTIE I

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Définitions

Les termes suivants ont la signification qui leur est donnée ci-dessous :

- a. (i) « Membre » désigne un membre des Forces canadiennes appartenant à la Force régulière ou à la Force de réserve (Première réserve) en service de réserve de classe « A », « B » ou réserviste de classe « C » qui satisfait aux dispositions d'admissibilité et aux exigences d'adhésion contenues dans la présente police, et, le cas échéant, désigne également un membre retraité des Forces canadiennes admissible aux prestations d'Assurance invalidité prolongée (AIP) en vertu de la présente police. La définition s'applique aussi à tout membre retraité des Forces canadiennes qui est admissible au Régime de service après la retraite, à la Couverture après la libération (CAL), au Régime d'assurance vie retraite pour les militaires (RAVRM) ou l'Assurance pour membres libérés (AML).
- (ii) Le service de réserve de classe « A » renvoie au service d'une personne qui est employée pendant de courtes périodes ne dépassant pas 16 jours de service continu et qui est désignée par une autorité militaire comme étant en service de classe « A ».
- (iii) Le service de réserve de classe « B » de courte durée renvoie au service d'une personne qui est employée à plein temps pendant 180 jours ou moins et qui est désignée par une autorité militaire comme étant en service de réserve de classe « B ».
- (iv) Le service de réserve de classe « B » de longue durée renvoie au service d'un membre de la Force de réserve (Première réserve) qui est employé à plein temps pendant des périodes de plus de 180 jours consécutifs et qui est désigné par une autorité militaire comme étant en service de réserve de classe « B ».
- (v) Le service de réserve de classe « C » renvoie au service d'un membre de la Force de réserve qui est employé à plein temps par la Force régulière des Forces canadiennes et qui est désigné par une autorité militaire comme étant en service de réserve de classe « C ».
- b. « Personne à charge » ne comprend que le « conjoint » ou un « enfant », tels qu'ils sont définis dans la présente police. Le terme « personne à charge » ne comprend pas un « ex-conjoint ».
- c. Le « conjoint » désigne une personne mariée à un membre ou à un bénéficiaire dans le cadre d'une cérémonie civile ou religieuse valide. En outre, le conjoint d'un membre désigne une personne à l'égard de laquelle le membre a produit une déclaration écrite établissant que cette personne est son conjoint. Le conjoint ou le bénéficiaire d'un membre désigne également une personne à l'égard de laquelle il peut être établi que celle-ci a habité continuellement avec le membre pendant un minimum de 12 mois consécutifs. Il incombe au membre ou au bénéficiaire de faire la preuve à l'Assureur qu'il existe une union de fait et que cette union a eu cours pendant la période prescrite. Si le membre ou le bénéficiaire a plus d'un conjoint répondant aux critères susmentionnés, seul le conjoint le plus récent sera considéré « à ce titre » pour les besoins de la présente police.

- d. « Ex-conjoint » : signifie une personne qui a déjà été le conjoint d'un membre, selon la définition du paragraphe 1.c. et qui est légalement divorcée du membre ou, dans le cas d'un conjoint qui a habité avec le membre pendant un minimum de 12 mois consécutifs, qui a cessé d'habiter avec le membre.
- e. « Enfant à charge », à moins d'avis contraire, désigne un enfant qui :
- (i) n'est pas marié et qui n'a pas un travail régulier à temps plein;
 - (ii) n'est pas admissible à l'assurance en tant que membre en vertu de la présente police; et
 - (iii) est à la charge :
 - 1. d'un membre vivant;
 - 2. d'un membre vivant et :
 - 1. du conjoint ou de l'ex-conjoint du membre;
 - 2. d'un tuteur légal ou, en l'absence d'un tuteur légal, d'un parent du membre ou de son conjoint ou de son ex-conjoint;
 - 3. du conjoint ou de l'ex-conjoint du membre, d'un tuteur légal ou, en l'absence d'un tuteur légal, d'un parent du membre ou de son conjoint ou de son ex-conjoint, si le membre est décédé et que l'enfant était à sa charge immédiatement avant son décès.

La définition s'applique à partir de la naissance de l'enfant jusqu'à son 25^e anniversaire de naissance. Toutefois, aucune limite d'âge ne s'applique si l'enfant est à la charge complète et continue d'un des membres indiqués à l'alinéa 1.e.(iii) 1 à 3 ci-dessus et ne peut pourvoir à ses propres besoins en raison d'une maladie ou d'une affection entraînant une invalidité importante et que la profession médicale est en mesure de reconnaître .

- f. « Titulaire de la police » désigne le Chef d'état-major de la Défense pour les Forces canadiennes.
- g. « Bénéficiaire » signifie la ou les personnes que le membre désigne par écrit pour recevoir des prestations en vertu de la présente police. La désignation d'un bénéficiaire est valide lorsque déposée auprès du Titulaire ou de l'Assureur.
- h. (i) Pour les besoins de la partie III et VII, le terme « invalidité totale » signifie que la personne a été libérée des Forces canadiennes et qu'il existe des preuves médicales qui confirment, à la satisfaction de l'Assureur, que la personne est frappée d'invalidité par suite d'un handicap physique ou mental actif que la profession médicale est en mesure de reconnaître et qui empêche cette personne de remplir toute tâche ou d'occuper tout emploi effectivement rémunérateur auquel ses études, sa formation ou son expérience l'ont préparée.
- (ii) Pour les besoins de la partie XIII, le terme « invalidité totale », pendant les 24 premiers mois consécutifs de la réception des prestations d'invalidité, signifie que la personne a été libérée des Forces canadiennes et qu'il existe des preuves médicales qui confirment, à la satisfaction de l'Assureur, que la personne est frappée d'invalidité par suite d'un handicap physique ou mental actif que la profession médicale est en mesure de reconnaître et qui empêche cette personne de remplir toute tâche ou d'occuper tout

emploi effectivement rémunérateur auquel ses études, sa formation ou son expérience l'ont préparée.

Pour que des prestations continuent d'être versées au-delà de la période de 24 mois, l'invalidité doit être un handicap physique ou mental actif à la fois grave et prolongé. Une invalidité est considérée comme grave si la personne est incapable d'occuper régulièrement un emploi effectivement rémunérateur. Une invalidité est considérée comme prolongée si elle est d'une durée indéterminée ou est susceptible d'entraîner le décès. L'invalidité doit résulter d'un handicap physique ou mental actif que la profession médicale est en mesure de reconnaître.

- i. (i) « Solde mensuelle » désigne le taux mensuel de rémunération du membre précisé dans le paragraphe 204 des Ordonnances et règlements royaux dans les tableaux de solde du personnel de la Force régulière.
- (ii) « Solde annuelle » désigne le taux annuel de rémunération du membre versé selon les échelles prescrites dans les tableaux de solde du personnel de la Force régulière sauf lorsque le membre est en période de service sans solde, tel qu'accordé par une autorité militaire compétente des Forces canadiennes, le taux de rémunération sera celui en vigueur au dernier jour de service avec solde du membre précédant immédiatement ladite période de service sans solde.
- (iii) « Taux quotidien de rémunération de la Force de réserve » désigne le taux de rémunération du membre précisé dans le paragraphe 204 des Ordonnances et règlements royaux dans les tableaux de solde du personnel de la Force de réserve.
- j. « *Loi sur les pensions* » désigne la *Loi sur les pensions*, L.R.C. 1970, paragraphe 207, et ses modifications.
- k. « Officier général » désigne une personne ayant le grade effectif de colonel ou un grade supérieur ou un officier des services juridiques ayant le grade effectif de lieutenant-colonel.
- l. « Tâche » et « tâches normales » désignent les tâches du poste auquel un membre a été affecté et comprennent toute autre tâche assignée au membre par une autorité militaire.
- m. « Indice des prix à la consommation au Canada » (IPC) désigne l'indice moyen des prix à la consommation pour l'année en cause, tel que publié par Statistique Canada, et ce, pour chaque mois de la période de 12 mois se terminant le 30 septembre de l'année précédente.
- n. « Congé de retraite » désigne un congé accordé à un membre de la Force régulière immédiatement avant sa libération ou son affectation de la Force régulière et peut comprendre les congés accumulés, les congés annuels, les congés spéciaux à la libération et/ou les congés de réadaptation.
- o. « Perte d'usage » désigne la perte totale et irrémédiable de l'usage.
- p. « Régime collectif » désigne tout service lié aux assurances offert par l'Assureur n'étant pas proportionnel à l'expérience et ne faisant donc pas l'objet d'une tarification personnalisée.

- q. « Taux d'intérêt sur les liquidités » désigne le taux d'intérêt applicable aux liquidités mensuelles du RARM selon les procédures de calcul des intérêts établies mutuellement par le Titulaire de la police et l'Assureur et ses modifications, le cas échéant.
- r. « Valeur de conversion de l'ARS » représente un montant équivalant à cinquante (50) fois la solde mensuelle du membre, ajusté à la prochaine tranche de 10 000 \$.
- s. Aux termes de la présente police, les noms ou pronoms masculins englobent le féminin.
- t. « Preuve d'assurabilité » désigne notamment une attestation médicale d'assurabilité et une attestation des besoins financiers de l'assuré proposé.
- u. « Enfant », dans la présente police, désigne :
 - (i) un enfant naturel d'un membre, y compris un enfant mort-né. Enfant mort-né s'entend de tout fœtus qui, après avoir été entièrement expulsé ou extrait de sa mère, ne montre aucune respiration, aucun battement du cœur, aucune pulsation du cordon ombilical ni aucun mouvement non équivoque d'un muscle volontaire,
 - (1) dont l'expulsion ou l'extraction survient après une grossesse d'au moins 20 semaines ou
 - (2) qui pèse 500 grammes ou plus;
 - (ii) un enfant à charge du conjoint du membre;
 - (iii) un enfant adopté légalement par le membre;
 - (iv) un enfant pour lequel le membre tient lieu de parent en vertu d'une ordonnance d'un tribunal ou d'une autorité gouvernementale;
 - (v) un « orphelin », c'est-à-dire, aux fins de la partie II de la présente police, un enfant à charge qui survit au membre et à son conjoint survivant ou qu'un ex-conjoint a désigné comme bénéficiaire de son Assurance revenu aux survivants (ARS), selon la partie II de la présente police.

2. Admissibilité

- a. Un membre peut demander d'être assuré en vertu de la présente police, sous réserve des dispositions énoncées dans la présente partie et dans les parties respectives de la présente police.
- b. Un membre retraité qui est assuré en vertu du Régime de service après la retraite, de la CAL ou de l'Assurance pour membres libérés (AML) sera tenu, lors de son réenrôlement dans les Forces canadiennes, de retransformer, sans preuve d'assurabilité, sa CAL ou AML en Régime d'assurance collective facultative temporaire (ACFT) ou en Régime d'assurance temporaire de la Réserve (RATR), selon le cas, jusqu'au montant du capital assuré en vertu de sa CAL ou AML.

3. Service sans rémunération

Un membre admissible en période autorisée de service sans rémunération peut être assuré ou demeurer assuré en vertu du régime d'AIP, de l'AIP de la Réserve (AIP Rés), de l'ARS, de l'Assurance vie des personnes à charge (AVPC), de l'ACFT, du Régime d'assurance des officiers généraux (RAOG), du RATR et/ou du RAOG de la Réserve (RAOG Rés), sous réserve des dispositions de la présente police. Ce membre doit verser les primes exigées tel que l'a précisé le Titulaire de la police.

4. Exigences relatives à l'adhésion

Sauf si la protection est automatiquement prévue dans la présente police, un membre admissible peut faire une demande d'adhésion en remplissant les documents suivants et en les transmettant au Titulaire de la police ou à l'Assureur :

- a. le formulaire de demande d'adhésion pour tous les régimes d'assurance pour lui-même et pour les personnes à sa charge; et
- b. une délégation de solde indiquant le montant de la prime requise ou toute autre forme de paiement ou de formule acceptable pour l'Assureur et le Titulaire de la police; et
- c. une preuve d'assurabilité du membre, à la demande et à la satisfaction de l'Assureur et, le cas échéant, une preuve de l'assurabilité de son conjoint et/ou des enfants à sa charge, et ce, sans frais engagé par l'Assureur.

5. Entrée en vigueur ou augmentation de la protection

- a. La protection d'assurance demandée par le membre entre en vigueur à la plus récente des dates suivantes :
 - (i) si une preuve d'assurabilité est requise, à la date d'approbation par l'Assureur;
 - (ii) la date à laquelle le membre satisfait aux exigences d'adhésion précisées par la protection.
- b. La protection d'une personne à charge entre en vigueur à la plus récente des dates suivantes :
 - (i) la date à laquelle la personne à charge devient admissible, lorsque l'admissibilité est définie dans l'assurance particulière;
 - (ii) la date à laquelle l'assurance du membre entre en vigueur;
 - (iv) la date de l'approbation de l'Assureur, lorsque une preuve d'assurabilité est exigée.

6. Admissibilité des personnes à charge

Chaque personne à la charge d'un membre devient admissible à l'assurance en vertu de la présente police à la plus récente des dates suivantes :

- a. la date à laquelle le membre devient admissible à sa protection personnelle;
- b. la date à laquelle la personne devient une personne à charge.

7. Cession de la protection

La protection d'assurance demandée par le membre ou par son ex-conjoint cesse à la plus récente des dates suivantes :

- a. 60 jours après que le militaire n'est plus membre à temps plein dans les Forces canadiennes (Force régulière ou Force de la Réserve), à moins que le membre soit admissible aux prestations d'AIP ou qu'il transforme sa couverture en CAL si sa date de libération est avant le 1^{er} octobre 2005, ou en AML si sa date de libération est le ou après le 1^{er} octobre 2005, en respectant le délai précisé par la présente police;
- b. la date à laquelle l'Assureur ou le Titulaire de la police accuse réception d'un avis que le membre a retiré son autorisation de paiement des primes requises;
- c. En ce qui concerne l'ARS,
 - (i) la fin de la période de 90 jours pendant laquelle un membre doit autoriser une modification de sa solde pour l'acquisition d'une personne à charge;
 - (ii) la date à laquelle le membre cesse d'avoir des personnes à charge;
- d. la date d'expiration de la police;
- e. Pour la protection des personnes à charge, la première des dates suivantes :
 - (i) l'une ou l'autre des dates indiquées aux paragraphes a, b, c ou d du présent article 7;
 - (ii) dans le cas d'un ex-conjoint, la date à laquelle le Titulaire de la police ou l'Assureur reçoit une demande d'assurance sur la vie d'un nouveau conjoint;
 - (iii) dans le cas d'un enfant, la date à laquelle cette personne cesse d'être un enfant à charge.
- f. Une telle date peut être propre à l'option d'assurance particulière en vertu de la présente police;
- g. La date à laquelle l'Assureur ou le Titulaire de la police reçoit une demande écrite du membre pour mettre fin à la protection.

Dans l'éventualité que certaines ou tous les couvertures sont annulées ou terminées, la prime ou partie de prime payée ne sera pas remboursée.

8. Privilège de transformation lors de la libération

Avant le 1^{er} octobre 2005, un membre, son conjoint ou son ex-conjoint dont le montant de la protection en vigueur dépasse le montant maximal de la protection disponible en vertu de la CAL ou un ex-enfant à charge qui n'est pas admissible au maintien de la protection en vertu de la CAL a le droit de souscrire une police d'assurance vie individuelle auprès de l'Assureur, sous réserve des conditions suivantes (de a à f) :

À compter du 1^{er} octobre 2005, un membre, son conjoint ou son ex-conjoint dont le montant de la protection en vigueur dépasse le montant maximal de la protection disponible en vertu de l'AML ou un ex-enfant à charge qui n'est pas admissible au maintien de la protection en vertu de l'AML a le droit de souscrire une police d'assurance vie individuelle auprès de l'Assureur, sous réserve des conditions suivantes (de a à f) :

- a. Le montant de la police individuelle ne doit pas dépasser le montant de l'assurance vie du membre, de son conjoint, de son ex-conjoint ou de son ex-enfant à charge au moment où la protection a cessé, moins le montant maximal disponible en vertu de la CAL ou de l'AML.
- b. Une demande écrite de police individuelle et la première prime doivent être livrées ou postées à l'Assureur dans les 60 jours suivant la date à laquelle la protection a cessé.
- c. La police individuelle doit être, au choix du membre, de son conjoint, de son ex-conjoint ou de son ex-enfant à charge, sous une forme ou une autre alors offerte par l'Assureur pour la transformation. Cette police individuelle ne doit comporter ni dividendes ni exonération de primes pour cause d'invalidité ou autres prestations supplémentaires.
- d. La prime de la police individuelle est établie par l'Assureur en fonction :
 - (i) des taux courants de l'Assureur pour l'âge que le membre, son conjoint, son ex-conjoint ou son ex-enfant à charge a atteint à son dernier anniversaire précédant la date à laquelle la police individuelle est délivrée;
 - (ii) de la forme et du montant de la police individuelle.
- e. Aucune preuve d'assurabilité n'est requise.
- f. Des taux pour non-fumeur ne sont pas offerts dans le cas des polices transformées.

9. Privilège de transformation avant la libération

- a. Un membre dont la valeur de transformation pour l'ARS dépasse le montant maximal de la protection admissible pour un transfert à l'ACFT a le droit de souscrire une police d'assurance vie individuelle auprès de l'Assureur. Le montant d'une telle police ne doit pas être supérieur au montant de la protection du membre au moment où celle-ci a cessé, moins le montant maximal disponible en vertu de l'ACFT, que le membre y souscrive ou non.
- b. Un membre dont la protection en vertu du RAOG ou du RAOG Rés cesse parce qu'il n'y est plus admissible pour une raison autre que sa libération des Forces canadiennes a le droit de souscrire une police individuelle auprès de l'Assureur. Le montant d'une telle police ne doit pas être supérieur au montant de la protection du membre au moment où celle-ci a cessé, moins le montant maximal disponible en vertu de l'ACFT ou du RATR, selon le cas, que le membre y souscrive ou non.

- c. Sauf la protection des personnes à charge sous l'AML, une personne à charge dont l'assurance vie des personnes à charge cesse parce qu'elle n'est plus une personne à charge admissible, ou parce que le membre n'est plus admissible à la protection pour une raison autre que le décès ou la libération des Forces canadiennes, a le droit de souscrire une police d'assurance vie individuelle auprès de l'Assureur. Le montant d'une telle police ne doit pas être supérieur au montant de l'assurance vie qui a cessé, ni être inférieur au montant minimal pour lequel l'Assureur retenu consent habituellement ces polices individuelles.
- d. Depuis le 1^{er} juillet 1990, la protection des personnes à charge ne peut être transformée en aucune option d'assurance vie en vertu de la présente police ou en une police individuelle dont l'effet serait d'accroître le montant de la protection en se soustrayant à la preuve d'assurabilité par le truchement de transformations successives. En pareils cas, les transformations supplémentaires sont nulles.
- e. Une protection à l'égard d'un enfant à charge peut être fournie au moyen d'un avenant à une police individuelle établie sur la vie d'un membre ou de son conjoint, aussi longtemps que la protection pour la personne à charge ne soit pas maintenue en vertu de la présente police.
- f. Les polices individuelles mentionnées ci-dessus sont assujetties aux conditions énoncées à l'article 8.

10. Privilège de transformation lors de l'expiration de la police

Si la police ou une ou plusieurs des protections incluses dans la police expirent alors qu'un membre, son conjoint et/ou son ex-conjoint a été continuellement assuré en vertu des options d'assurance vie de la présente police pendant au moins cinq ans, le membre, son conjoint et/ou son ex-conjoint a les droits de transformation décrits à l'article 8; en autant que le montant maximal de la protection que le membre, son conjoint et/ou son ex-conjoint peut transformer équivaut à trois fois le maximum des gains ouvrant droit à pension du membre, de son conjoint et/ou de son ex-conjoint pour l'année déterminée en vertu du Régime de pensions du Canada moins tout montant de protection auquel le membre, son conjoint et/ou son ex-conjoint devient admissible en vertu d'une autre police de groupe dans les 31 jours de la date d'expiration.

Nota : Le droit de transformation pour le Régime de service après la retraite est décrit à l'article 107.

11. Prestation de décès pendant la période d'admissibilité au régime de Couverture après la libération

Si le décès du membre survient avant le 1^{er} octobre 2005 et au cours de la période de 60 jours pendant laquelle il aurait pu faire une demande de CAL, l'Assureur verse le montant applicable au titre de l'ARS, de l'ACFT, du RATR, du RAOG et/ou du RAOG Rés. Si le décès du membre survient le 1^{er} octobre 2005 ou après et au cours de la période de 60 jours pendant laquelle il aurait pu faire une demande d'AML, l'Assureur verse le montant applicable au titre de l'ARS, de l'ACFT, du RATR, du RAOG et/ou du RAOG Rés. Si un certificat de CAL ou d'AML ou une police individuelle a déjà été délivré, aucun versement n'est fait en vertu de la présente disposition, à moins que le certificat de CAL ou d'AML et toute police individuelle transformée soit remis sans versement des prestations relatives au sinistre. Sur remise du certificat et de la police, l'Assureur rembourse les primes versées au titre de

la CAL ou d'AML et de la police individuelle. Un bénéficiaire désigné dans tout formulaire de demande de transformation est le bénéficiaire pour les besoins de la présente disposition.

12. Exonération des primes

- a. Si un membre est frappé d'invalidité totale alors qu'il est assuré en vertu du Régime d'AIP de la Force régulière et protégé au titre de l'ARS, de l'ACFT ou du RAOG, l'Assureur exonère le paiement des primes applicables à ces protections à compter de la prime pour le premier mois complet de la police à l'égard duquel les prestations d'AIP deviennent payables, puis par la suite, pour chaque mois de la police durant lequel le membre est atteint d'invalidité totale. Lorsqu'un membre assuré au titre de l'ARS, de l'ACFT ou du RAOG, pour lesquels les primes sont exonérées, atteint l'âge de 55 ans, le montant de la protection au titre de l'ARS, de l'ACFT et/ou du RAOG est automatiquement transformé en CAL, et la prime pour la protection au titre de la CAL est exonérée. Cette disposition est assujettie à un montant maximal admissible de transformation de l'ARS en CAL de 50 fois la solde mensuelle du membre à la date à laquelle il a été libéré des Forces canadiennes. Elle est aussi assujettie au montant maximal de la protection disponible en vertu de la CAL.
- b. Si le membre cesse de recevoir des prestations d'AIP (sous réserve des dispositions relatives à la prolongation de la couverture de la partie III), les exonérations de primes cessent et toute protection au titre de l'ARS, de l'ACFT ou du RAOG peut être transformée en CAL de la façon décrite ci-dessus.
- c. En ce qui concerne l'ARS, si le membre ne satisfait plus aux critères d'admissibilité à l'assurance parce qu'il n'a plus aucune personne à charge, les exonérations de primes cessent et toute protection au titre de l'ARS expire. Toutefois, au choix du membre, la protection au titre de l'ARS peut être transformée en ACFT, auquel cas l'exonération de primes demeure en vigueur.
- d. Depuis le 1^{er} mars 1992, si le membre a fait une demande de prestation d'AIP dans les 12 mois de la réception, par le Titulaire de la police ou l'Assureur, d'une demande d'assurance vie ou d'augmentation du montant de l'assurance vie, l'exonération de primes en vertu d'une telle protection est nulle et sans effet, à moins que le membre puisse prouver que l'invalidité est survenue après la demande d'assurance vie.
- e. L'expiration de la présente police ne porte pas atteinte au droit d'un membre de recevoir des prestations, s'il a antérieurement été frappé d'invalidité totale ou a subi une mutilation. Les prestations versées après la date d'expiration de la présente police, en conformité avec cette disposition, ne modifient pas la date d'expiration de la présente police ni ne maintiennent la présente police en vigueur après cette date.
- f. Il n'y a aucune exonération de primes si un conjoint, un ex-conjoint ou un enfant à charge est atteint d'invalidité.
- g. Dans le cas d'une assurance vie assortie d'une exonération de primes, l'exonération de primes s'applique à l'assurance vie pour personnes à charge.

13. Renseignements requis

- a. Le Titulaire de la police doit fournir à l'Assureur tous les renseignements disponibles que l'Assureur pourrait exiger afin d'être en mesure d'administrer l'assurance, d'évaluer les demandes et d'établir les primes à verser.
- b. Le Titulaire de la police ou l'Assureur doit tenir un dossier d'assurance suffisant pour lui permettre d'établir la situation au point de vue de l'assurance de chaque personne assurée en vertu de la présente police.
- c. L'Assureur doit être en mesure, à tout moment raisonnable, d'inspecter tous les dossiers du Titulaire de la police concernant la présente police ou toute autre assurance en vertu de la présente police, et vice versa.
- d. Une erreur administrative ne doit pas porter préjudice aux droits de l'Assureur.

14. Délai de grâce – régime(s) « collectif(s) »

- a. En ce qui concerne les régimes collectifs, à moins que les parties en aient convenu autrement par écrit, si une prime subséquente à la première prime n'a pas été versée entièrement par le Titulaire de la police à la date d'échéance de cette prime et si le Titulaire de la police n'a pas donné un avis écrit à l'Assureur au plus tard à cette date d'échéance à laquelle la présente police doit expirer, un délai de grâce sera consenti au Titulaire pour le versement de cette prime sans frais d'intérêts.
- b. Le délai de grâce est de 31 jours à compter de la date d'échéance de la prime.
- c. Le Titulaire de la police sera redevable à l'Assureur de toutes les primes restées impayées à la date d'expiration de la présente police.

15. Droit de l'Assureur de modifier les taux des primes – régime(s) « collectif(s) »

- a. L'Assureur se réserve le droit de fixer de nouveaux taux de prime pour les régimes collectifs. Un avis des nouveaux taux de prime doit être envoyé au Titulaire de la police au moins 90 jours avant la date d'entrée en vigueur indiquée par l'Assureur.
- b. L'Assureur n'augmentera pas le taux des primes plus d'une fois par période de 12 mois, sauf si le Titulaire de la police consent par écrit à l'augmentation.

16. Certificat du membre

Les certificats seront délivrés aux membres assurés.

17. Erreur sur l'âge

Si une erreur a été commise quant au classement par âge d'un membre, les primes du membre feront l'objet d'un ajustement équitable.

18. Statut de non-fumeur

- a. Pour obtenir le statut de non-fumeur, le membre doit fournir à l'Assureur une preuve suffisante qu'il n'a fumé aucune cigarette dans l'année qui précède la date à laquelle il demande ce statut.
- b. L'Assureur se réserve le droit d'exiger la preuve du statut de non-fumeur au moment de la demande ou de la modification de l'assurance.

19. Contestabilité

Si la protection d'assurance ou l'augmentation de la protection d'assurance est en vigueur depuis une période de deux ans pendant la vie de la personne assurée, tout défaut de divulguer un fait important ou toute fausse déclaration quant au risque ne peut entraîner l'annulation de la police, sauf s'il y a fraude.

20. Conformité à la loi pertinente

Si une disposition de la présente police est en conflit avec les dispositions de la loi pertinente en vigueur dans la juridiction de délivrance (province de l'Ontario), cette disposition est modifiée de manière à se conformer aux exigences minimales de cette loi, si possible, et si cela est impossible, elle est retranchée du reste de la police sans incidence sur la validité des autres dispositions de la police.

21. Modification, renouvellement et expiration

- a. La présente police peut être modifiée à tout moment à la suite d'une entente écrite convenue entre l'Assureur et le Titulaire de la police.
- b. Les ententes écrites convenues entre l'Assureur et le Titulaire de la police avant et après les modifications apportées à la présente police demeurent en vigueur, sauf si elles sont annulées ou autrement modifiées par suite d'un consentement mutuel ou conformément aux dispositions des ententes.
- c. Le Titulaire de la police peut, à tout moment, annuler la présente police (conformément à l'*Amended Terminal Accounting Agreement* [Entente comptable finale modifiée]), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1990, et ses modifications, en faisant parvenir un avis d'annulation au siège social de l'Assureur, mais la date d'annulation ne doit pas être antérieure à 180 jours à compter de la date de réception d'un tel avis par l'Assureur, sauf si une date antérieure a été convenue par écrit entre l'Assureur et le Titulaire de la police.

- d. L'Assureur peut annuler la présente police à compter du dernier jour du mois suivant le premier anniversaire de la police si l'Assureur juge que moins de 25 % des membres admissibles sont assurés en vertu de la présente police. L'annulation doit être signifiée au Titulaire de la police sous la forme d'un avis écrit délivré au moins 180 jours précédant la date d'annulation.
- e. La présente police est renouvelée automatiquement pour une période d'un an à compter du jour de l'anniversaire de la police, sauf si le Titulaire de la police ou l'Assureur a signifié par écrit à l'autre partie l'annulation de la police conformément aux dispositions des paragraphes précédents.
- f. La modification, le renouvellement ou l'expiration de la présente police ne doit pas nécessiter le consentement du membre, d'une personne à sa charge, du bénéficiaire ou d'une autre personne, ni l'envoi d'un avis écrit à l'une de ces personnes.
- g. Seul le président, un vice-président principal, le secrétaire de la société ou un actuaire désigné, possède le pouvoir de modifier ou d'annuler la présente police au nom de l'Assureur. Aucun agent n'est autorisé à modifier le contenu de la présente police ou à résilier l'une de ces dispositions.
- h. Seul le président des SF RARM ou une autorité supérieure autorisée par le Titulaire de la police possède le pouvoir de modifier ou d'annuler la présente police au nom du Titulaire de la police. Aucun agent n'est autorisé à modifier le contenu de la présente police ou à résilier l'une de ces dispositions.

22. Examen médical et autopsie

L'Assureur a le droit, à ses frais, de faire examiner la personne dont la blessure ou la maladie constitue le fondement de la demande de prestation par un médecin de son choix, au moment et aussi souvent qu'il est raisonnablement nécessaire et d'ordonner une autopsie, sauf si la loi l'interdit.

23. Recours en justice

Aucune action en justice ou en équité ne doit être intentée afin d'obtenir règlement d'un sinistre en vertu de la présente police avant l'expiration du délai de 30 jours suivant la réception de la preuve écrite du sinistre conformément aux exigences de la présente police. Aucune action de ce genre ne doit être intentée après l'expiration du délai d'un an suivant la réception de la preuve écrite du sinistre conformément aux exigences de la présente police, ni plus de six ans après la date de survenance du sinistre pour lequel les primes doivent être versées, selon la première période expirée.

Si le délai prescrit dans la présente police pour ce qui concerne une action en justice ou en équité intentée afin d'obtenir règlement d'un sinistre en vertu de la présente police est inférieur à celui autorisé par la loi dans la province de compétence où réside le membre au moment du début de l'invalidité sur laquelle se fonde la demande de prestation, ou au décès du membre, ce délai est prolongé afin de se conformer au délai minimal autorisé par la loi.

24. Devises canadiennes

Toutes les primes payables en vertu de la présente police doivent être versées en devises canadiennes.

25. Non-résiliation des dispositions de la police

Si l'Assureur ne se prévaut pas d'une disposition de la présente police à un moment ou à un autre, cela ne doit pas conduire à la résiliation ou à la modification de ladite disposition, ni à la rendre inexécutable en tout autre temps.

26. Titulaire de la police non représentant de l'Assureur

Aux fins de la présente police, le Titulaire de la police n'est pas le représentant ou l'agent de l'Assureur et l'Assureur n'est pas le représentant ou l'agent du Titulaire de la police.

27. Contrat complet

La présente police, la demande du Titulaire de la police et, s'il y a lieu, les demandes individuelles des membres assurés et toutes ententes par écrit entre l'Assureur et le Titulaire de la police, en vigueur avant et après une modification à la présente police doivent constituer le contrat complet entre le Titulaire de la police et l'Assureur.

28. Aucune modalité de règlement après le 1^{er} avril 2001

Depuis le 1^{er} avril 2001, tout produit de l'assurance vie payé en vertu de la présente police n° 901102 doit être versé sous la forme d'un montant forfaitaire seulement.

29. Limite de couverture

En plus des limites particulières applicables à l'ACFT, au RATR, à la CAL et l'AML, l'assurance en vigueur sur la vie d'une personne en vertu de l'ACFT, du RATR, de la CAL et de l'AML ne peut, au total, dépasser 6400 000 \$.

30. Tarification annuelle personnalisée

À la date d'anniversaire de toute police, et en conformité des méthodes convenues entre le Titulaire de la police et l'Assureur concernant la « tarification personnalisée », l'Assureur peut déclarer un crédit d'expérience correspondant à un montant qu'il peut lui-même déterminer. Le montant correspondant à chaque crédit d'expérience que déclare l'Assureur sera laissé en garde chez l'Assureur et l'intérêt couru conformément aux règlements de l'Assureur concernant de tels dépôts en vigueur à ce moment, ou dans les 90 jours précédant l'envoi d'un avis par écrit du Titulaire de la police, sera remboursé au Titulaire de la police. Le paiement de tels crédits faits par l'Assureur au Titulaire de la police libère complètement l'Assureur de toute obligation à l'égard de la somme ainsi versée.

30A. Aucun chevauchement de la prestation de mutilation

- a. Lorsque le membre est couvert par le RAOG ou le RAOG Rés de la police du RARM n° 901102, il doit présenter une demande de règlement pour mutilation accidentelle dans le cadre d'un de ces régimes et il ne peut ni présenter une demande de prestation, ni recevoir des prestations en vertu de la police de mutilation accidentelle du RARM n° 906906 ou de toute disposition de l'AIP prévue par la police n° 901102.
- b. Lorsque le membre subit une mutilation accidentelle qui n'est pas attribuable au service militaire, selon la définition dans la police n° 906906, et qu'il n'est pas couvert par le RAOG ou le RAOG Rés de la police n° 901102, il doit présenter une demande de règlement pour mutilation accidentelle en vertu des dispositions de l'AIP de la police n° 901102 et il ne peut présenter une demande de règlement pour mutilation accidentelle dans le cadre de la police n° 906906.
- c. Lorsque le membre subit une mutilation accidentelle attribuable au service militaire, selon la définition dans la police n° 906906, et qu'il n'est pas couvert par le RAOG ou le RAOG Rés de la police n° 901102, il doit présenter une demande de règlement pour mutilation accidentelle en vertu de la police n° 906906 et il ne peut présenter une demande de règlement pour mutilation accidentelle en vertu des dispositions de l'assurance mutilation de la police n° 901102.
- d. Lorsqu'un membre est titulaire de plus d'une assurance de mutilation accidentelle aux termes d'au moins deux des régimes suivants : ACFT, RATR, RAOG ou RAOG Rés, il reçoit une prestation de mutilation selon le montant de couverture le plus élevé de toutes les couvertures dont il est titulaire. Dans tous les cas, on accorde à l'assuré une seule prestation par mutilation.

Lorsqu'un membre est titulaire de la CAL et de l'AML, pourvu que cette couverture ne dépasse pas le montant maximal de 600 000 \$, l'assurance de mutilation accidentelle dont il peut se prévaloir est le montant combiné de la couverture de mutilation prévue par les deux régimes.

PARTIE II(B) – ASSURANCE REVENU AUX SURVIVANTS (ARS)

La présente partie entre en vigueur le 1^{er} janvier 1999.

1. Admissibilité

L'Assurance revenu aux survivants (ARS) selon la présente partie est offerte seulement aux membres de la Force régulière ou aux réservistes en service de classe C des Forces canadiennes dans les cas suivants :

- a. le membre a des personnes à charge;
- b. le décès du membre est survenu le ou après le 1^{er} janvier 1999.

2. Comment un membre admissible devient-il assuré?

Le membre admissible doit avoir été couvert et avoir versé des primes en vertu de la partie II (A) le 1^{er} janvier 1999 ou avoir présenté une demande d'Exonération des primes, laquelle était en vigueur en vertu de la partie II(A) de la présente police le 1^{er} janvier 1999, afin d'être couvert selon la présente partie.

3. Prestations en cas du décès du membre

- a. Sur réception au siège social d'une attestation de décès en bonne et due forme précisant que le membre est décédé le ou après le 1^{er} janvier 1999 alors qu'il était assuré en vertu de la présente, l'Assureur versera des prestations d'ARS selon les dispositions de la présente police.
- b. L'Assureur a le droit d'exiger une attestation satisfaisante :
 - (i) que la personne ou les personnes qui ont droit aux prestations d'ARS ne sont pas admissibles aux autres prestations indiquées à l'article 7.a. de la présente partie; et
 - (ii) que toutes les preuves exigées en vue du versement de telles prestations ont été fournies; et
 - (iii) du montant de toute autre prestation payable.

4. Admissibilité à l'Assurance revenu aux survivants

Le bénéficiaire a droit aux prestations selon l'article 7 de la présente partie.

5. Versement des prestations

- a. Les prestations sont versées le dernier jour du mois civil suivant le mois pendant lequel le membre est décédé.

- b. Les prestations d'ARS sont versées au conjoint survivant du membre à perpétuité ou pendant dix ans, selon la période la plus longue. Dans l'éventualité du décès du conjoint survivant avant la fin de la période de garantie de dix ans, la valeur escomptée des prestations qui n'ont pas été versées pendant cette période seront versées à la succession du conjoint survivant.
- c. Sous réserve de l'article 5.d. de la présente partie, si le membre décédé n'a pas de conjoint de fait au moment de son décès, le conjoint survivant qui est séparé mais non divorcé du membre demeure le bénéficiaire de l'ARS. Les prestations seront versées au conjoint survivant séparé du membre à perpétuité ou pendant dix ans, selon la période la plus longue. Dans l'éventualité du décès du conjoint survivant séparé avant la fin de la période de garantie de dix ans, la valeur escomptée des prestations qui n'ont pas été versées pendant cette période seront versées à la succession du conjoint survivant séparé.
- d. Si le membre n'a pas de conjoint survivant ou de conjoint de fait au moment de son décès ou si le membre a rempli une désignation de bénéficiaire valide pour désigner les enfants à sa charge (selon la définition à la partie I, paragraphe 1.e. de la présente) comme les bénéficiaires de l'ARS, les enfants à sa charge qui répondent aux critères de la définition deviennent les bénéficiaires de l'ARS et les prestations en vertu de celle-ci seront versées collectivement aux enfants pendant un minimum de dix ans, au total. À la fin de cette période minimale de dix ans, les enfants du membre décédé qui ne répondent plus aux critères de la définition d'un enfant à charge (selon la définition à la partie I, paragraphe 1.e.), n'auront plus droit aux prestations selon la présente partie, mais les autres enfants continueront à recevoir des prestations, de façon collective, jusqu'à ce que le dernier d'entre eux ne soit plus un enfant à charge.
- e. Dans l'éventualité du décès d'un membre couvert par la présente qui ne laisse aucune personne à charge admissible, selon les dispositions de l'article 5, le Titulaire de l'assurance remboursera à la succession du membre toute prime que le membre a versée dans le but d'obtenir la présente couverture au moment où celui-ci n'avait aucune personne admissible à sa charge.

6. Montant des prestations

Le montant des prestations mensuelles est déterminé d'après la date du décès du membre conformément à l'article 7 de la présente. Aucune augmentation du coût de la vie ne sera appliquée conformément à la présente.

7. Montant de l'assurance

- a. Les prestations à verser au bénéficiaire selon l'article 5 de la présente seront équivalentes à 50 % de la solde mensuelle du membre au moment de son décès et seront réduites :

- (i) du montant de toute prestation versée au bénéficiaire en vertu de la Loi sur les pensions (y compris le montant des prestations versées aux personnes à charge);
 - (ii) du montant de toute rente de cotisant invalide versée au bénéficiaire en vertu de la Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes déterminé d'après la date du décès du membre. Sans limiter la généralité des dispositions précédentes, tout versement rétroactif au bénéficiaire selon l'article 5 de la présente, en vertu de la Loi sur les pensions ou de la Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes, sera inclus dans les calculs mentionnés dans la présente.
- b. Lorsque le membre reçoit des prestations d'invalidité prolongée aux termes de la présente et qu'une exonération des primes de l'ARS est en vigueur au moment de son décès, les prestations payables à l'un des bénéficiaires quelconques selon les dispositions de l'article 5 de la présente seront calculées d'après la solde mensuelle du membre à la date de sa libération des Forces canadiennes. Aux fins du calcul des prestations à verser selon la présente, la solde mensuelle du membre à la date de sa libération des Forces canadiennes est augmentée le 1^{er} janvier de chaque année, pendant la période qui s'étend depuis la date de sa libération des Forces canadiennes jusqu'à la date de son décès, en proportion à la hausse de l'Indice des prix à la consommation pendant cette période. Toutefois, cette hausse est arrondie au 1/4 de 1 % supérieur, sauf si elle correspond déjà à un multiple de cette valeur, et elle ne doit pas dépasser 2 % par année.

8. Subrogation

Si le décès du membre assuré donnant droit aux prestations en vertu de la présente partie est causé par un acte préjudiciable d'une tierce partie, le bénéficiaire subroge son droit à poursuivre une telle tierce partie à l'Assureur et convient d'exécuter tout document requis et de prendre toute mesure nécessaire pour parfaire la subrogation.

9. Remboursement de l'Assureur

Si, à la suite du décès du membre, la personne à charge survivante du membre présente une demande de prestation en vertu de la Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes ou la Loi sur les pensions, et que cette demande est refusée, les prestations prévues par la présente doivent être versées conformément aux dispositions de la présente partie. Toutefois, ces dernières seront versées à condition que le bénéficiaire et l'Assureur conviennent par écrit que si des prestations, rétroactives ou non, sont versées au bénéficiaire en vertu desdits textes de loi, celui-ci remboursera à l'Assureur la somme des prestations excédentaires selon les calculs du paragraphe 7.a. de la présente.

10. Transformation de la protection

Un membre peut transformer sa couverture d'ARS en Régime d'assurance collective facultative temporaire en tout temps, à condition de soumettre la demande d'adhésion exigée au Titulaire de la police ou à l'Assureur. Le membre peut transformer, sans preuve d'assurabilité, toute somme de la valeur de transformation de l'ARS jusqu'au montant maximal d'assurance prévu par le Régime d'assurance collective facultative temporaire.

11. Privilèges de transformation

Voir la partie I, paragraphe 9.

12. Couverture après la libération

Un membre dont l'ARS est discontinuée car il n'est plus membre à plein temps des Forces canadiennes (Force régulière) peut prolonger sa protection en souscrivant la Couverture après la libération selon les dispositions de la partie X de la présente police.

13. Prestation de décès pendant la période d'admissibilité au régime de Couverture après la libération

Voir la partie I, article 11.

14. Exonération des primes

La présente partie n'est assortie d'aucune exonération des primes.

15. Assurance maladie gros risques

La présente partie ne prévoit aucune Assurance maladie gros risques.

16. Cession

À moins d'avis contraire selon la loi, aucun conjoint ou enfant n'a le droit de céder, d'aliéner, de grever d'une charge ou de racheter une prestation d'ARS.

17. Preuve d'admissibilité

Chaque prestation mensuelle d'ARS sera versée à condition que le demandeur ou la personne qui présente la demande en son nom envoie une preuve d'admissibilité à l'Assureur, et ce, à la satisfaction de l'Assureur et selon les délais prescrits par celui-ci.

18. Limites et exclusions

Aucune.

PARTIE III (B)

RÉGIME D'ASSURANCE INVALIDITÉ PROLONGÉE (AIP)
APRÈS LE 30 NOVEMBRE 1999

SECTION 1

Dispositions générales

SECTION 2

Régime d'assurance invalidité prolongée pour les membres de la Force régulière

SECTION 3

Régime d'assurance invalidité prolongée pour les membres de la Force de réserve

SECTION 4

Régime d'assurance maladie gros risques

NOTA : La partie III (B) vise les membres des Forces canadiennes assurés qui ont été libérés des Forces après le 30 novembre 1999. La numérotation des dispositions de la partie III (B) n'est pas identique à celle d'autres parties de la police 901102. Les sections particulières de la partie III (B) sont numérotées de 1 à 65. Tout renvoi aux numéros de sections contenues dans la partie III (B) ne porte que sur les sections de la partie III (B).

Table des matières

SECTION I DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Définitions
2. Exigences relatives à l'adhésion
3. Entrée en vigueur de la protection
4. Cessation de la protection
5. Privilège de transformation
6. Exonération des primes
7. Renseignements requis
8. Tarification annuelle personnalisée
9. Certificat du membre
10. Service sans rémunération
11. Contestabilité
12. Conformité avec la loi pertinente
13. Modification, renouvellement et expiration
14. Examen médical
15. Recours en justice
16. Devises canadiennes
17. Titulaire de la police non représentant de l'Assureur
18. Contrat complet
19. Non-résiliation des dispositions de la police
- 19A. Aucun chevauchement de la prestation de mutilation

SECTION I
DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Définitions

Aux fins de la partie III (B), les termes suivants ont la signification qui leur est donnée ci-dessous :

- a. « Indice des prix à la consommation au Canada » (IPC) désigne l'indice moyen des prix à la consommation pour l'année en cause, tel que publié par Statistique Canada, et ce pour chaque mois de la période de 12 mois se terminant le 30 septembre de l'année précédente.
- b. « Personne à charge admissible » comprend :
 - (i) « Enfant à charge », à moins d'avis contraire, désigne un enfant qui :
 - (a) n'est pas marié et qui n'a pas un travail régulier à temps plein;
 - (b) n'est pas admissible à l'assurance en tant que membre en vertu de la présente police;
 - (c) est à la charge :
 - (1) d'un membre vivant;
 - (2) d'un membre vivant et :
 - (a) du conjoint ou de l'ex-conjoint du membre;
 - (b) d'un tuteur légal ou, en l'absence d'un tuteur légal, d'un parent du membre ou de son conjoint ou de son ex-conjoint;
 - (3) du conjoint ou de l'ex-conjoint du membre, d'un tuteur légal ou, en l'absence d'un tuteur légal, d'un parent du membre ou de son conjoint ou de son ex-conjoint, si le membre est décédé et que l'enfant était à sa charge immédiatement avant son décès.

La définition s'applique à partir de la naissance de l'enfant jusqu'à son 25^e anniversaire de naissance. Toutefois, aucune limite d'âge ne s'applique si l'enfant est à la charge complète et continue d'un des membres indiqués à l'alinéa 1.b. (iii) 1 à 3 ci-dessus et ne peut pourvoir à ses propres besoins en raison d'une maladie ou d'une affection entraînant une invalidité importante et que la profession médicale est en mesure de reconnaître.

- (ii) « Conjoint » désigne une personne mariée à un membre dans le cadre d'une cérémonie civile ou religieuse valide. Le conjoint d'un membre désigne aussi une personne à l'égard de laquelle le membre a produit une déclaration écrite établissant que cette personne est son conjoint. Le conjoint d'un membre désigne également une personne à l'égard de laquelle il peut être établi que celle-ci a habité continuellement avec le membre pendant un minimum de 12 mois consécutifs. Il incombe au membre de faire la preuve à l'Assureur qu'il existe une union de fait et que cette union a eu cours pendant la période prescrite. Si le membre a plus d'un conjoint répondant aux critères susmentionnés, seul le conjoint le plus récent sera considéré « à ce titre » pour les besoins de la présente police.

- c. « Preuve d'assurabilité » désigne notamment une attestation médicale d'assurabilité et une attestation des besoins financiers de l'assuré proposé.
- d. « Perte d'usage » désigne la perte totale et irrémédiable de l'usage.
- e. « Libération pour raisons de santé » désigne la cessation d'emploi militaire d'un membre des Forces canadiennes en vertu de l'article 15.01, numéro 3(a) ou 3(b) des Ordonnances et règlements royaux. Pour les besoins de la présente police, si, à la suite de la date de libération, le motif de libération est modifié au numéro 3(a) ou 3(b) de l'article 15.01 des Ordonnances et règlements royaux, cette modification n'a aucun effet.
- f. « Membre » désigne :
- (i) un membre des Forces canadiennes (Force régulière) qui satisfait aux dispositions d'admissibilité et aux exigences d'adhésion contenues dans la présente police ou
 - (ii) un membre en service de Première réserve de classe « A » qui est en service pendant de courtes périodes ne dépassant pas 16 jours consécutifs et qui est désigné par une autorité militaire comme étant en service de réserve de classe « A » ou
 - (iii) un membre en service de Première réserve de classe « B » de courte durée, qui est en service à plein temps pendant 180 jours ou moins et qui est désigné par une autorité militaire comme étant en service de réserve de classe « B » ou
 - (iv) un membre de la Force de réserve (Première réserve) en service de réserve de classe « B » de longue durée, qui est en service à plein temps pendant plus 180 jours consécutifs et qui est désigné par une autorité militaire comme étant en service de réserve de classe « B » ou
 - (v) un membre de la Force de réserve en service de réserve de classe « C », qui est en service à plein temps dans la Force régulière des Forces canadiennes et qui est désigné par une autorité militaire comme étant en service de réserve de classe « C ».
- g. (i)a Dans le cas des membres définis à l'alinéa 1.f.(i), « solde mensuelle » désigne le taux de rémunération en vigueur à la date de la libération des Forces canadiennes et inclut toutes les augmentations rétroactives de rémunération prenant effet au plus tard à la date de libération des Forces canadiennes.
- (i)b Dans le cas des membres définis à l'alinéa 1.f.(v), « solde mensuelle » désigne le taux de rémunération en vigueur au moment où la blessure ou la maladie est survenue.
- (ii) Dans le cas des membres définis à l'alinéa 1.f.(iv), « solde mensuelle calculée » désigne le taux quotidien de rémunération de la Force de réserve en vigueur au moment où la blessure ou la maladie est survenue, équivalant au taux journalier de rémunération du membre à la date de sa libération des Forces canadiennes multiplié par 30 jours.
- (iii) « Solde annuelle » désigne le taux annuel de rémunération du membre versé selon les échelles prescrites dans les tableaux de solde du personnel de la Force régulière. Lorsque le membre est en période de service sans solde, tel qu'accordé par une autorité militaire compétente des Forces canadiennes, le taux de rémunération sera celui en vigueur au dernier jour de service avec solde du membre précédant immédiatement ladite période de service sans solde.

- (iv) Dans le cas des membres définis à l'alinéa 1.f.(i) et à l'alinéa 1.f.(v), « solde équivalente » signifie, aux fins du calcul de l'avantage, que la solde minimale d'un soldat ou d'un élève-officier sera le taux de solde de l'échelon supérieur d'un soldat du groupe de solde normalisée.
- h. (i) Un membre défini à l'alinéa 1.f.(ii) et à l'alinéa 1.f.(iii) est considéré « en service » pendant l'exécution du service de réserve pour lequel le membre est admissible à une rémunération, y compris :
 - a) L'instruction ou le service lié à la Force de réserve dispensé dans un quartier général local notamment pour les défilés, les démonstrations ou les exercices locaux, y compris le temps de déplacement requis pour se rendre directement à l'endroit où se déroulent les activités et pour en revenir. Le temps de déplacement sera considéré comme étant immédiatement avant et immédiatement après la durée de service requise.
 - b) L'instruction ou le service lié à la Force de réserve dispensé à un endroit autre que celui qui est désigné. Le membre est considéré « en service » de réserve lorsqu'il se rend directement à l'endroit de service ou lorsqu'il en revient, pendant l'exécution des activités autorisées à l'endroit où est dispensé le service.
 - c) Les périodes continues de service de réserve. Dans ce cas, la protection « en service » correspond à une protection complète, 24 heures sur 24, à condition que le membre soit autorisé à exécuter ce service et que lui soit versée la solde admissible pour un tel service continu.
- (ii) Le membre en service de réserve défini à l'alinéa 1.f.(iv) est considéré « en service » 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.
- i. « *Loi sur les pensions* » désigne la *Loi sur les pensions*, L.R.C. 1970, chapitre 207, et ses modifications.
- j. « Rente de cotisant invalide » désigne, en vertu du Régime des pensions du Canada (RPC) ou du Régime des rentes du Québec (RRQ), la rente versée uniquement au membre.
- k. « Titulaire de la police » désigne le Chef d'état-major de la Défense pour les Forces canadiennes.
- l. « Invalidité totale » signifie que la personne a été libérée des Forces canadiennes et qu'il existe des preuves médicales claires et objectives qui confirment, à la satisfaction de l'Assureur, que la personne est frappée d'invalidité par suite d'un handicap physique ou mental actif que la profession médicale est en mesure de reconnaître et qui empêche cette personne de remplir toute tâche ou d'occuper tout emploi effectivement rémunérateur auquel ses études, sa formation ou son expérience l'ont préparée.
- m. Aux termes de la présente police, les noms ou pronoms masculins englobent le féminin.

n. « Enfant », dans la présente police, désigne :

- (vi) un enfant naturel d'un membre, y compris un enfant mort-né. Enfant mort-né s'entend de tout fœtus qui, après avoir été entièrement expulsé ou extrait de sa mère, ne montre aucune respiration, aucun battement du cœur, aucune pulsation du cordon ombilical ni aucun mouvement non équivoque d'un muscle volontaire,
 - (1) dont l'expulsion ou l'extraction survient après une grossesse d'au moins 20 semaines ou
 - (2) qui pèse 500 grammes ou plus;
- (vii) un enfant à charge du conjoint du membre;
- (viii) un enfant adopté légalement par le membre;
- (ix) un enfant pour lequel le membre tient lieu de parent en vertu d'une ordonnance d'un tribunal ou d'une autorité gouvernementale.

2. Exigences relatives à l'adhésion

Sauf si la protection est automatiquement prévue dans la présente police, un membre admissible peut faire une demande d'adhésion en remplissant les documents suivants et en les transmettant au Titulaire de la police ou à l'Assureur :

- a. le formulaire de demande d'adhésion au régime d'AIP pour lui-même et
- b. une délégation du solde indiquant le montant de la prime requise ou toute autre forme de paiement ou de formule acceptable pour l'Assureur et le Titulaire de la police et
- c. une preuve d'assurabilité du membre, à la satisfaction de l'Assureur et sans frais engagé par l'Assureur.

3. Entrée en vigueur de la protection

La protection d'assurance demandée par le membre en vertu de l'article 2 entre en vigueur à la plus récente des deux dates suivantes :

- (i) si une preuve d'assurabilité est requise, à la date d'approbation par l'Assureur; ou
- (ii) la date à laquelle le membre satisfait aux exigences d'adhésion précisées à l'article 2.

4. Cessation de la protection

La protection d'assurance du membre cesse à la plus récente des dates suivantes :

- a. la date à laquelle l'Assureur ou le Titulaire de la police accuse réception d'un avis que le membre a retiré son autorisation de paiement des primes requises;
- b. la date d'expiration de la police;

- c. la fin de la période pour laquelle les primes ont été payées;
- d. la date et l'heure à partir desquelles le membre de la Première réserve en service de réserve de classe « A » ou de classe « B » cesse d'être « en service »;
- e. la date à laquelle le membre en service de réserve de classe « C » termine son contrat de classe « C »;
- f. la date à laquelle le membre est libéré des Forces canadiennes;
- g. la date à laquelle l'Assureur ou le Titulaire de la police reçoit une demande écrite du membre pour mettre fin à la protection.

5. Privilège de transformation

La présente police n'est assortie d'aucun privilège de transformation.

6. Exonération des primes

La présente police n'est assortie d'aucune exonération des primes.

7. Renseignements requis

- a. Le Titulaire de la police doit fournir à l'Assureur tous les renseignements disponibles que l'Assureur pourrait exiger pour lui permettre d'administrer l'assurance, d'évaluer les demandes et d'établir les primes à verser.
- b. Dans le cas des membres définis à l'alinéa 1.f.(i), le Titulaire de la police ou l'Assureur doit tenir un dossier d'assurance suffisant pour permettre d'établir la situation au point de vue de l'assurance de chaque personne assurée en vertu de la présente police.
- c. L'Assureur doit être en mesure, à tout moment raisonnable, d'inspecter tous les dossiers du Titulaire de la police concernant la présente police ou toute autre assurance en vertu de la présente police, et vice versa.
- d. Une erreur administrative ne doit pas porter préjudice aux droits de l'Assureur.

8. Tarification annuelle personnalisée

À la date d'anniversaire de toute police, et en conformité avec les méthodes convenues entre le Titulaire de la police et l'Assureur concernant la « tarification personnalisée », l'Assureur peut déclarer un crédit d'expérience correspondant à un montant qu'il peut lui-même déterminer. Le montant correspondant à chaque crédit d'expérience que déclare l'Assureur sera laissé en garde chez l'Assureur et l'intérêt couru conformément aux règlements de l'Assureur concernant de tels dépôts en vigueur à ce moment, ou dans les 90 jours précédant l'envoi d'un avis par écrit du Titulaire de la police, seront remboursés au Titulaire de la police. Le paiement de tels crédits que fait l'Assureur au Titulaire de la police libère complètement l'Assureur de toute obligation à l'égard de la somme ainsi versée.

9. Certificat du membre

Les certificats ne sont pas délivrés aux membres assurés.

10. Service sans rémunération

- a. Un membre défini à l'alinéa 1.f.(i) en période autorisée de service sans rémunération peut être assuré ou demeuré assuré en vertu du régime d'assurance invalidité prolongée sous réserve des dispositions de la présente police. Ce membre doit verser les primes requises tel que le prescrit le Titulaire de la police.
- b. Un membre défini à l'alinéa 1.f.(iv) ou à l'alinéa 1.f.(v) en période autorisée de service sans rémunération au titre d'un congé de maternité ou parental et qui a accumulé six mois de service continu à plein temps immédiatement avant le début d'un tel congé conserve sa protection en vertu du régime d'assurance invalidité prolongée pendant la période pertinente de congé de maternité ou parental qui a été autorisée par les autorités militaires.

11. Contestabilité

Si la protection d'assurance est en vigueur depuis une période de deux ans pendant la vie de la personne assurée, tout défaut de divulguer un fait important ou toute fausse déclaration quant au risque ne peut entraîner l'annulation de la police, sauf s'il y a fraude.

12. Conformité avec la loi pertinente

Si une disposition de la présente police est en conflit avec les dispositions de la loi pertinente en vigueur dans la juridiction de délivrance (province de l'Ontario), cette disposition est modifiée de manière à se conformer aux exigences minimales de cette loi, si possible, et si cela est impossible, elle est retranchée du reste de la police sans incidence sur la validité des autres dispositions de la police.

13. Modification, renouvellement et expiration

- a. La présente police peut être modifiée à tout moment à la suite d'une entente écrite convenue entre l'Assureur et le Titulaire de la police.
- b. Les ententes écrites convenues entre l'Assureur et le Titulaire de la police avant et après les modifications apportées à la présente police demeurent en vigueur, sauf si elles sont annulées ou autrement modifiées par suite d'un consentement mutuel ou conformément aux dispositions des ententes.
- c. Le Titulaire de la police peut, à tout moment, annuler la présente police [conformément à l'*Amended Terminal Accounting Agreement* (Entente comptable finale modifiée), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1990, et ses modifications] en faisant parvenir un avis d'annulation au siège social de l'Assureur, mais la date d'annulation ne doit pas être antérieure à 180 jours à compter de la date de réception d'un tel avis par l'Assureur, sauf si une date antérieure a été convenue par écrit entre l'Assureur et le Titulaire de la police.

- d. L'Assureur peut annuler la présente police (conformément à l'*Amended Terminal Accounting Agreement*, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1990, et ses modifications) à compter du dernier jour du mois suivant le premier anniversaire de la police. L'annulation doit être signifiée au Titulaire de la police sous la forme d'un avis écrit délivré au moins 180 jours précédant la date d'annulation.
- e. La présente police est renouvelée automatiquement pour une période d'un an à compter du jour de l'anniversaire de la police, sauf si le Titulaire de la police ou l'Assureur a signifié par écrit à l'autre partie l'annulation de la police conformément aux dispositions des paragraphes précédents.
- f. La modification, le renouvellement ou l'expiration de la présente police ne doit pas nécessiter le consentement du membre, d'une personne à sa charge, du bénéficiaire ou d'une autre personne, ni l'envoi d'un avis écrit à l'une de ces personnes.
- g. Seul le président, un vice-président principal, le secrétaire de la société ou un actuaire désigné, possède le pouvoir de modifier ou d'annuler la présente police au nom de l'Assureur. Aucun agent n'est autorisé à modifier le contenu de la présente police ou à résilier l'une de ces dispositions.
- h. Seul le président du RARM ou une autorité supérieure autorisée par le Titulaire de la police possède le pouvoir de modifier ou d'annuler la présente police au nom du Titulaire de la police. Aucun agent n'est autorisé à modifier le contenu de la présente police ou à résilier l'une de ces dispositions.

14. Examen médical

L'Assureur a le droit, à ses frais, de faire examiner la personne dont la blessure ou la maladie constitue le fondement de la demande de prestation par un médecin de son choix, au moment et aussi souvent qu'il est raisonnablement nécessaire.

15. Recours en justice

- a. Aucune action en justice ou en équité ne doit être intentée afin d'obtenir règlement d'un sinistre en vertu de la présente police avant l'expiration du délai de 30 jours suivant la réception de la preuve écrite du sinistre conformément aux exigences de la présente police. Aucune action de ce genre ne doit être intentée après l'expiration du délai d'un an suivant la réception de la preuve écrite du sinistre conformément aux exigences de la présente police, ni plus de six ans après la date de survenance du sinistre pour lequel les primes doivent être versées, selon la première période expirée.
- b. Si le délai prescrit dans la présente police pour ce qui concerne une action en justice ou en équité intentée afin d'obtenir règlement d'un sinistre en vertu de la présente police est inférieur à celui autorisé par la loi dans la province de compétence où réside le membre au moment du début de l'invalidité sur laquelle se fonde la demande de prestation, ou au décès du membre, ce délai est prolongé afin de se conformer au délai minimal autorisé par la loi.

16. Devises canadiennes

Toutes les primes payables en vertu de la présente police doivent être versées en devises canadiennes.

17. Titulaire de la police non représentant de l'Assureur

Pour les besoins de la présente police, le Titulaire de la police n'est pas le représentant ou l'agent de l'Assureur et l'Assureur n'est pas le représentant ou l'agent du Titulaire de la police.

18. Contrat complet

La présente police, la demande du Titulaire de la police et, s'il y a lieu, les demandes individuelles des membres assurés et toutes ententes par écrit entre l'Assureur et le Titulaire de la police, en vigueur avant et après une modification à la présente police, doivent constituer le contrat complet entre le Titulaire de la police et l'Assureur.

19. Non-résiliation des dispositions de la police

Si l'Assureur ne se prévaut pas d'une disposition de la présente police à un moment ou à un autre, cela ne doit pas conduire à la résiliation ou à la modification de ladite disposition, ni à la rendre non exécutoire en tout autre temps.

19A. Aucun chevauchement de la prestation de mutilation

- e. Lorsque le membre est couvert par le Régime d'assurance des officiers généraux (RAOG) ou le Régime d'assurance des officiers généraux de la Réserve (RAOG Rés) de la police du RARM n° 901102 (« Police n° 901102 »), il doit présenter une demande de règlement pour mutilation accidentelle dans le cadre d'un de ces régimes et il ne peut ni présenter une demande de prestation, ni recevoir des prestations en vertu de la police de mutilation accidentelle du RARM n° 906906 (« Police n° 906906 ») ou de toute disposition de l'Assurance invalidité prolongée (AIP) prévue par la police n° 901102.
- f. Lorsque le membre subit une mutilation accidentelle qui n'est pas attribuable au service militaire, selon la définition dans la police n° 906906, et qu'il n'est pas couvert par le RAOG ou le RAOG Rés de la police n° 901102, il doit présenter une demande de règlement pour mutilation accidentelle en vertu des dispositions de l'AIP de la police n° 901102 et il ne peut présenter une demande de règlement pour mutilation accidentelle dans le cadre de la police n° 906906.
- g. Lorsque le membre subit une mutilation accidentelle attribuable au service militaire, selon la définition dans la police n° 906906, et qu'il n'est pas couvert par le RAOG ou le RAOG Rés de la police n° 901102, il doit présenter une demande de règlement pour mutilation accidentelle en vertu de la police n° 906906 et il ne peut présenter une demande de règlement pour mutilation accidentelle en vertu des dispositions de l'assurance mutilation de la police n° 901102.

SECTION 2

RÉGIME D'ASSURANCE INVALIDITÉ PROLONGÉE (AIP) POUR LES MEMBRES DE LA

FORCE RÉGULIÈRE ET DE LA FORCE DE RÉSERVE DE CLASSE « C »

20. Admissibilité
21. Comment un membre admissible devient-il assuré?
22. Admissibilité aux prestations
23. Montant des prestations de revenu mensuelles
24. Autres sources de revenu
25. Durée des prestations
26. Subrogation
27. Limites et exceptions
28. Programme de réadaptation et revenus d'emploi
29. Prolongation de la protection
30. Versement de l'indemnité de mutilation
31. Montant des prestations de revenu mensuelles - mutilation
32. Tableau des prestations – mutilation
33. Limites et exceptions – mutilation
34. Cession
35. Remboursement de l'Assureur
36. Preuve de sinistre
37. Versement des prestations relatives au sinistre

38. Assurance maladie gros risques

SECTION 2
Régime d'assurance invalidité prolongée (AIP) -
Membres de la Force régulière et de la Force de réserve de classe « C »

20. Admissibilité

En vertu de la présente section 2, seuls sont admissibles au régime d'assurance invalidité prolongée les membres suivants des FC :

- a. les membres définis à l'alinéa 1.f.(i) – (Force régulière) et
- b. les membres définis à l'alinéa 1.f.(v) – (Force de réserve – Classe « C »).

21. Comment un membre admissible devient-il assuré?

Un membre admissible devient assuré en vertu de la présente section 2 comme suit :

- a. Dans le cas d'un membre de la Force régulière qui s'est joint aux Forces canadiennes le 1^{er} avril 1982 ou après, la couverture est automatique et est maintenue sous réserve des dispositions de la section 4. Aucune demande n'est requise.
- b. Dans le cas d'un membre de la Force régulière qui s'est joint aux Forces canadiennes avant le 1^{er} avril 1982, et qui est couvert par l'AIP en vertu de la police 901102 le 30 novembre 1999, la couverture est automatique et est maintenue sous réserve des dispositions de la section 4. Aucune demande n'est requise.
- c. Dans le cas d'un membre de la Force de réserve en service de réserve de classe « C », la couverture est automatique et commence le premier jour de chaque période de service de réserve de classe « C » ultérieure au 30 novembre 1999 et elle est maintenue sous réserve des dispositions de la section 4 jusqu'à la fin de chaque période de service de classe « C ». Aucune demande n'est requise.
- d. Dans des circonstances autres que celles décrites ci-dessus, lorsque le membre adhère au régime d'AIP conformément aux sections 2 et 3.

22. Admissibilité aux prestations

- a. Un membre assuré est admissible à des prestations mensuelles pendant une période initiale de vingt-quatre mois, à partir du jour suivant la date de sa libération des Forces canadiennes, si :
 - (i) le membre assuré est libéré des Forces canadiennes le ou après le 1^{er} décembre 1999 pour des raisons de santé et
 - (ii) il existe des preuves médicales claires et objectives qui confirment, à la satisfaction de l'Assureur, qu'au moment de sa libération, le membre assuré est frappé d'un handicap physique ou mental actif que la profession médicale est en mesure de reconnaître.

- b. Si le membre assuré a reçu des prestations mensuelles en vertu du paragraphe 22.a., le membre doit être frappé d'invalidité totale telle qu'elle est définie au paragraphe 1(*l*). pour pouvoir continuer de recevoir des prestations après la période initiale de 24 mois.
- c. Si le membre assuré est libéré des Forces canadiennes pour des raisons autres que médicales, il pourra être admissible à des prestations mensuelles, s'il est frappé d'invalidité totale, telle qu'elle est définie au paragraphe 1(*l*), pendant une période de treize semaines consécutives ou plus, et s'il a été libéré des Forces canadiennes alors qu'il était encore frappé d'invalidité totale.

23. Montants des prestations de revenu mensuelles

- a. Sous réserve de l'alinéa 1.g.(iv) et de l'article 24, les prestations mensuelles équivalent à 75 % de la solde mensuelle du membre à la date de libération des Forces canadiennes ou, dans le cas d'un membre en service de réserve de classe « C », à 75 % de la solde mensuelle en vigueur au moment où la blessure est survenue ou que la maladie a été contractée.
- b. Les prestations pour une partie du mois sont calculées proportionnellement au nombre de jours d'un mois de 30 jours.
- c. Les prestations sont indexées à compter du 1^{er} janvier de chaque année. L'indexation est proportionnelle à la hausse de l'Indice des prix à la consommation (IPC) à partir de la date du début du versement des prestations. La hausse des prestations est arrondie au 1/4 de 1 % supérieur, sauf si elle correspond déjà à un multiple de cette valeur, et elle ne doit pas dépasser 2 % par année.

24. Autres sources de revenu

- a. Le montant de la prestation mensuelle versée selon l'article 23 doit être réduit du total des montants suivants :
 - (i) de la prestation de revenu mensuelle versée au membre en vertu de la Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes; et
 - (ii) de la prestation de revenu mensuelle versée au membre en vertu du Régime des pensions du Canada ou de la Régie des rentes du Québec (y compris les versements rétroactifs pour la période pendant laquelle ces prestations ont été financées en vertu de la présente section 2); et
 - (iii) du revenu d'emploi du membre, sauf si ce dernier participe à un programme de réadaptation approuvé par l'Assureur auquel cas la prestation mensuelle sera réduite conformément aux dispositions de l'article 28; et
 - (iv) de la prestation de revenu mensuelle totale versée au membre en vertu de la *Loi sur les pensions* (y compris les indemnités de personnes à charge et les versements rétroactifs pour la période pendant laquelle ces prestations ont été financées en vertu de la présente section 2).
- b. Pour les besoins du paragraphe 24.a., toute hausse du coût de la vie dans les prestations de revenu mensuelles provenant des sources indiquées ne doit pas être assujettie à la prestation de revenu mensuelle versée en vertu de la police.

25. Durée des prestations

- a. Sous réserve du paragraphe 22.a., un membre assuré qui est libéré des Forces canadiennes pour des raisons médicales est admissible aux prestations à compter du jour suivant la date de sa libération des Forces canadiennes. Les prestations sont versées à tous les mois ou partie de mois jusqu'à concurrence d'une période de 24 mois ou jusqu'au 65^e anniversaire du membre, selon la première éventualité. En cas de décès du membre, la prestation mensuelle est versée pour la totalité du mois au cours duquel le décès est survenu.
- b. Sous réserve du paragraphe 22.c., un membre assuré qui est libéré des Forces canadiennes pour des raisons autres que médicales est admissible aux prestations à compter du jour suivant la date de sa libération des Forces canadiennes. Les prestations sont versées à tous les mois ou partie de mois au cours duquel le membre est atteint d'invalidité totale ou jusqu'au 65^e anniversaire du membre, selon la première éventualité. En cas de décès du membre, la prestation mensuelle est versée pour la totalité du mois au cours duquel le décès est survenu. L'Assureur se réserve le droit de demander une preuve de continuité de l'invalidité qui le satisfait et sans frais pour l'Assureur.
- c. Dans le cas d'un membre qui reçoit des prestations en vertu du paragraphe 25.a., qui n'a pas 65 ans et qui est frappé d'invalidité totale, les prestations peuvent être versées pendant une période supérieure à 24 mois, à tous les mois ou partie de mois tant que le membre est frappé d'invalidité totale ou jusqu'au 65^e anniversaire du membre, selon la première éventualité. En cas de décès du membre, la prestation mensuelle est versée pour la totalité du mois au cours duquel le décès est survenu. L'Assureur se réserve le droit de demander une preuve de continuité de l'invalidité totale qui le satisfait et sans frais pour l'Assureur.

26. Subrogation

Si la blessure ou la maladie donnant droit aux prestations en vertu de la présente section 2 est causée par un acte d'une tierce partie donnant ouverture à une poursuite civile, le membre assuré subroge son droit de poursuivre une telle tierce partie à l'Assureur et convient d'exécuter tout document requis pour parfaire la subrogation.

27. Limites et exceptions

- a. Aucune prestation n'est versée pendant une partie d'une période quelconque au cours de laquelle le membre n'est pas traité par un médecin ou par un spécialiste reconnu autre que lui-même. Le membre devra être traité par un spécialiste autorisé s'il a besoin de traitement à cause de sa condition. Le membre est responsable de fournir des preuves à l'effet qu'il est traité par un médecin ou un spécialiste autorisé, ou encore, il doit prouver que la blessure ou la maladie n'exige pas des soins ou des traitements continus d'un médecin ou d'un spécialiste reconnu.
- b. Lorsque la blessure ou la maladie du membre n'exige pas que celui-ci soit examiné périodiquement par un médecin reconnu qui le traite, l'Assureur peut exiger que le membre se fasse examiner par le médecin en question ou par un autre médecin de son choix, aussi souvent que l'Assureur le juge nécessaire pour fournir au membre le meilleur traitement possible et/ou

pour évaluer l'état de ce dernier. Si le membre n'accepte pas de se faire examiner à la demande de l'Assureur, ce dernier aura le droit de suspendre le versement de toute prestation jusqu'à ce que l'examen du membre ait été effectué et que le rapport de cet examen soit soumis à l'Assureur. Aucune disposition de cette section n'empêche l'Assureur de cesser de verser des prestations au membre une fois qu'il ait été examiné si l'examen révèle que le membre n'est plus admissible aux prestations en vertu de l'article 22 de la présente police.

- c. Le membre n'est pas couvert dans les cas suivants :
 - (i) à la suite d'une blessure ou d'une maladie résultant de la participation du membre à un acte criminel; ou
 - (ii) à la suite d'une blessure volontaire ou d'une tentative d'autodestruction volontaire tandis que le membre était sain d'esprit ou non; ou
 - (iii) à la suite d'une blessure ou d'une maladie survenant au cours des 12 premiers mois suivant le début de la couverture et pour laquelle le membre a déjà consulté un médecin au cours des six mois précédant immédiatement la date à laquelle il a adhéré au régime.
- d. Aucune prestation n'est versée à une personne assurée âgée de plus de 65 ans.
- e. Aucune prestation n'est versée au membre des Forces canadiennes si le motif de libération est modifié au paragraphe 3(a) ou 3(b) de l'article 15.01 des Ordonnances et règlements royaux après sa libération des Forces canadiennes, à moins que cette modification n'ait lieu dans les 12 mois suivant la date de libération du membre et que le changement ne soit lié à une condition psychiatrique ou psychologique.
- f. Aucune prestation n'est versée à une personne assurée qui présente une demande de prestations en vertu de cette police plus de 120 jours à la suite de sa date de libération des Forces canadiennes.
- g. Aucune indemnisation d'invalidité totale ne sera versée à moins qu'il n'existe des preuves claires et objectives qui confirment, à la satisfaction de l'Assureur, que la personne est frappée d'invalidité par suite d'un handicap physique ou mental actif que la profession médicale est en mesure de reconnaître et qui empêche cette personne de remplir toute tâche ou d'occuper tout emploi effectivement rémunérateur auquel ses études, sa formation ou son expérience l'ont préparée.
- h. Aucune prestation ne sera versée à une personne qui a subi une blessure ou contracté une maladie avant le 30 novembre 1999, période pendant laquelle une exception de souscription médicale était en vigueur en vertu de la partie III (A) de cette police.

28. Programme de réadaptation et revenus d'emploi

Un membre qui reçoit une prestation mensuelle est encouragé à participer à un programme approuvé de réadaptation. Si un membre touche un revenu pendant qu'il participe à un programme de réadaptation approuvé par l'Assureur, il verra ses prestations réduites de 50 % du revenu d'emploi ou de 50 cents pour chaque dollar reçu jusqu'à ce que le revenu total du membre, provenant de toutes sources, atteigne 100 % de sa solde mensuelle au moment de la libération ou, dans le cas d'un membre de la Force de réserve de classe « C », la solde mensuelle en vigueur au moment où la blessure est

survenue ou que la maladie a été contractée, ajustée à sa valeur actuelle en appliquant l'IPC pour chaque année pendant laquelle les prestations sont versées. Par la suite, les prestations du membre sont réduites d'un dollar pour chaque dollar reçu.

29. Prolongation de la protection

- a. Dans le cas d'un membre considéré comme atteint d'invalidité totale, l'Assureur doit garantir une prolongation de la protection, d'une durée de 36 mois, suivant le dernier versement des prestations de revenu mensuelles. La prolongation doit commencer à compter de la plus récente des dates suivantes :
 - (i) la date à laquelle la prestation de revenu mensuelle à verser en vertu de la section 2 est de zéro; ou
 - (ii) la date à laquelle le membre n'est plus atteint d'invalidité totale.
- b. Si le membre était admissible à des prestations d'un régime d'assurance maladie gros risques en vertu de la section 4, au début et pendant toute la durée du sinistre, il demeure admissible à ces prestations pendant la période de prolongation de la protection. Si, pendant la période de 36 mois, le membre est frappé d'une invalidité totale résultant de la cause pour laquelle les prestations étaient versées initialement, la prestation sera rétablie conformément aux dispositions de l'article 23.
- c. Aucune prestation de revenu mensuelle ne sera versée en vertu de la prolongation de protection si la cause est distincte et sans relation avec celle du sinistre initial.

ASSURANCE INVALIDITÉ PROLONGÉE - INDEMNITÉ DE MUTILATION

30. Versement de l'indemnité de mutilation

- a. En vertu de la présente section 2, l'indemnité de mutilation fait partie intégrante des prestations susceptibles d'être versées; toutefois, si le membre est admissible à des prestations mensuelles en vertu de l'article 22, et a subi une perte telle que décrite à l'article 32, les modalités des articles 30 à 33 auront préséance pour les besoins des indemnités. Si le membre n'est pas admissible pour des motifs précisés à l'article 33, les modalités de l'article 22 s'appliquent alors.
- b. Sur réception d'une attestation que le membre assuré a subi une mutilation en raison d'un accident dans les 365 jours suivant un accident, et qu'il a été libéré des Forces canadiennes, l'Assureur versera une prestation de revenu mensuelle au membre pendant une période fixe selon les modalités de l'article 32 ou jusqu'à son décès, selon la première éventualité. Le membre doit être libéré dans les trois (3) ans suivant la date de l'accident. Aucune prestation n'est versée pendant les 13 premières semaines suivant la date à laquelle l'accident est survenu.
- c. Si aucune prestation de revenu mensuelle n'est prévue en vertu du paragraphe 30.a. ou si une prestation de revenu mensuelle a été versée pendant une période fixe établie à l'article 32, la demande doit alors être évaluée davantage en vertu de l'article 22, compte tenu des prestations déjà versées et de la période pendant laquelle elles ont été versées.

31. Montant des prestations de revenu mensuelles - mutilation

Le montant de la prestation de revenu mensuelle en cas de mutilation est calculé conformément aux modalités de l'article 23; aux fins du calcul de la prestation en vertu de la présente section, l'alinéa 24.a.(iii) ne s'applique pas à la période fixe pertinente de l'article 32.

32. Tableau des prestations – mutilation

- a. Les prestations seront versées dans les cas suivants :

<u>Perte</u>	<u>Période fixe de prestations</u>
dés deux mains ou des deux pieds	36 mois
d'une main et d'un pied	36 mois
de la vue dans les deux yeux	36 mois
d'une main ou d'un pied et de la vue dans un œil	36 mois
de l'ouïe ou de la parole	36 mois
d'une main ou d'un pied	24 mois
de la vue dans un œil	12 mois
du pouce et de l'index de la même main	12 mois

- b. Le terme « perte » tel qu'utilisé plus haut signifie également la perte totale et irrémédiable.
- c. L'expression « perte de la vue » signifie la perte totale et irrémédiable de la vue.
- d. Si le membre subit plus d'une des pertes ci-dessus lors du même accident, seulement une période de prestations s'appliquera, soit la période la plus longue.

33. Limites et exceptions - mutilation

Aucune prestation de mutilation ne sera versée dans les cas suivants :

- a. la mutilation résulte de la participation du membre à un acte criminel; ou
- b. le membre s'est infligé une blessure volontaire ou a tenté l'autodestruction tandis qu'il était sain d'esprit ou non; ou
- c. la mutilation résulte d'un accident survenu avant l'adhésion du membre à cette police; ou
- d. il s'agit d'un membre qui a quitté les Forces canadiennes volontairement ou qui s'est retiré des Forces canadiennes à l'âge de retraite obligatoire; ou
- e. la mutilation est survenue avant le 1^{er} décembre 1999, au moment où le membre n'était pas couvert par l'AIP sous la section III(A) en vertu du régime n° 901102 en vigueur le 30 novembre 1999.

DISPOSITIONS CONCERNANT LES PRESTATIONS D'INVALIDITÉ PROLONGÉE ET L'INDEMNITÉ DE MUTILATION

34. Cession

Aucun membre n'a le droit de céder, d'aliéner, de grever d'une charge ou de racheter une prestation de revenu mensuelle.

35. Remboursement de l'Assureur

Si la demande de prestation d'un membre en vertu de la *Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes*, du Régime de pensions du Canada, du Régime des rentes du Québec ou de la *Loi sur les pensions*, est refusée, les prestations en vertu de la présente protection doivent être versées conformément aux dispositions de la présente section 2, à condition que le membre convienne par écrit que s'il reçoit subséquemment des prestations en vertu desdits textes de loi, il remboursera à l'Assureur la somme des prestations versées en vertu de la présente protection excédant les prestations qu'il recevrait autrement.

36. Preuve de sinistre

- a. Une preuve écrite du sinistre qui satisfait l'Assureur, précisant la date de l'accident, sa nature et l'étendue de la perte pour laquelle est faite la demande de prestation, doit être fournie à l'Assureur dans les 120 jours suivant la date à laquelle le membre est libéré des Forces canadiennes. Sur réception de cette preuve, à la satisfaction de l'Assureur, celui-ci peut commencer à verser les prestations.
- b. Une preuve écrite de la continuité du sinistre doit être fournie à l'Assureur, au moment et aussi souvent qu'il est raisonnablement nécessaire, et ce, sans frais pour l'Assureur.
- c. L'Assureur a le droit d'exiger, au titre de la preuve du sinistre, une attestation satisfaisante :
 - (i) que le membre n'est pas admissible aux prestations mentionnées à l'article 24 ou qu'il en a fait la demande; et
 - (ii) qu'il a fourni toutes les preuves requises en vue de recevoir ces prestations; et
 - (iii) du montant de telles prestations à verser.

37. Versement des prestations relatives au sinistre

- a. Les prestations payables en vertu de la présente section 2 sont versées le dernier jour de chaque mois durant la période pendant laquelle les obligations de l'Assureur sont en vigueur.
- b. Si une prestation en vertu de la présente section 2 doit être versée à la succession du membre, l'Assureur peut, à sa discrétion, verser la prestation, sans excéder le montant de la prestation mensuelle, à tout parent par le sang ou par alliance du membre. Tout versement qu'effectue l'Assureur, en toute bonne foi, en vertu de la présente section, doit libérer l'Assureur de sa dette jusqu'à concurrence du montant versé.

38. Assurance maladie gros risques

Voir la section 4.

SECTION 3
RÉGIME D'ASSURANCE INVALIDITÉ PROLONGÉE POUR LES MEMBRES DE LA FORCE
DE RÉSERVE DE CLASSE « A » ET DE CLASSE « B »
(AIP Rés)

- 39. Admissibilité
- 40. Comment un membre admissible devient-il assuré?
- 41. Admissibilité aux prestations
- 42. Montant des prestations de revenu mensuelles
- 43. Durée des prestations
- 44. Autres sources de revenu
- 45. Programme de réadaptation et revenus d'emploi
- 46. Subrogation
- 47. Limites et exceptions
- 48. Prolongation de la protection
- 49. Versement de l'indemnité de mutilation
- 50. Montant des prestations de revenu mensuelles - mutilation
- 51. Tableau des prestations - mutilation
- 52. Limites et exceptions - mutilation
- 53. Cession
- 54. Remboursement de l'Assureur
- 55. Preuve de sinistre
- 56. Versement des prestations relatives au sinistre
- 57. Assurance maladie gros risques

SECTION 3

RÉGIME D'ASSURANCE INVALIDITÉ PROLONGÉE DE LA FORCE DE RÉSERVE (AIP RÉS) FORCE DE RÉSERVE DE CLASSE « A » ET DE CLASSE « B »

39. Admissibilité

En vertu de la présente section 3, seuls sont admissibles au régime d'assurance invalidité prolongée les membres suivants des FC qui ont été libérés des FC :

- a. les membres définis à l'alinéa 1.f.(ii) – (Première réserve de classe « A »); et
- b. les membres définis à l'alinéa 1.f.(iii) – (Première réserve de classe « B », service de courte durée); et
- c. les membres définis à l'alinéa 1.f.(iv) – (Première réserve de classe « B », service de longue durée).

40. Comment un membre admissible devient-il assuré?

Un membre admissible devient assuré en vertu de la présente section 3 comme suit :

- a. Dans le cas d'un membre de la Réserve en service de réserve de classe « A » ou de classe « B » et sous réserve des dispositions de la section 4, la couverture est automatique pour chaque période de service du membre.
 - (i) Les membres admissibles définis à l'alinéa 1.f.(ii) (classe « A ») et à l'alinéa 1.f.(iii) (classe « B », service de courte durée), obtiennent une couverture de base équivalente à une solde mensuelle présumée de 2 000 \$, et de 2 700 \$ à compter du 3 octobre 2011; ou
 - (ii) Les membres admissibles définis à l'alinéa 1.f.(ii) (classe « A ») et à l'alinéa 1.f.(iii) (classe « B », service de courte durée), peuvent obtenir une couverture facultative équivalente à une solde mensuelle présumée de 3 000 \$ ou de 4 000 \$, et de 3 700 \$ ou 4 700 \$ à compter du 3 octobre 2011, sous réserve des dispositions des sections 2 et 3, sauf qu'il est uniquement requis de faire la preuve des besoins financiers. Si le membre présente une demande pour obtenir une couverture facultative, il doit fournir à l'Assureur ou au Titulaire de la police, un document écrit distinct de justification de son revenu d'emploi, d'autres revenus gagnés pendant son service de réserve, lequel revenu, additionné au revenu gagné pendant le service de réserve, justifie une solde mensuelle présumée voisine de 3 000 \$ ou de 4 000 \$, et de 3 700 \$ ou 4 700 \$ à compter du 3 octobre 2011. Ces pièces justificatives doivent être à la satisfaction de l'Assureur ou du Titulaire de la police et sans frais pour l'Assureur ou le Titulaire de la police; ou
 - (iii) Les membres admissibles définis à l'alinéa 1.f.(iv) (classe « B », service de longue durée), obtiennent une couverture équivalente à leur solde mensuelle telle que calculée.

41. Admissibilité aux prestations

- a. Un membre assuré est admissible aux prestations mensuelles, et ce, pour une période jusqu'à vingt-quatre mois, le jour suivant la date de sa libération des Forces canadiennes, dans les cas suivants :
 - (i) le membre assuré est libéré des Forces canadiennes le ou après le 1^{er} décembre 1999 pour raisons de santé; et
 - (ii) des preuves médicales claires et objectives confirment, à la satisfaction de l'Assureur, que le membre est frappé d'invalidité par suite d'un handicap physique ou mental actif; et
 - (iii) le membre était en service au moment où la blessure est survenue ou que la maladie a été contractée.
- b. Si le membre assuré a reçu des prestations mensuelles en vertu du paragraphe 41.a., le membre doit être frappé d'invalidité totale, telle qu'elle est définie au paragraphe 1(I), pour pouvoir continuer de recevoir des prestations pour une période au-delà de vingt-quatre mois.
- c. Si le membre assuré est libéré des Forces canadiennes pour des raisons autres que médicales, il pourra être admissible à des prestations mensuelles, si la blessure a été subie ou la maladie contractée pendant que le membre était en service, s'il est frappé d'invalidité totale, telle qu'elle est définie au paragraphe 1(I), pendant une période de treize semaines consécutives ou plus, et s'il a été libéré des Forces canadiennes alors qu'il était encore frappé d'invalidité totale.

42. Montant des prestations de revenu mensuelles

- a. Sous réserve de l'article 44, les prestations mensuelles équivalent à 75 % de la solde mensuelle présumée du membre, telle que définie aux alinéas 40.a.(i) et 40.a.(ii) ou la solde mensuelle calculée, telle que définie à l'alinéa 1.g.(ii), en vigueur au moment où la blessure ou la maladie est survenue; et
- b. Les prestations pour une partie du mois sont calculées proportionnellement au nombre de jours d'un mois de 30 jours; et
- c. Les prestations sont indexées à compter du 1^{er} janvier de chaque année. L'indexation est proportionnelle à la hausse de l'Indice des prix à la consommation (IPC) à partir de la date du début du versement des prestations. La hausse des prestations est arrondie au 1/4 de 1 % supérieur, sauf si elle correspond déjà à un multiple de cette valeur, et elle ne doit pas dépasser 2 % par année.

43. Durée des prestations

- a. Sous réserve du paragraphe 41.a., un membre assuré qui est libéré des Forces canadiennes pour raisons de santé est admissible aux prestations à compter du jour suivant la date de sa libération des Forces canadiennes. Les prestations sont versées à tous les mois ou partie de mois jusqu'à

concurrence d'une période de 24 mois ou jusqu'au 65^e anniversaire du membre, selon la première éventualité. En cas de décès du membre, la prestation mensuelle est versée pour la totalité du mois au cours duquel le décès est survenu.

- b. Sous réserve du paragraphe 41.c., un membre assuré qui est libéré des Forces canadiennes pour des raisons autres que médicales est admissible aux prestations à compter du jour suivant la date de sa libération des Forces canadiennes. Les prestations sont versées à tous les mois ou partie de mois tant que le membre est frappé d'invalidité totale ou jusqu'au 65^e anniversaire du membre, selon la première éventualité. En cas de décès du membre, la prestation mensuelle est versée pour la totalité du mois au cours duquel le décès est survenu. L'Assureur se réserve le droit de demander une preuve de continuité d'invalidité qui le satisfait et qui n'engage aucun frais pour l'Assureur.
- c. Dans le cas d'un membre qui reçoit des prestations en vertu du paragraphe 43.a., qui n'a pas 65 ans et qui est frappé d'invalidité totale, les prestations peuvent être versées pendant une période supérieure à 24 mois, à tous les mois ou partie de mois tant que le membre est frappé d'invalidité totale ou jusqu'au 65^e anniversaire du membre, selon la première éventualité. L'Assureur se réserve le droit de demander une preuve de continuité d'invalidité qui le satisfait et sans frais pour l'Assureur.

44. Autres sources de revenu

- a. Le montant de la prestation mensuelle versée à l'article 42 doit être réduit du total des montants suivants :
 - (i) de la prestation de revenu mensuelle versée au membre en vertu de la Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes; et
 - (ii) de la prestation de revenu mensuelle versée au membre en vertu du Régime des pensions du Canada ou de la Régie des rentes du Québec (y compris les versements rétroactifs pour la période pendant laquelle ces prestations ont été financées en vertu de la présente section 3); et
 - (iii) du revenu d'emploi du membre, sauf si ce dernier participe à un programme de réadaptation approuvé par l'Assureur auquel cas la prestation mensuelle sera réduite conformément aux dispositions de l'article 45; et
 - (iv) de la prestation de revenu mensuelle totale versée au membre en vertu de la Loi sur les pensions (y compris les indemnités de personnes à charge et les versements rétroactifs pour la période pendant laquelle ces prestations ont été financées en vertu de la présente section 3); et
 - (v) de la prestation de revenu mensuelle versée en vertu d'un régime semblable offert par un autre employeur ou obtenue grâce à un différent emploi, des indemnités pour accidents du travail, des prestations versées en vertu de toute loi concernant l'assurance automobile et des régimes de pension d'employeur; et
 - (vi) de la prestation de revenu mensuelle versée au membre en vertu de la Loi sur l'indemnisation des agents de l'État (LIAE).

- b. Pour les besoins du paragraphe 44.a., toute hausse du coût de la vie dans les prestations de revenu mensuelles provenant des sources susmentionnées ne doit pas être considérée dans le calcul de la prestation de revenu mensuelle versée en vertu de la police.

45. Programme de réadaptation et de revenus d'emploi

Un membre qui reçoit une prestation mensuelle est encouragé à participer à un programme approuvé de réadaptation. Si un membre touche un revenu pendant qu'il participe à un programme de réadaptation approuvé par l'Assureur, il verra ses prestations réduites de 50 % du revenu d'emploi ou de 50 cents pour chaque dollar reçu jusqu'à ce que le revenu total du membre, provenant de toutes sources, atteigne 100 % de sa solde mensuelle présumée ou de sa solde mensuelle calculée applicable à l'article 42 ajustée à sa valeur actuelle en appliquant l'IPC pour chaque année pendant laquelle les prestations sont versées. Par la suite, les prestations du membre sont réduites d'un dollar pour chaque dollar reçu.

46. Subrogation

Si la blessure ou la maladie donnant droit aux prestations en vertu de la présente section 3 est causée par un acte préjudiciable d'une tierce partie, le membre assuré subroge son droit de poursuivre une telle tierce partie à l'Assureur et convient d'exécuter tout document requis pour parfaire la subrogation.

47. Limites et exceptions

- a. Aucune prestation n'est versée au membre en vertu du paragraphe 41.a. si le motif de libération est modifié au numéro 3(a) ou 3(b) de l'article 15.01 des Ordonnances et règlements royaux après la libération du membre des Forces canadiennes.
- b. Lorsque la blessure ou la maladie du membre n'exige pas que celui-ci soit examiné périodiquement par un médecin reconnu qui le traite, l'Assureur peut exiger que le membre se fasse examiner par le médecin en question ou par un autre médecin de son choix, aussi souvent que l'Assureur le juge nécessaire pour fournir au membre le meilleur traitement possible et/ou pour évaluer l'état de ce dernier. Si le membre n'accepte pas de se faire examiner selon la demande de l'Assureur, ce dernier aura le droit de suspendre le versement de toute prestation jusqu'à ce que l'examen du membre ait été effectué et que le rapport de cet examen soit soumis à l'Assureur. Aucune disposition de cette section n'empêche l'Assureur de cesser de verser des prestations au membre une fois qu'il ait été examiné si l'examen révèle que le membre n'est plus admissible aux prestations en vertu de l'article 41 de la présente police.
- c. Le membre n'est pas couvert dans les cas suivants :
 - (i) à la suite d'une blessure ou d'une maladie résultant de la participation du membre à un acte criminel;
 - (ii) à la suite d'une blessure volontaire ou d'une tentative d'autodestruction tandis que le membre était sain d'esprit ou non;
 - (iii) à la suite d'une blessure ou d'une maladie survenant au cours des 12 premiers mois suivant le début de la couverture et pour laquelle le membre a déjà consulté un médecin au cours des six mois précédant immédiatement la date à laquelle il a adhéré au régime.

- d. Aucune prestation n'est versée à une personne assurée âgée de plus de 65 ans.
- e. Aucune prestation n'est versée au membre des Forces canadiennes si le motif de libération est modifié au paragraphe 3(a) ou 3(b) de l'article 15.01 des Ordonnances et règlements royaux après sa libération des Forces canadiennes, à moins que cette modification n'ait lieu dans les 12 mois suivant la date de libération du membre et que le changement ne soit lié à une condition psychiatrique ou psychologique.
- f. Aucune prestation n'est versée à une personne assurée qui présente une demande de prestations en vertu de cette police plus de 120 jours à la suite de sa date de libération des Forces canadiennes.
- g. Aucune indemnisation d'invalidité totale ne sera versée à moins qu'il n'existe des preuves claires et objectives qui confirment, à la satisfaction de l'Assureur, que la personne est frappée d'invalidité par suite d'un handicap physique ou mental actif que la profession médicale est en mesure de reconnaître et qui empêche cette personne de remplir toute tâche ou d'occuper tout emploi effectivement rémunérateur auquel ses études, sa formation ou son expérience l'ont préparée.
- h. Aucune prestation ne sera versée à une personne qui a subi une blessure ou qui a contracté une maladie avant le 1^{er} décembre 1999, si le membre n'était pas couvert par l'AIP en vertu de la présente police le 30 novembre 1999.

48. Prolongation de la protection

- a. Dans le cas d'un membre considéré comme atteint d'invalidité totale, l'Assureur doit garantir une prolongation de la protection, d'une durée de 12 mois, suivant le dernier versement des prestations de revenu mensuelles. La prolongation doit commencer à compter de la date qui survient la première :
 - (i) la date à laquelle la prestation de revenu mensuelle à verser en vertu de la section 3 est de zéro; ou
 - (ii) la date à laquelle le membre cesse d'être atteint d'invalidité totale.
- b. Si le membre était admissible à des prestations d'un régime d'assurance maladie gros risques en vertu de l'article 57, au début et pendant toute la durée du sinistre, il demeure admissible à ces prestations pendant la période de prolongation de la protection. Si, pendant la période de 12 mois, le membre est frappé d'une invalidité totale résultant de la cause pour laquelle les prestations étaient versées initialement, la prestation sera rétablie conformément aux dispositions de l'article 42.
- c. Aucune prestation de revenu mensuelle ne sera versée en vertu de la prolongation de protection si la cause est distincte et sans relation avec celle du sinistre initial.

ASSURANCE INVALIDITÉ PROLONGÉE – INDEMNITÉ DE MUTILATION

49. Versement de l'indemnité de mutilation

- a. En vertu de la présente section 3, l'indemnité de mutilation fait partie intégrante des prestations susceptibles d'être versées. Toutefois, si le membre est admissible à des prestations mensuelles en vertu de l'article 41 et a subi une perte telle que décrite à l'article 51, les modalités des articles 49 à 52 auront préséance pour les besoins des indemnités. Si le membre n'est pas admissible pour des motifs précisés à l'article 52, les modalités de l'article 41 s'appliquent alors.
- b. Sur réception d'une attestation que le membre assuré a subi une mutilation en raison d'un accident dans les 365 jours suivant cet accident et qu'il a été libéré des Forces canadiennes, l'Assureur versera une prestation de revenu mensuelle au membre pendant une période fixe selon les modalités de l'article 51 ou jusqu'à son décès, selon la première éventualité. Le membre doit être libéré dans les trois (3) ans suivant la date de l'accident. Aucune prestation n'est versée pendant les 13 premières semaines suivant la date à laquelle l'accident est survenu.
- c. Si la prestation de revenu mensuelle n'est pas prévue en vertu du paragraphe 49.a. ou si une prestation de revenu mensuelle a été versée pendant une période fixe établie à l'article 51, la demande doit alors être évaluée davantage en vertu de l'article 41, compte tenu des prestations déjà versées et de la période pendant laquelle elles ont été versées.

50. Montant des prestations de revenu mensuelles - mutilation

Le montant de la prestation de revenu mensuelle versée en cas de mutilation est calculé en fonction de l'article 42 aux fins du calcul des prestations selon la présente section. L'alinéa 44.a.(iii) ne s'applique pas aux périodes fixes indiquées à l'article 51.

51. Tableau des prestations - mutilation

- a. Les prestations seront versées dans les cas suivants :

<u>Perte</u>	<u>Période fixe de prestations</u>
des deux mains ou des deux pieds	36 mois
d'une main et d'un pied	36 mois
de la vue dans les deux yeux	36 mois
d'une main ou d'un pied et de la vue dans un œil	36 mois
de l'ouïe ou de la parole	36 mois
d'une main ou d'un pied	24 mois
de la vue dans un œil	12 mois
du pouce et de l'index de la même main	12 mois

- b. Le terme « perte » tel qu'utilisé plus haut signifie également la perte totale et irrémédiable.

- c. L'expression « perte de la vue » signifie la perte totale et irrémédiable de la vue.
- d. Si le membre subit plus d'une des pertes ci-dessus lors du même accident, seulement une période de prestations s'appliquera, soit la période la plus longue.

52. Limites et exceptions - mutilation

Aucune prestation de mutilation ne sera versée dans les cas suivants :

- a. la mutilation résulte de la participation du membre à un acte criminel;
- b. le membre s'est infligé une blessure volontaire ou a tenté l'autodestruction tandis qu'il était sain d'esprit ou non;
- c. la mutilation résulte d'un accident survenu avant l'adhésion du membre à cette police;
- d. il s'agit d'un membre qui a quitté les Forces canadiennes volontairement ou qui s'est retiré des Forces canadiennes à l'âge de retraite obligatoire;
- e. la mutilation est survenue avant le 1^{er} décembre 1999, au moment où le membre n'était pas couvert par l'AIP en vertu du régime n^o 901102 en vigueur le 30 novembre 1999.

DISPOSITIONS CONCERNANT LES PRESTATIONS D'INVALIDITÉ PROLONGÉE ET L'INDEMNITÉ DE MUTILATION

53. Cession

Aucun membre n'a le droit de céder, d'aliéner, de grever d'une charge ou de racheter une prestation de revenu mensuelle.

54. Remboursement de l'Assureur

Si la demande de prestation d'un membre en vertu de la *Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes*, du Régime de pensions du Canada, du Régime des rentes du Québec ou de la *Loi sur les pensions* ou de toute législation provinciale sur l'assurance automobile, est refusée, les prestations en vertu de la présente protection doivent être versées conformément aux dispositions de la présente section 3, à condition que le membre convienne par écrit que s'il reçoit subséquemment des prestations en vertu desdits textes de loi, il remboursera à l'Assureur la somme des prestations versées en vertu de la présente protection excédant les prestations qu'il recevrait autrement.

55. Preuve de sinistre

- a. Une preuve écrite du sinistre qui satisfait l'Assureur, précisant la date de l'accident, sa nature et l'étendue de la perte pour laquelle est faite la demande de prestation, doit être fournie à l'Assureur dans les 120 jours suivant la date à laquelle le membre est libéré des Forces canadiennes. Sur réception de cette preuve, à la satisfaction de l'Assureur, celui-ci peut commencer à verser les prestations.
- b. Une preuve écrite de la continuité du sinistre doit être fournie à l'Assureur, au moment et aussi souvent qu'il est raisonnablement nécessaire, et ce, sans frais pour l'Assureur.
- c. L'Assureur a le droit d'exiger, au titre de la preuve du sinistre, une attestation satisfaisante :
 - (i) que le membre n'est pas admissible aux prestations mentionnées à l'article 44 ou qu'il en a fait la demande; et
 - (ii) qu'il a fourni toutes les preuves requises en vue de recevoir ces prestations; et
 - (iii) du montant de telles prestations à verser.

56. Versement des prestations relatives au sinistre

- a. Les prestations payables en vertu de la présente section 3 sont versées le dernier jour de chaque mois durant la période pendant laquelle les obligations de l'Assureur sont en vigueur.
- b. Si une prestation en vertu de la présente section 3 doit être versée à la succession du membre, l'Assureur peut, à sa discrétion, verser la prestation, sans excéder le montant de la prestation mensuelle, à tout parent par le sang ou par alliance du membre. Tout versement qu'effectue l'Assureur, en toute bonne foi, en vertu de la présente section, doit libérer l'Assureur de sa dette jusqu'à concurrence du montant versé.

57. Assurance maladie gros risques

Voir la section 4

SECTION 4

ASSURANCE MALADIE GROS RISQUES

- 58. Admissibilité
- 59. Franchise
- 60. Prestations maximales à vie
- 61. Versements des prestations
- 62. Définitions
- 63. Prestations d'hospitalisation
- 64. Prestations pour soins de santé complémentaires
- 65. Exceptions

SECTION 4
ASSURANCE MALADIE GROS RISQUES

58. Admissibilité

- a. L'assureur versera une prestation couvrant les frais encourus à la suite d'une blessure subie ou d'une maladie contractée pendant une année civile par le demandeur admissible à l'assurance invalidité prolongée, par le demandeur admissible à l'assurance invalidité prolongée pour la Réserve ou par les personnes à charge admissibles, à condition que :
- (i) aucune des ces personnes ne soit admissible à des prestations d'assurance maladie gros risques provenant d'une autre source, ou d'un régime ou d'un programme de tout gouvernement ou de l'État, ou de tout service ou agence du gouvernement ou de l'État, y compris un régime ou un programme établi en vertu de la législation provinciale sur l'assurance automobile et
 - (ii) l'admissibilité du membre assuré en vertu de la présente section 4 a été établie après le 30 novembre 1999.
- b. Les prestations sont classées selon des soins hospitaliers ou selon des soins de santé complémentaires.

59. Franchise

Une franchise annuelle de 60 \$ par personne assurée et de 100 \$ par famille est prévue pour couvrir une partie des frais engagés au titre des soins de santé complémentaires. La franchise s'applique pendant une année civile au total des frais admissibles.

60. Prestations maximales à vie

Le montant maximal des prestations à vie est de 1 000 000 \$, par personne assurée, ce qui représente le montant brut d'indemnisation que chaque personne assurée peut recevoir au long de sa vie, y compris pour toutes les périodes ponctuelles, discontinues et prolongées des demandes.

61. Versement des prestations

L'Assureur rembourse :

- (i) 100 % des frais admissibles en vertu de l'article 63;
 - (ii) 80 % des frais admissibles en vertu des paragraphes 64.(a) à (d);
 - (iii) 100 % des frais admissibles en vertu de l'alinéa 64.e.(i);
 - (iv) 80 % des frais admissibles en vertu de l'alinéa 64.e.(ii);
- après avoir reçu une preuve suffisante que la personne assurée a engagé des frais admissibles définis dans les présentes dispositions en vue d'obtenir les services médicaux requis.

62. Définitions

- a. « année civile » désigne la période du 1^{er} janvier au 31 décembre.
- b. « chiropraticien » désigne un membre de l'Association chiropratique canadienne ou d'une association provinciale affiliée ou, à défaut, une personne ayant la formation nécessaire, comme le détermine l'Assureur.
- c. « podologue/podiatre » désigne une personne légalement autorisée à pratiquer la podiatrie par l'organisme provincial compétent ou, dans les provinces n'ayant pas de tel organisme, une personne membre de l'Association canadienne des professionnels des maladies des pieds ou, à défaut, une personne ayant la formation nécessaire, comme le détermine l'Assureur
- d. « dentiste » désigne une personne autorisée par l'organisme provincial reconnu à pratiquer la dentisterie ou, en l'absence d'un tel organisme, une personne ayant la formation nécessaire, comme le détermine l'Assureur.
- e. « électrolyste » désigne une personne ayant la formation nécessaire pour être un électrolyste autorisé, comme le détermine l'Assureur.
- f. « famille » désigne un membre souscripteur et les personnes assurées à sa charge.
- g. « hôpital » désigne un établissement autorisé par la loi à offrir des services de diagnostic, des interventions chirurgicales majeures ainsi que des soins et des traitements à une personne hospitalisée souffrant d'une maladie ou d'une blessure, avec des services dispensés 24 heures sur 24 par des infirmières et des infirmiers autorisés et des médecins diplômés. Un hôpital est également un hôpital autorisé par la loi à offrir des traitements spécialisés aux personnes souffrant de maladies mentales actives, d'alcoolisme et de toxicomanie, de cancer et d'arthrite, ainsi qu'aux convalescents et aux malades chroniques, mais pas les maisons de soins infirmiers, les maisons pour vieillards, les maisons de repos ou les autres endroits offrant des soins analogues.
- h. « frais d'hospitalisation » désigne les frais suivants :
 - (i) les frais de chambre et pension; les frais pour d'autres services hospitaliers et de fournitures offerts au demandeur, au bénéficiaire ou à la personne à charge, selon le cas, et employés pendant la période d'hospitalisation (à l'exception des frais pour des services infirmiers particuliers ou pour les services de médecins ou de chirurgiens et à l'exception des frais d'hospitalisation désignés comme des montants de participation aux frais ou des frais d'utilisation);
 - (ii) les frais d'anesthésie et d'administration encourus pendant l'hospitalisation; et
 - (iii) les frais d'utilisation locale d'ambulance s'ils sont encourus en rapport avec l'hospitalisation.
- i. « Assureur » désigne La Compagnie d'assurance-vie Manufacturers.

- j. « frais médicaux » désigne les frais encourus pour une thérapie par isotopes radioactifs ou pour toute autre radiothérapie non admissible au titre d'une chirurgie, y compris les autres frais couverts qui ne sont pas des frais d'hospitalisation ou des frais de chirurgie tels que définis ci-dessus.
- k. « naturopathe » désigne un membre de l'Association canadienne de naturopathie ou d'une association provinciale affiliée ou, à défaut, une personne ayant la formation nécessaire, comme le détermine l'Assureur.
- l. « infirmier » désigne une infirmière ou un infirmier autorisé, un infirmier auxiliaire autorisé ou d'autres infirmières ou infirmiers diplômés inscrits au registre provincial approprié ou, en l'absence d'un tel registre, une infirmière ou un infirmier ayant la formation nécessaire, comme le détermine l'Assureur.
- m. « ostéopathe » désigne une personne titulaire d'un doctorat en ostéopathie conféré par un collègue d'ostéopathie approuvé par la Société canadienne ostéopathique ou, en l'absence d'une telle association, une personne ayant la formation nécessaire, comme le détermine l'Assureur.
- n. « ophtalmologiste » désigne une personne légalement autorisée à pratiquer l'ophtalmologie.
- o. « optométriste » désigne un membre de l'Association canadienne des optométristes ou d'une association provinciale affiliée ou, à défaut, une personne ayant la formation nécessaire, comme le détermine l'Assureur.
- p. « médecin » désigne un docteur en médecine (MD) légalement autorisé à pratiquer cette discipline.
- q. « physiothérapeute autorisé » désigne un membre de l'Association canadienne de physiothérapie ou d'une association provinciale affiliée ou, à défaut, une personne ayant la formation nécessaire, comme le détermine l'Assureur.
- r. « psychologue » désigne un psychologue reconnu à titre permanent inscrit au registre des psychologues de la province où il pratique ou, en l'absence d'un tel registre, une personne ayant la formation nécessaire, comme le détermine l'Assureur.
- s. « massothérapeute autorisé » désigne une personne titulaire d'un permis de l'organisation provinciale autorisée ou, en l'absence d'une telle organisation, une personne ayant la formation nécessaire, comme le détermine l'Assureur.
- t. « frais habituels et raisonnables » désigne les frais habituellement exigés des personnes non protégées et n'excédant pas les frais ayant normalement cours dans la région où ils sont engagés pour le service, le produit ou l'article fourni, comme le détermine l'Assureur.

- u. « orthophoniste » désigne une personne titulaire d'une maîtrise en orthophonie et membre (en titre ou qualifié pour l'être) de l'Association canadienne des orthophonistes et audiologistes ou d'une association provinciale affiliée ou, à défaut, une personne ayant la formation nécessaire, comme le détermine l'Assureur.
- v. « frais de chirurgie » désigne les frais encourus pour une chirurgie et le traitement postopératoire requis à la suite de la chirurgie.

63. Prestations d'hospitalisation

L'Assureur versera une indemnité aux personnes assurées qui en font la demande pour couvrir les frais encourus pour les éléments suivants, considérés comme étant des frais d'hospitalisation couverts, pour autant que ces frais soient raisonnables et habituels et ne soient pas couverts en vertu d'un régime d'assurance médicale d'une province; et compte tenu des autres limites de protection prévues dans la présente section :

- (i) les frais d'hospitalisation d'une personne assurée résidant à l'extérieur du Canada désignent les frais habituels et raisonnables de chambre et pension autres que les frais de chambre commune (par exemple une chambre semi-privée) jusqu'à concurrence de 100 \$ par jour d'hospitalisation à l'exception des frais d'hospitalisation désignés comme des montants de participation aux frais ou des frais d'utilisation.
- (ii) les frais d'hospitalisation de toute autre personne assurée désignent les frais habituels et raisonnables de chambre et pension en chambre semi-privée excédant les frais de chambre commune, jusqu'à concurrence de 100 \$ par jour d'hospitalisation à l'exception des frais d'hospitalisation désignés comme des montants de participation aux frais ou des frais d'utilisation.

64. Prestations pour soins de santé complémentaires

L'Assureur versera une indemnité aux personnes assurées qui en font la demande pour couvrir tous les frais habituels et raisonnables pour des fournitures et des services médicaux dans la mesure où ces frais ne sont pas couverts en vertu d'un régime d'assurance médicale d'une province, et compte tenu des limites de protection prévues dans la présente section, y compris :

- a. Médicaments : médicaments prescrits sur ordonnance d'un dentiste ou d'un médecin, incluant, sans toutefois s'y limiter :
 - (i) contraceptifs oraux;
 - (ii) drogues injectables, y compris les sérums d'immunothérapie administrés par injection;
 - (iii) aiguilles, seringues et produits chimiques de diagnostic pour le traitement du diabète;
 - (iv) dispositifs d'administration de médicaments pour traiter l'asthme, qui font partie intégrante du produit et qui sont approuvés par l'Assureur.
- b. Soins de la vue : frais habituels et raisonnables pour les soins de la vue suivants :

- (i) examen de la vue par un optométriste à raison d'un examen par période de 24 mois; et
 - (ii) lunettes et lentilles de contact nécessaires à la correction de la vue et prescrites par un ophtalmologiste ou par un optométriste, et réparation à celles-ci jusqu'à concurrence de 200 \$ par période de 24 mois.
- c. Services paramédicaux : pour être admissibles, les frais doivent être médicalement nécessaires au traitement de la maladie ou de la blessure. Les services offerts par un praticien requièrent une ordonnance. Les frais admissibles pour les services ne portent que sur les services relevant du domaine de compétence et des aptitudes du praticien. Les frais admissibles sont les frais habituels et raisonnables visant les services des praticiens suivants et se limitent aux frais admissibles maximaux établis pour chacun :
- (i) physiothérapeute sur ordonnance d'un médecin;
 - (ii) massothérapeute autorisé, jusqu'à un maximum de 300 \$ par année civile;
 - (iii) orthophoniste sur ordonnance d'un médecin, jusqu'à un maximum de 500 \$ par année civile;
 - (iv) psychologue sur ordonnance d'un médecin, jusqu'à un maximum de 1 000 \$ par année civile;
 - (v) chiropraticien, jusqu'à un maximum de 500 \$ par année civile;
 - (vi) ostéopathe, jusqu'à un maximum de 300 \$ par année civile;
 - (vii) naturopathe, jusqu'à un maximum de 300 \$ par année civile;
 - (viii) podologue ou podiatre, jusqu'à un maximum de 300 \$ par année civile;
 - (ix) électrolyste sur ordonnance d'un psychiatre ou d'un psychologue; les frais se limitent au traitement épilatoire de l'excédent de poils des surfaces exposées du visage et du cou lorsque le patient souffre d'un trouble émotif sévère découlant de son état et se limitent à un maximum de 20 \$ par visite. La couverture inclut aussi le traitement si ce dernier est effectué par un médecin.
- d. Frais pour soins divers : pour être admissibles, les frais doivent être médicalement nécessaires au traitement de la maladie ou de la blessure et les soins doivent être prescrits par un médecin, sauf indication contraire. Les frais admissibles sont les frais habituels et raisonnables visant les services et les soins décrits ci-dessous :
- (i) services infirmiers privés lorsque les services sont prodigués à la résidence privée du patient ou ailleurs par une infirmière ou un infirmier ou par un auxiliaire à domicile à l'intention de personnes quadriplégiques, à condition que l'infirmière ou l'infirmier ou l'auxiliaire ne réside pas normalement au domicile de la personne assurée et qu'il/elle n'ait pas de lien par le sang ou le mariage avec la personne assurée; les frais sont couverts jusqu'à un maximum de 15 000 \$ par année civile.
 - (ii) soins dentaires :
 - (a) les services d'un chirurgien dentiste et les frais d'une prothèse dentaire requise pour le traitement d'une fracture à la mâchoire ou le traitement de blessures accidentelles aux dents naturelles si la fracture ou l'accident découle d'un coup ou d'une blessure extérieur(e), violent(e) ou

- accidentel(le) autre qu'un accident lié aux activités normales de nettoyage, de mastication et d'alimentation, à condition que le traitement ait été fait dans les 12 mois suivant l'accident;
- (b) l'excision de dents incluses sans éruption complétée ou d'une tumeur ou d'un kyste ou l'incision et le drainage d'un abcès ou d'un kyste;
 - (c) toute autre chirurgie buccale non liée à la structure d'une dent, au processus alvéolaire ou aux tissus gingivaux.
- (iii) achat initial de lunettes, de lentilles de contact ou de prothèses auditives requises à la suite d'une chirurgie ou d'un accident si l'achat a lieu dans les six mois suivant la chirurgie ou l'accident. Cette limite de temps peut être prolongée si, comme le détermine l'Assureur, l'achat n'a pu être fait dans la limite de temps prescrite.
 - (iv) service d'ambulance terrestre autorisé à destination de l'hôpital le plus près équipé pour fournir le traitement requis lorsque l'état physique du patient empêche l'emploi d'un autre moyen de transport.
 - (v) service d'ambulance aérienne à destination de l'hôpital le plus près équipé pour fournir le traitement requis lorsque l'état physique du patient empêche l'emploi d'un autre moyen de transport.
 - (vi) chaussures orthopédiques faisant partie intégrante d'une prothèse ou adaptées spécifiquement au patient, y compris les modifications à ces chaussures, à condition que les chaussures ou les modifications soient prescrites par écrit par un médecin ou un pédiatre les frais totaux maximaux admissibles par année civile correspondent à la valeur la moins élevée entre :
 - (a) les frais totaux moins le coût moyen de chaussures ordinaires, comme le détermine l'Assureur; et
 - (b) 150 \$ par année civile.
 - (vii) prothèses auditives et réparations à celles-ci, à l'exception des piles, jusqu'à un maximum 500 \$ par période de 60 mois.
 - (viii) bandages herniaires, béquilles, attelles, plâtres et collets cervicaux.
 - (ix) appareil de soutien en métal ou en plastique rigide à l'exception des appareils orthodontiques ou des appareils de soutien servant surtout à des activités sportives.
 - (x) brassières orthopédiques, jusqu'à un maximum de 100 \$ par année civile.
 - (xi) prothèses mammaires à la suite d'une mastectomie et remplacement à raison d'une fois par période de 24 mois.
 - (xii) perruques, lorsque le patient est affligé d'une perte totale des cheveux à la suite d'une maladie, jusqu'à un maximum de 500 \$ pendant toute la vie.
 - (xiii) fournitures de colostomie, iléostomie et trachéotomie et cathéters et poches de drainage pour personnes incontinentes, paraplégiques ou quadriplégiques.
 - (xiv) membres artificiels temporaires.
 - (xv) prothèses oculaires et membres artificiels permanents en remplacement de membres artificiels temporaires et remplacement de ceux-ci seulement :
 - (a) après 60 mois du dernier achat dans le cas d'un membre des FC ou d'une personne à charge de plus de 21 ans; ou
 - (b) après 12 mois du dernier achat dans le cas d'une personne à charge de 21 ans ou moins; ou

- (c) sauf s'il est médicalement prouvé que la croissance ou le rétrécissement des tissus avoisinants nécessite le remplacement de la prothèse existante.
- (xvi) oxygène et son administration.
- (xvii) pompes d'insuline et matériel connexe destiné aux personnes diabétiques dépendantes de l'insuline, lorsque ce matériel est prescrit à un patient par un médecin rattaché à un centre reconnu de traitement du diabète d'un établissement d'enseignement universitaire au Canada, à l'exception de la réparation ou du remplacement du matériel dans les 60 mois suivant la date de son achat.
- (xviii) glucomètres pour les personnes diabétiques dépendantes de l'insuline ou les personnes diabétiques non dépendantes de l'insuline si elles sont aveugles ou daltoniennes, à l'exception de la réparation ou du remplacement du matériel dans les 60 mois suivant la date de son achat.
- (xix) location ou achat, au choix de l'Assureur, d'équipement durable conçu spécifiquement pour un usage médical et qui est nécessaire pour un usage temporaire et thérapeutique au domicile privé du patient. L'équipement admissible doit être approuvé par l'Assureur et comprend notamment les articles suivants :
 - (a) marchettes,
 - (b) lits d'hôpital,
 - (c) moniteurs d'apnée,
 - (d) systèmes avertisseurs pour patients énurétiques.Les frais remboursés se limitent au coût de l'équipement non motorisé, sauf s'il est prouvé explicitement que le patient requiert de l'équipement motorisé.
- (xx) location ou achat, au choix de l'Assureur, d'un fauteuil roulant nécessaire pour un usage thérapeutique au domicile privé du patient. Les frais remboursés se limitent au coût de l'équipement non motorisé, sauf s'il est prouvé explicitement que le patient requiert de l'équipement motorisé.

Les frais de réparation et d'entretien d'un fauteuil roulant acheté sont des frais admissibles mais ils se limitent à un maximum de 500 \$ par année civile dans le cas d'un fauteuil roulant ordinaire et à un maximum de 1 000 \$ par année civile dans le cas d'un fauteuil roulant électrique.
- (xxi) services d'un médecin si de tels services ne sont pas admissibles à un remboursement en vertu du régime d'assurance maladie de la province de l'assuré, mais pourraient être admissibles à un remboursement en vertu du régime d'assurance maladie d'une ou de plusieurs autres provinces.
- (xxii) bandages et pansements chirurgicaux nécessaires au traitement d'un ulcère ou d'une plaie ouverte.
- (xxiii) bas de contention élastiques et vêtements élastiques pour les victimes de brûlures et adaptés spécifiquement aux personnes ou assurant une compression minimale de 30 mm.
- (xxiv) orthèses, jusqu'à une paire par année civile.
- (xxv) traitements d'acupuncture administrés par un médecin.

(xxvi) traitements d'électrolyse administrés par un médecin et se limitant (i) au traitement épilatoire de l'excédent de poils des surfaces exposées du visage et du cou lorsque le patient souffre d'un trouble émotif sévère découlant de son état et (ii) se limitant à un maximum de 20 \$ par visite.

e. Protection à l'extérieur de la province

- (i) protection en cas d'urgence pendant un voyage : L'Assureur versera une indemnité aux personnes assurées qui en font la demande pour couvrir les frais habituels et raisonnables dépassant le montant remboursable en vertu d'un régime d'assurance médicale d'une province pour les fournitures et les services suivants s'ils sont nécessaires au traitement d'urgence d'une blessure subie ou d'une maladie contractée pendant un voyage d'agrément ou d'affaires à l'extérieur de la province de résidence des personnes assurées et pendant une période de 40 jours ou moins à compter de la date du départ de la province de résidence, et jusqu'à concurrence d'un maximum de frais admissibles de 100 000 \$ par période de voyage :
- (a) hébergement en chambre commune et services hospitaliers auxiliaires dans un hôpital général;
 - (b) services d'un médecin;
 - (c) billet d'avion aller simple en classe économique pour le retour du patient dans sa province de résidence. Un billet d'avion aller simple en classe économique pour un professionnel de la santé accompagnant le patient est aussi inclus si cela est nécessaire à des fins médicales;
 - (d) évacuation sanitaire, qui peut comprendre des services ambulanciers, lorsque des soins appropriés, comme le détermine l'Assureur, ne sont pas offerts au lieu où l'urgence s'est produite;
 - (e) prestations d'aide à la famille, y compris le remboursement des frais suivants :
 - (i) le transport de retour des enfants à charge assurés de moins de 16 ans laissés sans surveillance du fait que le participant ou le conjoint assuré du participant est hospitalisé. Au besoin, une personne accompagnera les enfants à charge. Les frais maximaux remboursables correspondent au coût du tarif aérien en classe économique;
 - (ii) le transport de retour si un membre de la famille est hospitalisé et que les autres membres de la famille ne peuvent retourner chez eux sur le vol initial prévu et doivent se procurer de nouveaux billets de retour. Les coûts supplémentaires des billets d'avion de retour sont remboursables jusqu'à concurrence du coût du tarif aérien en classe économique;
 - (iii) la visite d'un parent si le membre de la famille est hospitalisé pendant plus d'une semaine lorsqu'il voyage seul. Cela comprend le billet d'avion en classe économique, les frais de repas et d'hébergement jusqu'à un maximum de 150 \$ par jour, pour le conjoint, un parent, un enfant, un frère ou une sœur.

L'indemnisation couvre aussi les dépenses encourues s'il est nécessaire d'identifier le corps d'un membre décédé de la famille avant le retour de la dépouille;

- (iv) les repas et l'hébergement si le voyage du participant ou d'une personne à sa charge assurée se prolonge en raison de l'hospitalisation d'un membre de la famille. Les frais additionnels encourus par les membres de la famille accompagnateurs pour les repas et l'hébergement sont remboursables jusqu'à un maximum de 150 \$ par jour; Le montant maximal combiné remboursable au titre des prestations d'aide à la famille en cas d'urgence pour chaque voyage est de 2 500 \$;
- (f) (i) le retour de la dépouille en cas de décès d'un membre de la famille. Les autorisations requises seront obtenues et les arrangements pris pour le retour de la dépouille dans la province de résidence. Le montant maximal remboursable pour la préparation et le retour de la dépouille est de 3 000 \$.
- (ii) Services de spécialistes sur recommandation d'un médecin : L'Assureur versera une indemnité aux personnes assurées qui en font la demande pour couvrir les frais habituels et raisonnables dépassant le montant remboursable en vertu d'un régime d'assurance médicale d'une province pour les services suivants, à condition qu'ils soient exécutés sur la recommandation écrite du médecin traitant dans la province de résidence du patient et ne soient pas offerts dans cette province, et sous réserve de la déduction de la franchise annuelle et jusqu'à concurrence d'un maximum de frais admissibles de 25 000 \$ par maladie :
 - (a) hébergement en chambre commune et services hospitaliers auxiliaires dans un hôpital général;
 - (b) services d'un médecin ou d'un chirurgien.

65. Exceptions

Aucune indemnisation ne sera versée dans les cas suivants :

- a. Les examens médicaux y compris à des fins de souscription d'assurance, d'inscription à une école, à un camp, à une association, à des fins d'emploi, pour l'obtention d'un passeport ou à d'autres fins similaires;
- b. Les soins dentaires, à l'exception de ceux mentionnés précédemment;
- c. Les services non approuvés ou non prescrits par un médecin, s'il y a lieu;
- d. Le traitement ou les prescriptions à la suite de la déclaration ou non d'une guerre, d'une émeute ou d'une insurrection;
- e. Les frais qui ne sont normalement pas encourus lorsqu'une personne n'est pas assurée ou pour des services ou produits qui sont normalement offerts gratuitement;
- f. Les services ou les produits à des fins cosmétiques seulement ou pour des situations non nuisibles pour la santé, sauf si elles sont requises à la suite d'une blessure subie accidentellement;

- g. Les traitements à la suite d'une blessure subie ou d'une maladie contractée volontairement;
- h. Les articles achetés principalement pour des activités sportives;
- i. Les frais pour des services rendus ou des fournitures prescrites par une personne résidant normalement au domicile du patient ou qui est liée au patient par des liens de sang ou de mariage;
- j. Les produits ou les traitements expérimentaux pour lesquels, comme le détermine l'Assureur, la sécurité et de l'efficacité aux fins et dans les conditions recommandées d'utilisation n'ont pas été suffisamment éprouvées par des tests cliniques objectifs;
- k. Les prestations que le gouvernement interdit en vertu de la loi;
- l. L'achat de médicaments qui ne seraient normalement pas utilisés dans les 90 jours de leur date d'achat;
- m. Les vitamines (sauf les vitamines injectables), les suppléments vitaminiques, les minéraux, les suppléments protéiniques, les suppléments alimentaires ou les aliments diététiques, sauf s'ils sont précisés dans les paragraphes précédents;
- n. Les aliments pour bébés;
- o. Les substituts de sucre et de sel;
- p. Les pastilles, les rince-bouche, les shampooings non médicamenteux, les produits de nettoyage des lentilles de contact et les produits de nettoyage, de protection et d'adoucissement de la peau;
- q. Le transport ou le voyage, autres que ceux prévus dans les paragraphes précédents;
- r. Les services rendus par un médecin autorisé et pratiquant au Canada si la personne assurée est admissible à un régime d'assurance médicale provincial, sauf les services prévus dans les paragraphes précédents;
- s. La partie des frais remboursables en vertu d'un régime d'assurance médicale provincial ou d'un programme financé par une province;
- t. La partie des frais pour des services rendus ou des fournitures fournies par un hôpital à l'étranger et qui seraient normalement remboursés en vertu d'un régime provincial d'assurance médicale ou de soins hospitaliers si les services étaient rendus ou les produits fournis dans un hôpital au Canada. Cette exception ne s'applique pas aux avantages de la « Protection à l'extérieur de la province »;
- u. La partie des frais dont la responsabilité légale incombe à une tierce partie.
- v. Les contraceptifs autres qu'oraux;
- w. Les frais encourus à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée s'ils sont requis pour le traitement d'urgence d'une blessure subie ou d'une maladie contractée plus de 40 jours après la date de départ de la province de résidence;
- x. Les frais de « Protection en cas d'urgence pendant un voyage » encourus lorsque la personne assurée réside de façon temporaire ou permanente à l'étranger; et
- y. Les frais pour le traitement d'une blessure subie ou d'une maladie contractée avant le départ de la personne assurée de sa province de résidence.

PARTIE IV – ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

- 72. Prestations de décès
- 73. Processus de souscription à l'assurance et date d'entrée en vigueur de celle-ci
- 74. Montant de l'assurance
- 75. Indemnité en cas de décès pendant la période d'admissibilité au régime de Couverture après la libération
- 76. Bénéficiaire
- 77. Assurance vie libérée des personnes à charge
- 78. Privilèges de transformation
- 79. Exonération des primes

PARTIE IV

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

72. Prestations de décès

L'Assureur versera au membre des prestations selon le montant d'assurance vie en vigueur sur la vie de la personne à charge au moment du décès de cette dernière sur réception au siège social d'une attestation de décès en bonne et due forme précisant que la personne à charge est décédée alors qu'elle était assurée en vertu de la présente police.

73. Processus de souscription à l'assurance et date d'entrée en vigueur de celle-ci

Un membre est automatiquement titulaire de l'AVPC lorsqu'il a été approuvé par l'Assureur à l'Assurance revenu aux survivants (ARS), au Régime d'assurance collective facultative temporaire (ACFT), au Régime d'assurance temporaire de la Réserve (RATR), à la Couverture après la libération (CAL) ou à l'Assurance pour membres libérés (AML). Dès que l'Assureur reçoit et approuve la demande d'adhésion à l'un des régimes susmentionnés, l'AVPC entre en vigueur.

74. Montant de l'assurance

- a. Chacune des personnes à charge est admissible aux montants d'assurance vie ci-dessous :
 - (i) L'AVPC pour les conjoints prévue par l'ARS est de 20 000 \$.
 - (ii) L'AVPC pour les enfants prévue par l'ARS, l'ACFT, le RATR, la CAL et l'AML est de 10 000 \$. Le montant maximal d'assurance prévu par tous ces régimes est limité à un bénéfice unique de 10 000 \$ par enfant à charge, et ce, dans toutes les circonstances.
- b. L'AVPC est liée aux régimes d'assurance vie pertinents en vigueur sur la vie du membre. Toutefois, si le membre n'a pas d'assurance vie en vigueur en vertu de l'ACFT, du RATR, de la CAL et de l'AML, et son conjoint a une protection en vigueur, le conjoint est considéré comme étant le membre uniquement pour les besoins de la présente partie de la police. Cependant, le membre demeure le bénéficiaire.

75. Indemnité en cas de décès pendant la période d'admissibilité au régime de CAL/AML

- a. Sur réception au siège social d'une attestation de décès en bonne et due forme précisant le décès du conjoint du membre ou d'un enfant à sa charge pendant la période de 60 jours pendant laquelle le membre aurait pu faire une demande de CAL (si sa date de libération des FC est avant le 1 octobre 2005), ou d'AML (si sa date de libération des FC est le ou après le 1 octobre 2005), l'Assureur versera au membre le montant maximal applicable au titre d'un tel certificat individuel qui aurait pu être délivré au membre, que ce dernier ait présenté une demande d'adhésion à la CAL/ à l'AML ou non.

- b. Si la CAL ou l'AML a été délivrée sur la vie de la personne à charge conformément à la partie X et la partie XVI, aucun versement ne doit être fait selon les dispositions de cette police, sauf si le certificat de CAL ou d'AML pertinent est racheté sans paiement de tout sinistre afférent, sauf le remboursement des primes payées.

76. Bénéficiaire

- a. Le membre est le bénéficiaire de toute assurance vie prévue par la présente partie, sauf dans le cas d'un couple militaire, dont chaque personne a une AVPC, où les prestations seront conjointement versées au couple.
- b. Les prestations qui doivent être versées à la suite du décès d'une personne à charge seront effectuées à la succession du membre si celui-ci ne survit pas aux personnes à sa charge.

77. Assurance vie libérée des personnes à charge

- a. Si la couverture des personnes à charge du membre aux termes de la présente police cesse en raison du décès du membre, de son conjoint ou de son ex-conjoint, chaque personne à charge assurée à la date du décès du membre aura droit à un certificat d'assurance vie libérée équivalant au montant d'assurance en vigueur immédiatement avant la date du décès du membre. Les enfants dont l'AVPC est prolongée grâce à la CAL (avant le 1^{er} octobre 2005) ou l'AML (le 1^{er} octobre 2005 ou après) conjointement avec la CAL pour les conjoints ou l'AML pour les conjoints n'ont pas droit à l'assurance vie libérée en vertu de la présente partie.
- b. Un tel certificat protège une personne à charge toute sa vie.
- c. De tels certificats seront délivrés selon les dispositions suivantes :
 - i. Aucune preuve d'assurabilité n'est requise;
 - ii. La demande d'adhésion au certificat doit être livrée ou postée à l'Assureur;
 - iii. L'assurance vie libérée fournie n'a pas de valeur de rachat;
 - iv. L'assurance vie libérée ne prévoit pas de prestations d'invalidité ou de prestations supplémentaires.

78. Privilèges de transformation

Voir l'article 9.

79. Exonération des primes

Voir l'article 12.

PARTIE V - RÉGIME D'ASSURANCE VIE RETRAITE POUR LES MILITAIRES (RAVRM)

- 80. Admissibilité
- 81. Comment les membres admissibles deviennent-ils assurés?
- 82. Suspension de la protection
- 83. Remise en vigueur de la protection
- 84. Prestations d'assurance vie
- 85. Annulation de la protection
- 86. Privilège de transformation
- 87. Changement rétroactif du salaire
- 88. Exonération des primes

PARTIE V

RÉGIME D'ASSURANCE VIE RETRAITE POUR LES MILITAIRES (RAVRM)

80. Admissibilité

Tous les lieutenants-colonels des services juridiques et tous les colonels ou militaires de grades supérieurs qui ont pris leur retraite des Forces canadiennes le 1^{er} janvier 1989 ou après en ayant droit à une rente immédiate continue (qu'elle soit réduite ou non), en vertu de la *Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes* (LPRFC) sont admissibles au RAVRM si, immédiatement avant leur libération, les membres qui avaient souscrit une assurance vie en vertu du Régime d'assurance des officiers généraux (RAOG). Les membres qui ont décidé de ne pas participer au RAOG doivent se qualifier avant leur libération afin d'être admissibles au RAVRM.

81. Comment les membres admissibles deviennent-ils assurés?

Tous les membres admissibles sont automatiquement assurés en vertu du RAVRM le 61^e jour suivant la date de leur libération, sauf si les membres indiquent par écrit au Titulaire de la police leur intention de ne pas participer au RAVRM.

82. Suspension de la protection

- a. La protection en vertu du RAVRM est suspendue dans les situations suivantes :
 - i. si, après sa libération des Forces canadiennes, un membre admissible se trouve un emploi ou retourne dans la fonction publique du Canada; et/ou
 - ii. un membre admissible reçoit des prestations d'assurance invalidité prolongée (AIP) en vertu de la présente police ou du Régime d'assurance pour les cadres de gestion de la fonction publique (RACGFP) lorsqu'une exonération des primes est en vigueur.
- b. L'admissibilité future à la protection en vertu du RAVRM n'est pas touchée par la suspension de la protection.

83. Remise en vigueur de la protection

- a. La protection en vertu du RAVRM doit être remise en vigueur à la plus récente des dates suivantes :
 - i. le jour suivant la date de cessation d'emploi, si le membre était à l'emploi de la fonction publique du Canada et n'était pas admissible à la protection d'assurance vie en vertu du RACGFP;
 - ii. le 32^e jour suivant la date de cessation d'emploi, si le membre était à l'emploi de la fonction publique du Canada et était admissible à la protection d'assurance vie en vertu du RACGFP;
 - iii. le 61^e jour suivant l'expiration de l'exonération des primes ou la renonciation aux prestations d'AIP.

- b. À la remise en vigueur de la protection en vertu du RAVRM, le montant de couverture correspondra à la valeur la plus élevée entre la solde annuelle finale ajustée à la date d'entrée en vigueur de la suspension et la solde annuelle finale ajustée juste avant la remise en vigueur du RAVRM.

84. Prestations d'assurance vie

- a. Sur réception au siège social d'une attestation de décès en bonne et due forme précisant que le membre est décédé alors qu'il était assuré en vertu de la présente, l'Assureur versera au bénéficiaire désigné du membre ou, à défaut, à la succession du membre, le montant d'assurance vie établi conformément au tableau des prestations suivant :

b. Tableau des prestations

<u>Année suivant la retraite</u>	<u>% de la solde annuelle ajustée*</u>
1	100 %
2	75 %
3	50 %
4	25 %
(et le reste de la vie)	

* La solde annuelle ajustée est la solde annuelle du membre ajustée au multiple de 250 \$ immédiatement supérieur, s'il ne correspond pas déjà à un tel multiple.

85. Annulation de la protection

Si un membre annule sa couverture d'assurance vie en vertu du RAVRM, celle-ci ne peut être remise en vigueur.

86. Privilège de transformation

- a. La couverture d'assurance vie en vertu du RAVRM diminue à des intervalles établis définis au paragraphe 84.b, à compter de la deuxième année de couverture. Le montant de la couverture perdue, avant le 1 octobre 2005, en raison de cette diminution peut être transformé en Couverture après la libération (CAL) conformément aux dispositions de la Partie X de la présente police, et le montant de la couverture perdue, le ou après le 1 octobre 2005, en raison de cette diminution peut être transformé en Assurance pour membres libérés (AML) conformément aux dispositions de la Partie XVI de la présente police, dans les 60 jours suivant la modification de la couverture en vertu du RAVRM et sans que le membre ait à fournir de preuve d'assurabilité.
- b. Sauf si le membre a exercé son droit de transformation en transmettant la demande requise à l'Assureur ou au Titulaire de la police dans la période prévue et avant son décès, aucune prestation de décès ne sera en vigueur pendant la période d'admissibilité à la transformation.

87. Changement rétroactif du salaire

Les augmentations rétroactives de la solde ne s'appliquent pas au calcul du montant de la couverture en vertu du RAVRM.

88. Exonération des primes

Il n'y a pas d'exonération des primes dans le cadre du RAVRM.

PARTIE VI – RÉGIME D’ASSURANCE DES OFFICIERS GÉNÉRAUX (RAOG)

ASSURANCE VIE POUR LES MEMBRES

- 89. Admissibilité
- 90. Comment un membre devient-il assuré?
- 91. Prestation d’assurance vie
- 92. Couverture après la libération
- 93. Prestations de décès pendant la période d’admissibilité au régime de Couverture après la libération
- 94. Privilèges de transformation
- 95. Exonération des primes

PRESTATIONS EN CAS DE DÉCÈS ET DE MUTILATION ACCIDENTELS POUR LE MEMBRE

- 96. Prestations en cas de décès et de mutilation accidentels pour le membre
- 97. Bénéficiaire – DMA pour le membre
- 98. Limites et exclusions – DMA pour le membre
- 98A. Aucun chevauchement de la prestation de mutilation

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

- 99. Assurance vie des personnes à charge
- 100. Couverture après la libération – personnes à charge

ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION ACCIDENTELS DES PERSONNES À CHARGE

- 101. Assurance en cas de décès et de mutilation accidentels des personnes à charge
- 102. Limites et exclusions – DMA des personnes à charge

PARTIE VI

RÉGIME D'ASSURANCE DES OFFICIERS GÉNÉRAUX

ASSURANCE VIE POUR LES MEMBRES

89. Admissibilité

Les officiers de la Force régulière et de la Force de réserve de classe « C » ayant le grade effectif de colonel ou un grade supérieur dans toutes les classifications, et de lieutenant-colonel des services juridiques, sont automatiquement admis au Régime d'assurance des officiers généraux (RAOG) à la date de promotion, ou pour les officiers de classe « C », à la date d'emploi.

90. Comment un membre devient-il assuré?

- a. Un membre admissible peut adhérer au RAOG en vue d'obtenir une assurance vie de base, une assurance décès et mutilation accidentels, une assurance vie des personnes à charge et une assurance décès et mutilation accidentels des personnes à charge le premier jour auquel il devient admissible, et ce, sans soumettre une demande d'adhésion.
- b. Le membre peut faire une demande d'adhésion à l'assurance vie facultative en remplissant une demande d'adhésion et en la transmettant au Titulaire de la police ou à l'Assureur, en remplissant une autorisation de délégation de solde indiquant le montant de la prime exigée et, s'il y a lieu, en fournissant une preuve d'assurabilité, à la satisfaction de l'Assureur, et ce, sans frais engagé par celui-ci. Seuls les membres qui font une demande d'adhésion à l'assurance vie facultative plus de 60 jours après leur admissibilité à celle-ci doivent fournir une preuve d'assurabilité à l'Assureur. La protection entre en vigueur lorsque l'Assureur approuve la demande.
- c. Si le membre ne peut effectuer ses tâches normales en raison de blessures ou de maladie, le membre sera protégé en vertu du RAOG à la date qui survient en dernier parmi les suivantes :
 - (i) le premier jour du mois civil suivant une période de 31 jours consécutifs pendant laquelle le membre est retourné à ses tâches normales ou le premier jour du mois civil qui coïncide avec cette période;
 - (ii) la date à laquelle l'Assureur approuve la preuve d'admissibilité du membre à son siège social.

91. Prestation d'assurance vie

- a. Sur réception à son siège social d'une attestation de décès en bonne et due forme précisant que le membre est décédé alors qu'il était assuré en vertu de la présente, l'Assureur versera au bénéficiaire désigné du membre le montant d'assurance vie en vigueur sur la vie du membre au moment de son décès conformément au tableau des prestations ci-dessous.

- b. Tableau des prestations :
- i. Assurance vie de base : l'Assureur versera un montant équivalent à deux (2) fois la solde annuelle du membre au moment de son décès, ajustée à la prochaine tranche de 1 000 \$.
 - ii. Assurance vie facultative : en plus de l'assurance vie de base indiquée ci-dessus, l'Assureur versera le montant d'assurance vie facultative que le membre a acheté, le cas échéant, équivalent à une (1) fois la solde annuelle du membre au moment de son décès, arrondie à 1 000 \$ près.

92. Couverture après la libération

Un membre dont le RAOG cesse parce qu'il n'est plus membre à plein temps des Forces canadiennes (Force régulière), ou qu'il a quitté le service de réserve de classe « C » avant le 1^{er} octobre 2005, peut choisir de transformer jusqu'à la totalité de sa couverture en vertu du RAOG, sous réserve de toute limite prévue dans la présente police, à la Couverture après la libération (CAL) selon les dispositions de la partie X. Après le 1^{er} octobre 2005, il peut seulement choisir de transformer jusqu'à la totalité de sa couverture en vertu du RAOG, sous réserve de toute limite prévue dans la présente police, à l'Assurance pour membres libérés (AML) selon les dispositions de la partie XVI.

93. Prestations de décès pendant la période d'admissibilité au régime de Couverture après la libération

Voir l'article 11.

94. Privilèges de transformation

Voir l'article 9.

95. Exonération des primes

Voir l'article 12.

PRESTATIONS EN CAS DE DÉCÈS ET DE MUTILATION ACCIDENTELS POUR LE MEMBRE

96. Prestations en cas de décès et de mutilation accidentels pour le membre

- a. Sous réserve de l'article 98, si le membre subit une des pertes décrites ci-dessous qui découle d'une blessure extérieure, violente et accidentelle, l'Assureur lui verse le montant d'assurance pour la perte précisée selon le tableau des prestations suivant dès qu'il reçoit une preuve satisfaisante à l'effet que :
- i. la blessure est survenue alors que le membre était assuré en vertu de la présente police;
 - ii. la perte est survenue dans les 90 jours suivant la blessure; et
 - iii. la perte découle directement et uniquement de la blessure et n'est pas liée à d'autres causes.

b. Tableau des prestations

250 000 \$ d'assurance pour la perte :

de la vie
des deux mains
des deux pieds
d'une main et d'un pied
de la vue dans les deux yeux
d'une main et de la vue dans un œil
d'un pied et de la vue dans un œil
de l'ouïe (bilatérale)
de la parole

125 000 d'assurance pour la perte :

de la vue dans un œil
d'une main
d'un pied

62 500 \$ d'assurance pour la perte :

du pouce et de l'index de la même main
de l'ouïe (unilatérale)

- c. Le terme « perte » tel qu'utilisé plus haut signifie également la perte de l'usage.
- d. L'expression « perte de la vue » signifie la perte totale et irrémédiable de la vue.
- e. Le montant total versé pour toutes les pertes subies par un membre en conséquence d'un même accident ne peut excéder 250 000 \$.

97. Bénéficiaire – DMA pour le membre

- a. En cas de décès accidentel, la prestation est versée au bénéficiaire désigné par le membre. Si aucun bénéficiaire n'est désigné ou si le bénéficiaire décède avant le membre, le montant de la prestation à payer est versé à la succession du membre.
- b. En cas de mutilation, la prestation est versée au membre.

98. Limites et exclusions – DMA pour le membre

- a. Aucune prestation de décès et de mutilation accidentelle n'est versée pour toute perte causée en partie ou en totalité, directement ou indirectement, par :
 - (i) la maladie ou l'infirmité corporelle ou mentale ou le traitement médical ou chirurgical correspondant;
 - (ii) l'intoxication alimentaire ou l'infection bactérienne, à l'exception d'une infection survenue à la suite d'une blessure visible subie accidentellement;
 - (iii) l'auto-destruction ou la blessure auto-infligée, que le membre soit sain d'esprit ou non.
- b. Lorsque le membre subit une mutilation accidentelle qui est attribuable au service militaire, telle qu'elle est définie dans la police n° 906906, et qu'il n'est pas couvert par les dispositions du RAOG ou du RAOG Rés de la police n° 901102, il doit présenter une demande de règlement pour mutilation accidentelle en vertu de la police n° 906906 et n'est pas admissible aux prestations en vertu des dispositions d'assurance mutilation de la police n° 901102.
- c. Aucune prestation n'est versée au titre de la section des prestations en cas de décès ou de mutilation accidentels de cette police dans le cas de tout décès accidentel attribuable au service militaire survenant après le 31 mars 2006 et ouvrant droit à l'indemnité forfaitaire prévue par la nouvelle Charte des anciens combattants.

98A. Aucun chevauchement de la prestation de mutilation

- h. Lorsque le membre est couvert par le RAOG ou le Régime d'assurance des officiers généraux de la Réserve (RAOG Rés) de la police du RARM n° 901102, il doit présenter une demande de règlement pour mutilation accidentelle dans le cadre d'un de ces régimes et il ne peut ni présenter une demande de prestation, ni recevoir des prestations en vertu de la police de mutilation accidentelle du RARM n° 906906 ou de toute disposition de l'Assurance invalidité prolongée (AIP) prévue par la police n° 901102.
- i. Lorsque le membre subit une mutilation accidentelle qui n'est pas attribuable au service militaire, selon la définition dans la police n° 906906, et qu'il n'est pas couvert par le RAOG ou le RAOG Rés de la police n° 901102, il doit présenter une demande de règlement pour mutilation accidentelle en vertu des dispositions de l'AIP de la police n° 901102 et il ne peut présenter une demande de règlement pour mutilation accidentelle dans le cadre de la police n° 906906.

- j. Lorsque le membre subit une mutilation accidentelle attribuable au service militaire, selon la définition dans la police n° 906906, et qu'il n'est pas couvert par le RAOG ou le RAOG Rés de la police n° 901102, il doit présenter une demande de règlement pour mutilation accidentelle en vertu de la police n° 906906 et il ne peut présenter une demande de règlement pour mutilation accidentelle en vertu des dispositions de l'assurance mutilation de la police n° 901102.
- k. Lorsqu'un membre est titulaire de plus d'une assurance de mutilation accidentelle aux termes d'au moins deux des régimes suivants : ACFT, RATR, RAOG ou RAOG Rés, il reçoit une prestation de mutilation selon le montant de couverture le plus élevé de toutes les couvertures dont il est titulaire. Dans tous les cas, on accorde à l'assuré une seule prestation par mutilation.

Lorsqu'un membre est titulaire de la CAL et de l'AML, pourvu que cette couverture ne dépasse pas le montant maximal de 600 000 \$, l'assurance de mutilation accidentelle dont il peut se prévaloir est le montant combiné de la couverture de mutilation prévue par les deux régimes.

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

99. Assurance vie des personnes à charge

- a. Sur réception d'une attestation, à la satisfaction de l'Assureur, que la personne à charge est décédée alors que le membre était assurée en vertu de la présente partie, l'Assureur versera au membre couvert par le RAOG les prestations d'assurance vie suivantes :

(a)	Conjoint	5 000 \$
(b)	Chaque enfant	2 500 \$

100. Couverture après la libération – personnes à charge

L'assurance vie des personnes à charge prévue par la présente partie demeure en vigueur pendant que le membre est assuré en vertu du RAOG. L'annulation de la couverture du RAOG met fin à la couverture d'assurance vie des personnes à charge. Si l'assurance vie des personnes à charge expire car le membre est libéré des Forces canadiennes avant le 1^{er} octobre 2005, la personne à charge peut prolonger sa couverture en vertu de la CAL, selon les dispositions de la partie X. Si le membre est libéré des Forces canadiennes le 1^{er} octobre 2005 ou après, la personne à charge peut prolonger sa couverture en vertu de l'AML, selon les dispositions de la partie XVI.

ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION ACCIDENTELS DES PERSONNES À CHARGE

101. Assurance en cas de décès ou de mutilation accidentels des personnes à charge

- a. Sous réserve de l'article 102, si une personne à charge subit une des pertes décrites ci-dessous, l'Assureur verse au membre le montant d'assurance indiqué dans le tableau des prestations suivant. La perte doit découler d'une blessure extérieure, violente et accidentelle. L'Assureur doit avoir une preuve suffisante à l'effet que :
- i. la blessure est survenue alors que la personne à charge était assurée en vertu de la présente police;
 - ii. la perte est survenue dans les 90 jours suivant la blessure;
 - iii. la perte découle directement et uniquement de la blessure et n'est pas liée à d'autres causes.

b. Tableau des prestations

<u>Personne à charge</u>	<u>Montant de l'assurance</u>
Conjoint	5 000 \$
Chaque enfant	2 500 \$

Plein montant de l'assurance pour la perte :

de la vie
des deux mains
des deux pieds
d'une main et d'un pied
de la vue dans les deux yeux
d'une main et de la vue dans un œil
d'un pied et de la vue dans un œil
de l'ouïe (bilatérale)
de la parole

La moitié du plein montant d'assurance pour la perte :

de la vue dans un œil
d'une main
d'un pied

Le quart du plein montant d'assurance pour la perte :

du pouce et de l'index de la même main
de l'ouïe (unilatérale)

- c. Le terme « perte » tel qu'utilisé plus haut signifie également la perte de l'usage.
- d. L'expression « perte de la vue » signifie la perte totale et irrémédiable de la vue.
- e. Le montant total versé pour toutes les pertes subies par une personne en conséquence d'un même accident ne peut excéder le plein montant d'assurance de la personne à charge.

102. Limites et exclusions – DMA des personnes à charge

Aucune prestation de décès et de mutilation accidentelle n'est versée pour toute perte causée en partie ou en totalité, directement ou indirectement, par :

- a. la maladie ou l'infirmité corporelle ou mentale ou le traitement médical ou chirurgical correspondant; ou
- b. l'intoxication alimentaire ou l'infection bactérienne, à l'exception d'une infection survenue à la suite d'une blessure visible subie accidentellement; ou
- c. l'autodestruction ou la blessure auto-infligée, que le membre soit sain d'esprit ou non.
- d. Lorsqu'un membre fait une demande d'indemnité de mutilation accidentelle pour un enfant à charge et qu'il est titulaire de plus d'une assurance de mutilation accidentelle en vertu d'au moins deux des régimes suivants : ACFT, RATR, AML, RAOG ou RAOG Rés, il reçoit une prestation de mutilation selon le montant de couverture le plus élevé de toutes les couvertures dont il est titulaire. Dans tous les cas, on accorde à l'assuré une seule prestation par mutilation.

PARTIE IX
RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE FACULTATIVE TEMPORAIRE (ACFT)

- 119. Admissibilité
- 120. Comment un membre ou son conjoint admissible devient-il assuré?
- 121. Prestation d'assurance vie
- 122. Transformation ou continuité de couverture
- 123. Bénéficiaire
- 124. Cession
- 125. Limites et exclusions
- 126. Couverture après la libération
- 127. Assurance vie libérée
- 128. Limite de couverture
- 129. Prestation de décès pendant la période d'admissibilité au régime de Couverture après la libération
- 130. Privilège de transformation
- 131. Exonération des primes
- 131A. Mutilation accidentelle
- 131B. Limites et exclusions – mutilation
- 131C. Aucun chevauchement de la prestation de mutilation

PARTIE IX

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE FACULTATIVE TEMPORAIRE (ACFT)

119. Admissibilité

Le régime d'assurance collective facultative temporaire (ACFT) est offert :

- a. aux membres des Forces canadiennes (Force régulière);
- b. aux membres des Forces canadiennes (Force de réserve) en service de réserve de classe « C » et
- c. aux conjoints ou aux ex-conjoints des membres susmentionnés si les membres en font la demande.

120. Comment un membre ou son conjoint admissible devient-il assuré?

- a. Un membre admissible peut faire une demande de couverture d'ACFT conformément aux indications de l'article 4.
- b. Les membres assurés ne sont pas tenus de fournir une preuve d'assurabilité s'ils choisissent de remplacer la prestation de revenu aux survivants par l'ACFT, y compris, au choix du membre, l'assurance vie de conjoint à charge.
- c. Un membre qui présente une demande d'adhésion au régime d'ACFT ou un membre qui fait une demande d'augmentation de la couverture d'une telle assurance vie doit fournir une preuve d'assurabilité satisfaisante pour l'Assureur ou le Titulaire de la police, et ce, sans frais pour l'Assureur ou le Titulaire de la police.
- d. Un membre peut présenter une demande de couverture d'ACFT ou d'augmentation de la couverture sur sa vie ou sur celle de son conjoint ou, si le membre n'a pas de conjoint, sur la vie de son ex-conjoint. Dans tous les cas, le membre doit fournir une preuve d'assurabilité satisfaisante pour l'Assureur ou le Titulaire de la police, et ce, sans frais pour l'Assureur ou le Titulaire de la police.

121. Prestation d'assurance vie

- a. Un membre admissible peut demander une couverture d'ACFT pour lui-même, pour son conjoint ou pour son ex-conjoint par unités de 10 000 \$ jusqu'à concurrence de 60 unités ou de 600 000 \$ par personne.
- b. Consulter la partie IV pour en savoir plus sur la couverture d'assurance vie d'enfants à charge.

- c. Si le décès du membre survient lorsque la couverture d'ACFT est en vigueur, l'Assureur versera la prestation au bénéficiaire désigné, s'il y a lieu, après avoir reçu l'attestation en bonne et due forme du décès du membre. Si le décès du conjoint ou l'ex-conjoint survient lorsque la couverture d'ACFT est en vigueur, l'Assureur versera la prestation au bénéficiaire après avoir reçu l'attestation en bonne et due forme du décès du conjoint ou de l'ex-conjoint.

122. Transformation ou continuité de couverture

Les membres peuvent choisir de transformer leur prestation de revenu aux survivants et l'assurance vie pour personnes à charge en ACFT, conformément aux indications de l'article 42.

Les membres peuvent choisir de maintenir la couverture d'ACFT du conjoint en cas de séparation ou de divorce, comme indiqué au paragraphe 1.d, sous réserve des limites établies à l'alinéa 7.e.(ii).

123. Bénéficiaire

Un membre peut en tout temps désigner un bénéficiaire par écrit. Le bénéficiaire désigné doit être inscrit dans les dossiers du Titulaire de la police. Si aucun bénéficiaire n'est désigné ou si aucun ne survit au décès du membre, l'Assureur doit verser la prestation à la succession du membre après avoir reçu l'attestation en bonne et due forme du décès du membre. Le membre doit toujours être le bénéficiaire de l'assurance vie du conjoint ou de l'ex-conjoint, sauf indication contraire par écrit.

124. Cession

Un membre ne peut céder les indemnités versées en vertu de la présente police.

125. Limites et exclusions

- a. Si le décès de l'assuré résulte d'un acte volontaire alors que l'assuré était sain d'esprit ou non :
- i. aucune prestation d'assurance vie versée dans le cadre de l'ACFT ne doit être payée à moins que l'assurance vie ne soit entrée en vigueur ou n'ait été remise en vigueur plus de deux ans avant la date du décès.
 - ii. aucune augmentation de la couverture de l'ACFT ne doit être payée à moins que cette augmentation ne soit entrée en vigueur ou n'ait été remise en vigueur plus de deux ans avant la date du décès.
 - iii. et que l'assuré a obtenu la couverture dans le cadre de l'ACFT en vertu d'une transformation de l'ARS, du RATR, de la CAL ou de l'AML, nonobstant les alinéas (i) et (ii) du présent paragraphe, la prestation sera payée à condition que la période continue pendant laquelle l'assurance vie a été en vigueur dans le cadre de ces cinq régimes soit de plus de deux ans, entre la plus récente des dates d'entrée en vigueur et la date de remise en vigueur de chacun des régimes d'ARS, ACFT, RATR, CAL et d'AML.

126. Couverture après la libération

- a. Un membre dont la totalité de la couverture d'ACFT cesse parce qu'il n'est plus membre à plein temps des Forces canadiennes (Force régulière) avant le 1^{er} octobre 2005 peut choisir de transformer jusqu'à la totalité de sa couverture d'ACFT – membre, conjoint ou ex-conjoint, y compris les enfants à charge, sous réserve de toute limite prévue dans cette police, à la Couverture après la libération (CAL) selon les dispositions de la partie X. Après le 1^{er} octobre 2005, il peut seulement choisir de transformer jusqu'à la totalité de sa couverture d'ACFT, sous réserve de toute limite prévue dans cette police, à l'Assurance pour membres libérés (AML) selon les dispositions de la partie XVI.
- b. Au décès du membre, avant le 1^{er} octobre 2005, le conjoint survivant peut transformer la couverture existante de l'ACFT – conjoint en CAL. Le ou après le 1^{er} octobre 2005, le conjoint survivant peut transformer la couverture existante de l'ACFT – conjoint en AML.
- c. Au décès du membre, avant le 1^{er} octobre 2005, l'ex-conjoint survivant peut transformer la couverture existante de l'ACFT – ex-conjoint en CAL, et le ou après le 1^{er} octobre 2005, l'ex-conjoint survivant peut transformer la couverture existante de l'ACFT – ex-conjoint en AML, seulement si le membre n'avait pas de conjoint survivant.

127. Assurance vie libérée

Voir l'article 77.

128. Limite de couverture

Voir l'article 29.

129. Prestation de décès pendant la période d'admissibilité au régime de Couverture après la libération

Voir l'article 11.

130. Privilège de transformation

Voir l'article 9.

131. Exonération des primes

Voir l'article 12.

131A. Mutilation accidentelle

a. L'Assureur doit verser le montant de l'indemnité prévue dans le tableau des prestations ci-dessous sur réception d'une preuve en bonne et due forme que le militaire, le conjoint ou l'ex-conjoint assuré a subi une mutilation par suite d'un accident dans les 365 jours suivant l'accident et que le militaire, le conjoint ou l'ex-conjoint avait moins de 75 ans à la date de l'accident. Aucune indemnité n'est payable avant l'expiration d'un délai de treize (13) semaines suivant la date de l'accident.

b. Tableau des prestations

<u>Personne assurée</u>	<u>Montant de l'assurance</u>
Membre	La couverture du militaire en vigueur en vertu du présent régime à la date de l'accident (jusqu'à concurrence de 250 000 \$)
Conjoint	La couverture du conjoint en vigueur en vertu du présent régime à la date de l'accident (jusqu'à concurrence de 250 000 \$)
Enfant à charge	La couverture de l'enfant à charge en vigueur à la date de l'accident (jusqu'à concurrence de 10 000 \$)

<u>Pour la perte :</u>	<u>Montant de la prestation</u>
des deux mains ou des deux pieds	la somme assurée
d'une main et d'un pied	la somme assurée
de la vue dans les deux yeux	la somme assurée
d'une main et de la vue dans un œil	la somme assurée
d'un pied et de la vue dans un œil	la somme assurée
de l'ouïe (bilatérale)	la somme assurée
de la parole	la somme assurée
d'une main ou d'un pied	la moitié de la somme assurée
de la vue dans un œil	le moitié de la somme assurée
du pouce et de l'index de la même main	le quart de la somme assurée
de l'ouïe (unilatérale)	le quart de la somme assurée

- c. Le terme « perte » tel qu'il est utilisé plus haut signifie également la perte de l'usage.
- d. Le terme « perte de la vue » signifie la perte totale et irrémédiable de la vue.
- e. Les expressions « perte de la parole » et « perte de l'ouïe » signifient la perte totale et irrémédiable.
- f. Si plusieurs des pertes décrites ci-dessus se produisent à la suite du même accident, seul le montant le plus élevé indiqué dans le Tableau des prestations sera payé.

131B. Limites et exclusions – mutilation

Aucune indemnité de mutilation n'est versée dans les cas suivants :

- a. si la mutilation découle de la participation de l'assuré à un acte criminel;
- b. si la mutilation découle d'une blessure volontaire ou d'une tentative d'autodestruction volontaire
tandis que l'assuré était sain d'esprit ou non;
- c. si la mutilation résulte d'un accident survenu avant l'adhésion à l'ACFT, le RATR, la CAL, l'AML, le RAOG, ou le RAOG rés;
- d. si la mutilation résulte d'une maladie, d'un traitement médical ou chirurgical correspondant, sauf
si une infection purulente est survenue à la suite d'une coupure ou d'une blessure accidentelle;
- e. si l'accident est survenu alors que le militaire ou le conjoint assuré était âgé de 75 ans ou plus;
- f. pour les militaires dont la mutilation est attribuable au service militaire. Il se peut que la mutilation soit couverte en vertu de la police du RARM n° 906906, sous réserve des conditions
et
des dispositions de cette police;
- g. si le décès survient par suite d'un accident dans les 13 semaines suivant la date de l'accident ayant provoqué la blessure.

131C. Aucun chevauchement de la prestation de mutilation

- l. Lorsque le membre est couvert par le RAOG ou le Régime d'assurance des officiers généraux de la Réserve (RAOG Rés) de la police du RARM n° 901102, il doit présenter une demande de règlement pour mutilation accidentelle dans le cadre d'un de ces régimes et il ne peut ni présenter une demande de prestation, ni recevoir des prestations en vertu de la police de mutilation accidentelle du RARM n° 906906 ou de toute disposition de l'Assurance invalidité prolongée (AIP) prévue par la police n° 901102.
- m. Lorsque le membre subit une mutilation accidentelle qui n'est pas attribuable au service militaire, selon la définition dans la police n° 906906, et qu'il n'est pas couvert par le RAOG ou le RAOG Rés de la police n° 901102, il doit présenter une demande de règlement pour mutilation accidentelle en vertu des dispositions de l'AIP de la police n° 901102 et il ne peut présenter une demande de règlement pour mutilation accidentelle dans le cadre de la police n° 906906.
- n. Lorsque le membre subit une mutilation accidentelle attribuable au service militaire, selon la définition dans la police n° 906906, et qu'il n'est pas couvert par le RAOG ou le RAOG Rés de la police n° 901102, il doit présenter une demande de règlement pour mutilation accidentelle en vertu de la police n° 906906 et il ne peut présenter une demande de règlement pour mutilation accidentelle en vertu des dispositions de l'assurance mutilation de la police n° 901102.

- o. Lorsqu'un membre est titulaire d'une assurance de mutilation accidentelle sous deux ou plus aux termes de l'ACFT, du RATR, du RAOG ou du RAOG Rés, il reçoit une prestation de mutilation selon le montant de couverture le plus élevé de toutes les couvertures dont il est titulaire. Dans tous les cas, on accorde à l'assuré une seule prestation par mutilation.

Lorsqu'un membre est titulaire de la CAL et de l'AML, pourvu que cette couverture ne dépasse pas le montant maximal de 600 000 \$, l'assurance de mutilation accidentelle dont il peut se prévaloir est le montant combiné de la couverture de mutilation prévue par les deux régimes.

PARTIE X - COUVERTURE APRÈS LA LIBÉRATION

- 132. Admissibilité
- 133. Transformation en police d'assurance vie individuelle
- 134. Date d'entrée en vigueur de la couverture
- 135. Prestation d'assurance vie
- 136. Bénéficiaire
- 137. Limite de couverture
- 138. Prestation de décès pendant la période d'admissibilité au régime de Couverture après la libération
- 139. Privilèges de transformation
- 140. Prestation supplémentaire de survivant (PSS)
- 141. Admissibilité - PSS
- 142. Montant et durée de la prestation - PSS
- 143. Assurance vie libérée de personnes à charge
- 144. Prolongation de la couverture sur la vie de l'ex-conjoint
- 145. Protection de mutilation accidentelle
- 146. Limites et exclusions - Mutilation
- 147. Exonération des primes
- 148. Cession

PARTIE X

COUVERTURE APRÈS LA LIBÉRATION (CAL)

132. Admissibilité

- a. La Couverture après la libération est offerte aux personnes suivantes :
- i. Le 1^{er} avril 1981 ou après, les membres de moins de 65 ans (sauf les membres adhérant au Régime de service après la retraite) qui sont couverts dans le cadre de prestations de revenu aux survivants, du Régime d'assurance collective facultative temporaire, du Régime d'assurance temporaire de la Réserve, du Régime d'assurance des officiers généraux, du Régime d'assurance des officiers généraux de la Réserve ou du Régime d'assurance vie retraite pour les militaires, deviennent admissibles et peuvent choisir d'adhérer au régime de Couverture après la libération dans les 60 jours suivant la date de leur libération des Forces canadiennes ou dans les 60 jours suivant une diminution de leur couverture d'assurance vie retraite pour les militaires, selon le cas.
 - ii. Les membres admissibles de moins de 65 ans qui ont demandé ou reçu des prestations d'invalidité prolongée en vertu de la présente police immédiatement après leur libération peuvent faire une demande d'adhésion au régime de Couverture après la libération dans les 60 jours suivant la renonciation à cette demande de prestation ou dans les 60 jours suivant la date d'expiration de toute prolongation de couverture en marge du régime de prestations d'invalidité prolongée, selon la première éventualité.
 - iii. Un conjoint admissible au Régime d'assurance collective facultative temporaire (conjoint), au Régime d'assurance temporaire de la Réserve ou au Régime d'assurance vie pour personnes à charge (conjoint) en vertu des parties IV, VI, IX et/ou XIV de la présente police, peut choisir d'adhérer au régime de Couverture après la libération aux mêmes conditions que celles applicables au membre. Si le membre n'avait pas de conjoint à la date de son décès, son ex-conjoint couvert en vertu de l'un de ces régimes peut choisir d'adhérer au régime de Couverture après la libération aux mêmes conditions que celles applicables au membre.
 - iv. Un ancien membre des Forces canadiennes (ou son conjoint, si le membre est décédé, ou son ex-conjoint, si le membre est décédé et n'avait pas de conjoint à la date de son décès) peut faire une demande d'adhésion au régime de Couverture après la libération pour lui-même, son conjoint ou son ex-conjoint jusqu'à l'âge de 55 ans inclusivement, en fournissant une preuve d'assurabilité. La limite d'âge peut être accrue à raison d'une année ou partie d'année pendant laquelle le membre a adhéré à l'un des régimes d'assurance vie (à l'exclusion de la CAL) offerts dans le cadre de la présente police. Toutefois, aucune demande de couverture ou d'augmentation de couverture ne doit être autorisée après que l'assuré proposé a atteint l'âge de 60 ans. Cette limite d'âge vise le membre, le conjoint et l'ex-conjoint.
 - v. Le conjoint d'un ancien membre des Forces canadiennes est admissible à l'assurance lorsque la couverture de l'ex-conjoint est libérée.
- b. Pour transformer les couvertures admissibles en vigueur sans preuve d'assurabilité, le membre admissible (ou son conjoint, si le membre est décédé, ou son ex-conjoint, si le membre est décédé et n'avait pas de conjoint à la date de son décès) doit se conformer aux paragraphes a. et b. de l'article 4 dans les 60 jours suivant la date de libération du membre ou dans les 60 jours

suyant une diminution de sa couverture d'assurance vie retraite pour les militaires, selon le cas. Dans tous les autres cas, une preuve d'assurabilité satisfaisante pour l'Assureur et sans frais pour ce dernier doit être fournie.

133. Transformation en police d'assurance vie individuelle

Voir l'article 8.

134. Date d'entrée en vigueur de la couverture

Lorsqu'un membre admissible (ou son conjoint, si le membre est décédé, ou son ex-conjoint, si le membre est décédé et n'avait pas de conjoint à la date de son décès) a satisfait aux conditions de l'article 132, la couverture en vertu de la CAL doit entrer en vigueur à la plus récente des dates suivantes :

- a. 1^{er} avril 1981;
- b. le 61^e jour suivant la date de libération du membre des Forces canadiennes;
- c. la date d'approbation de la couverture par l'Assureur;
- d. dans le cas de la transformation de la couverture visée par le Régime d'assurance vie retraite pour les militaires, la date suivant la diminution de la couverture ou la date à laquelle le Titulaire de la police ou l'Assureur reçoit la demande et la prime exigible;
- e. le 61^e jour suivant la date d'expiration de toute « prolongation de couverture » des prestations d'assurance invalidité prolongée, s'il y a lieu; et
- f. le 61^e jour suivant la renonciation d'un membre à recevoir des prestations d'AIP.

135. Prestation d'assurance vie

- a. La demande de couverture doit se faire par unités de 10 000 \$ jusqu'à concurrence de 40 unités ou 400 000 \$. Si des montants transformés ne sont pas des multiples de 10 000 \$, ces montants doivent être arrondis au multiple de 10 000 \$ immédiatement supérieur.
- b. Sous réserve de l'alinéa d. du présent article 135, le versement des primes cesse à la date d'anniversaire du certificat suivant le 65^e anniversaire du membre et la CAL est automatiquement réduite à un certificat d'assurance libérée correspondant à 10 % de la couverture en vigueur du membre. Le solde de la CAL peut être transformé en police individuelle selon les conditions énoncées à l'article 8.
- c. Sous réserve de l'alinéa e. du présent article 135, le versement des primes cesse à la date d'anniversaire du certificat suivant le 65^e anniversaire du conjoint ou de l'ex-conjoint et la CAL est automatiquement réduite à un certificat d'assurance libérée correspondant à 10 % de la couverture en vigueur du conjoint ou de l'ex-conjoint. Le solde de la CAL peut être transformé en police individuelle selon les conditions énoncées à l'article 8.
- d. Le 1^{er} janvier 1999 et après, la couverture d'un membre peut, en vertu d'une option de la CAL, être maintenue au-delà de la date d'anniversaire du certificat suivant le 65^e anniversaire du membre, à condition qu'un avis écrit du membre à cette fin soit transmis à l'Assureur ou au Titulaire de la police avant la date d'anniversaire du certificat suivant le 65^e anniversaire du membre. Si le membre choisit cette option, il ne peut plus obtenir un certificat d'assurance libérée ni bénéficier de privilèges de transformation.

- e. Le 1^{er} janvier 1999 et après, la couverture d'un conjoint ou d'un ex-conjoint peut, en vertu d'une option de la CAL, être maintenue au-delà de la date d'anniversaire du certificat suivant le 65^e anniversaire du conjoint ou de l'ex-conjoint, à condition qu'un avis écrit du conjoint ou de l'ex-conjoint à cette fin soit transmis à l'Assureur ou au Titulaire de la police avant la date d'anniversaire du certificat suivant le 65^e anniversaire du conjoint ou de l'ex-conjoint. Si le conjoint ou l'ex-conjoint choisit cette option, il (elle) ne peut plus obtenir un certificat d'assurance libérée ni bénéficier de privilèges de transformation.
- f. Après réception d'une attestation du décès de l'assuré satisfaisante pour l'Assureur, celui-ci versera la prestation au bénéficiaire.
- g. Dans le cas d'un membre ou d'un conjoint ou d'un ex-conjoint qui choisit de prolonger la CAL en vertu de l'alinéa 135 d. ou e. respectivement, la CAL expirera lorsque le membre, le conjoint ou l'ex-conjoint, selon le cas, atteint l'âge de 75 ans et aucune autre prime ne sera payable.

136. Bénéficiaire

Un membre (ou le conjoint ou l'ex-conjoint survivant) admissible peut en tout temps désigner un bénéficiaire par écrit. Le bénéficiaire désigné doit être inscrit dans les dossiers de l'Assureur ou du Titulaire de la police. Si aucun bénéficiaire n'est désigné ou si aucun ne survit au décès du membre, l'Assureur doit verser la prestation à la succession du membre après avoir reçu l'attestation en bonne et due forme du décès du membre. Le membre doit toujours être le bénéficiaire de l'assurance vie du conjoint ou de l'ex-conjoint, sauf indication contraire par écrit.

137. Limite de couverture

- a. Si le décès de l'assuré résulte d'un acte volontaire alors que l'assuré était sain d'esprit ou non :
 - (i) aucune prestation d'assurance vie versée dans le cadre de la CAL ne doit être payée à moins que l'assurance vie ne soit entrée en vigueur ou n'ait été remise en vigueur plus de deux ans avant la date du décès.
 - (ii) aucune augmentation de la CAL ne doit être payée à moins que cette augmentation ne soit entrée en vigueur ou n'ait été remise en vigueur plus de deux ans avant la date du décès.
 - (iii) et que l'assuré a obtenu la couverture dans le cadre de la CAL en vertu d'une transformation de l'ARS, de l'ACFT ou du RATR, nonobstant les alinéas (i) et (ii) du présent paragraphe, la prestation sera payée à condition que la période continue pendant laquelle l'assurance vie a été en vigueur dans le cadre de ces quatre régimes soit de plus de deux ans, entre la plus récente des dates d'entrée en vigueur et la date de remise en vigueur de chacun des régimes ARS, ACFT, CAL et RATR.
- b. Voir aussi l'article 29.
- c. Toute demande d'adhésion au régime de la CAL présentée après le 1^{er} octobre 2005 sera rejetée. Ainsi, si la date de libération du membre est après le 1^{er} octobre 2005, il n'est pas admissible à la CAL. Dans le cas du décès du membre après le 1^{er} octobre 2005, son conjoint ou ex-conjoint ne sera pas admissible à la CAL.

- d. Le montant maximal disponible pour la conversion au régime de la CAL des couvertures combinées du RAOG et du RAVRM du membre ne doit pas être supérieur à 1,75 fois sa solde à sa libération des Forces canadiennes.

138. Prestation de décès pendant la période d'admissibilité au régime de Couverture après la libération

Voir l'article 11.

139. Privilèges de transformation

Voir l'article 8.

140. Prestation supplémentaire de survivant (PSS)

La prestation supplémentaire de survivant est offerte à compter du 1^{er} janvier 1988 et après et correspond à une rente mensuelle payable au conjoint survivant d'un membre décédé, si le membre décédé :

- a. avait une assurance dans le cadre du régime de Couverture après la libération à l'âge de 65 ans et avait reçu un certificat d'assurance libérée et
- b. recevait une rente en vertu de la *Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes* au moment de son décès et avait un conjoint survivant tel que défini dans la *Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes*.

Le conjoint survivant doit remplir le formulaire requis de demande et d'autorisation de divulgation de renseignements pour recevoir la rente en vertu de la *Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes*.

Un membre survivant ayant une CAL pour conjoint est admissible à une prestation supplémentaire de survivant si son conjoint était un ancien membre des Forces canadiennes et répond aux critères d'admissibilité énoncés à l'article 141.

141. Admissibilité - PSS

À compter du 1^{er} janvier 1999, la prestation supplémentaire de survivant est offerte uniquement aux membres âgés de 60 ans ou plus le 1^{er} janvier 1999; la prestation supplémentaire de survivant n'est pas offerte au membre, au conjoint ou à l'ex-conjoint qui a choisi de prolonger la CAL en vertu de l'alinéa 135 e. ou f.

Pour être admissible à la prestation supplémentaire de survivant :

- a. le membre doit avoir été, le 1^{er} janvier 1988, couvert dans le cadre du régime de prestations de revenu aux survivants, du Régime d'assurance collective facultative temporaire, du Régime d'assurance des officiers généraux ou du régime de Couverture après la libération ou
- b. avoir adhéré pendant au moins 10 ans au régime de prestations de revenu aux survivants, au Régime d'assurance collective facultative temporaire, au Régime d'assurance temporaire de la Réserve ou au Régime d'assurance des officiers généraux,

si le membre à adhéré à un des régimes d'assurance pertinents dans le cadre de la présente police après le 1^{er} janvier 1988.

142. Montant et durée de la prestation - PSS

Le montant mensuel de la prestation supplémentaire de survivant correspondra au montant le moins élevé de ceux qui suivent :

- a. 75 % de la rente mensuelle de conjoint survivant en vertu de la *Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes*, y compris les prestations en vertu de la *Loi sur les prestations de retraite supplémentaires*;
- b. 1/12^e de la Couverture après la libération en vigueur à l'âge de 65 ans, jusqu'à concurrence de 150 000 \$ multiplié par le « taux d'intérêt sur les liquidités »;
- c. la proportion des prestations totales maximales que le Conseil d'administration des biens non publics juge appropriée.

Le Titulaire de la police se réserve le droit de terminé ou réduire le montant de la PSS en tout temps. La PSS se termine lors du décès du récipient.

143. Assurance vie libérée de personnes à charge

Voir l'article 77.

144. Prolongation de la couverture de l'ex-conjoint

Si un membre n'a pas de conjoint, il peut choisir de prolonger la CAL de son ex-conjoint tel que défini au paragraphe 1.d.

145. Protection de mutilation accidentelle

- a. L'Assureur doit verser le montant de l'indemnité prévue dans le tableau des prestations ci-dessous sur réception d'une preuve en bonne et due forme que le militaire, le conjoint ou l'ex-conjoint assuré a subi une mutilation par suite d'un accident dans les 365 jours suivant l'accident et que le militaire, le conjoint ou l'ex-conjoint avait moins de 65 ans à la date de l'accident. Aucune indemnité n'est payable avant l'expiration d'un délai de treize (13) semaines suivant la date de l'accident.
- b. Tableau des prestations

<u>Personne assurée</u>	<u>Montant de l'assurance</u>
Membre	La couverture du militaire en vigueur en vertu du présent régime à la date de l'accident (jusqu'à concurrence de 250 000 \$)
Conjoint	La couverture du conjoint en vigueur en vertu du présent régime à la date de l'accident (jusqu'à concurrence de 250 000 \$)
Enfant à charge	La couverture de l'enfant à charge en vigueur à la date de l'accident (jusqu'à concurrence de 10 000 \$)

<u>Pour la perte :</u>	<u>Montant de la prestation</u>
des deux mains ou des deux pieds	la somme assurée
d'une main et d'un pied	la somme assurée
de la vue dans les deux yeux	la somme assurée
d'une main et de la vue dans un œil	la somme assurée
d'un pied et de la vue dans un œil	la somme assurée
de l'ouïe (bilatérale)	la somme assurée
de la parole	la somme assurée
d'une main ou d'un pied	la moitié de la somme assurée
de la vue dans un œil	le moitié de la somme assurée
du pouce et de l'index de la même main	le quart de la somme assurée
de l'ouïe (unilatérale)	le quart de la somme assurée

- c. Le terme « perte » tel qu'utilisé plus haut signifie également la perte de l'usage.
- d. La « perte de la vue » signifie la perte totale et irrémédiable de la vue.
- e. La « perte de la parole » et la « perte de l'ouïe » signifient la perte totale et irrémédiable.
- f. Si plusieurs des pertes décrites ci-dessus se produisent à la suite du même accident, seul le montant le plus élevé indiqué dans le tableau des prestations sera payé.
- g. Lorsqu'un membre réclame une prestation de mutilation accidentelle et qu'il est titulaire d'une assurance aux termes de l'ACFT, du RATR, du RAOG ou du RAOG Rés, il reçoit une prestation de mutilation selon le montant de couverture le plus élevé. Dans tous les cas, on accorde à l'assuré une seule prestation par mutilation.

Lorsqu'un membre est titulaire de la CAL et de l'AML, pourvu que cette couverture ne dépasse pas le montant maximal de 600 000 \$, l'assurance de mutilation accidentelle dont il peut se prévaloir est le montant combiné de la couverture de mutilation prévue par les deux régimes.

146. Limites et exclusions – Mutilation accidentelle

- a. Aucune indemnité de mutilation n'est versée :
- (i) si la perte découle de la participation du membre à un acte criminel;
 - (ii) si la perte découle de l'autodestruction ou d'une blessure auto-infligée, que le membre soit sain d'esprit ou non;
 - (iii) si la perte découle d'un accident survenu avant l'adhésion du membre à l'AML, l'ACFT, le RATR, le RAOG et/ou le RAOG Rés;
 - (iv) s'il y a décès suite à l'accident ou dans les six mois suivant l'accident ayant causé la blessure; ou
 - (v) si la perte découle d'une maladie ou d'une infirmité ou du traitement médical ou chirurgical correspondant, sauf si une infection purulente est survenue à la suite d'une blessure subie accidentellement;
 - (vi) si l'accident survient le jour du 65^e anniversaire de l'assuré ou le jour suivant.

- b. Lorsque le membre subit une mutilation accidentelle qui est attribuable au service militaire, telle qu'elle est définie dans la police n° 906906, et qu'il n'est pas couvert par les dispositions du RAOG ou du RAOG Rés de la police n° 901102, il doit présenter une demande de règlement pour mutilation accidentelle en vertu de la police n° 906906 et n'est pas admissible aux prestations en vertu des dispositions d'assurance mutilation de la police n° 901102.

147. Exonération des primes

- a. Si, à la date de sa libération des Forces canadiennes, le membre est couvert par l'AIP, l'Assureur doit exonérer le membre, son conjoint ou son ex-conjoint assuré en vertu de cette couverture du paiement de la prime et maintenir l'assurance en vigueur sur réception, à son siège social, d'une preuve satisfaisante pour l'Assureur que le membre alors qu'il est assuré en vertu de la présente et avant qu'il atteigne son 65^e anniversaire :
- i. est frappé d'invalidité totale et
 - ii. a été totalement et continuellement invalide pendant une période de six mois avant de faire une demande de prestation en vertu de la présente disposition.
- b. « Invalidité totale » a la même signification que l'expression définie au paragraphe 1.h.
- c. L'exonération des primes est en vigueur pendant la période d'invalidité totale et jusqu'à la date d'anniversaire du certificat suivant le 65^e anniversaire du membre, sauf si ce dernier néglige de fournir une preuve d'invalidité totale permanente ou ne subit pas un examen médical, s'il y est tenu. L'Assureur peut exiger du membre qu'il soit examiné par un médecin désigné et payé par l'Assureur. Toutes les primes payées après le début de l'invalidité totale, mais avant l'expiration de la période d'attente de six mois seront remboursées au membre après que l'invalidité totale aura été établie.
- d. Il n'y a pas d'exonération des primes si le conjoint ou l'ex-conjoint devient invalide.
- e. Si un membre admissible a fait une demande d'adhésion à un régime d'assurance invalidité prolongée pendant son service au sein des Forces canadiennes et que la couverture lui a été refusée, aucune exonération des primes ne s'appliquera en cas d'invalidité totale découlant d'un état médical ayant justifié le refus de la couverture d'invalidité prolongée.
- f. Si un membre admissible n'a jamais fait de demande d'adhésion à un régime d'assurance invalidité prolongée pendant son service au sein des Forces canadiennes, aucune exonération des primes ne sera incluse dans la Couverture après la libération du membre.
- g. Aucune exonération des primes ne s'appliquera sous cette partie si un membre reçoit des prestations d'AIP sous la partie III(B) de cette police.

148. Cession

Un membre ne peut céder les indemnités versées en vertu de la présente police.

PARTIE XII
RÉGIME D'ASSURANCE TEMPORAIRE DE LA RÉSERVE (RATR)

- 157. Admissibilité
- 158. Comment un membre, son conjoint ou son ex-conjoint admissible devient-il assuré?
- 159. Prestation d'assurance vie
- 160. Limite de couverture
- 161. Prestation de décès pendant la période d'admissibilité au régime de Couverture après la libération
- 162. Privilèges de transformation
- 163. Bénéficiaire
- 164. Cession
- 165. Limites et exclusions
- 166. Couverture après la libération
- 167. Assurance vie libérée pour personnes à charge
- 168. Continuité de la couverture de l'ex-conjoint
- 169. Exonération des primes
- 169A. Mutilation accidentelle
- 169B. Limites et exclusions – mutilation accidentelle
- 169C. Aucun chevauchement de la prestation de mutilation

PARTIE XII - RÉGIME D'ASSURANCE TEMPORAIRE DE LA RÉSERVE (RATR)

157. Admissibilité

Le régime d'assurance temporaire de la Réserve (RATR) est offert :

- a. aux membres des Forces canadiennes (Force de réserve) en service de réserve de classe « A » ou de classe « B »; et
- b. aux conjoints et aux ex-conjoints des membres susmentionnés; et
- c. aux membres des Forces canadiennes (Force de réserve), couverts par le RATR et qui passent en service de réserve de classe « C ».

158. Comment un membre, son conjoint ou son ex-conjoint admissible devient-il assuré?

- a. Un membre admissible peut faire une demande de couverture dans le cadre du RATR en se conformant aux conditions énoncées à l'article 4.
- b. Un membre qui présente une demande d'adhésion au RATR ou un membre qui fait une demande d'augmentation de la couverture d'une telle assurance vie doit fournir une preuve d'assurabilité satisfaisante pour l'Assureur ou le Titulaire de la police, et ce, sans frais pour celui-ci.
- c. Un membre peut présenter une demande de couverture dans le cadre du RATR ou d'augmentation de la couverture sur sa vie ou sur celle de son conjoint ou, si le membre n'a pas de conjoint, sur la vie de son ex-conjoint. Dans tous les cas, le membre doit fournir une preuve d'assurabilité satisfaisante pour l'Assureur ou le Titulaire de la police, et ce, sans frais pour celui-ci.

159. Prestation d'assurance vie

- a. Un membre admissible peut demander une couverture dans le cadre du RATR pour lui-même, pour son conjoint ou pour son ex-conjoint par unités de 10 000 \$ jusqu'à concurrence de 60 unités ou de 600 000 \$ par personne.
- b. Consulter la partie IV pour en savoir plus sur la couverture d'assurance vie d'enfants à charge.
- c. Si le décès du membre survient lorsque la couverture dans le cadre du RATR est en vigueur, l'Assureur versera la prestation au bénéficiaire désigné après avoir reçu l'attestation en bonne et due forme du décès du membre. Si le décès du conjoint ou de l'ex-conjoint du membre survient lorsque la couverture est en vigueur, l'Assureur versera la prestation au bénéficiaire après avoir reçu l'attestation en bonne et due forme du décès du conjoint ou de l'ex-conjoint.

160. Limite de couverture

Voir l'article 29.

161. Prestation de décès pendant la période d'admissibilité au régime de Couverture après la libération

Voir l'article 11.

162. Privilèges de transformation

Voir l'article 9.

163. Bénéficiaire

Un membre peut en tout temps désigner un bénéficiaire par écrit. Le bénéficiaire désigné doit être inscrit dans les dossiers de l'Assureur et du Titulaire de la police. Si aucun bénéficiaire n'est désigné ou si aucun ne survit au décès du membre, l'Assureur doit verser la prestation à la succession du membre après avoir reçu l'attestation en bonne et due forme du décès du membre. Le membre doit être le principal bénéficiaire de l'assurance vie du conjoint ou de l'ex-conjoint, sauf indication contraire par écrit.

164. Cession

Un membre ne peut céder les indemnités versées en vertu de la présente police.

165. Limites et exclusions

- a. Si le décès de l'assuré résulte d'un acte volontaire alors que l'assuré était sain d'esprit ou non :
 - i. aucune prestation d'assurance vie versée dans le cadre du RATR ne doit être payée à moins que l'assurance vie ne soit entrée en vigueur ou n'ait été remise en vigueur plus de deux ans avant la date du décès; et
 - ii. aucune augmentation de la couverture du RATR ne doit être payée à moins que cette augmentation ne soit entrée en vigueur ou n'ait été remise en vigueur plus de deux ans avant la date du décès; et
 - iii. et que l'assuré a obtenu la couverture dans le cadre du RATR en vertu d'une transformation de l'Assurance revenu aux survivants (ARS), de l'Assurance collective facultative temporaire (ACFT) ou de la Couverture après la libération (CAL) ou l'Assurance pour membres libérés (AML), nonobstant les alinéas (i) et (ii) du présent paragraphe, la prestation sera payée à condition que la période continue pendant laquelle l'assurance vie a été en vigueur dans le cadre de ces cinq régimes soit de plus de deux ans, entre la plus récente des dates d'entrée en vigueur et la date de remise en vigueur de chacun des régimes ARS, ACFT, RATR, CAL et AML.

166. Couverture après la libération

- a. Un membre dont toute la couverture dans le cadre du RATR prend fin parce qu'il n'est plus membre de la Force de réserve en service de classe « A » ou de classe « B » et est libéré des Forces canadiennes avant le 1 octobre 2005, peut choisir de conserver sa couverture, celle de son conjoint ou celle de son ex-conjoint dans le cadre du régime de la CAL, comme le décrit la partie X de la présente police ou sous l'AML comme le décrit la partie XVI de la présente police.
- b. Au décès du membre, avant le 1 octobre 2005, le conjoint survivant peut transformer la couverture existante de conjoint du RATR en CAL. Le ou après le 1 octobre 2005, le conjoint survivant peut transformer la couverture existante de conjoint du RATR en AML.
- c. Au décès du membre, avant le 1 octobre 2005, l'ex-conjoint survivant peut transformer la couverture existante d'ex-conjoint du RATR en CAL, et le ou après le 1 octobre 2005, l'ex-conjoint survivant peut transformer la couverture existante d'ex-conjoint du RATR en AML, seulement si le membre n'avait pas de conjoint survivant.

167. Assurance vie libérée de personnes à charge

Voir l'article 77.

168. Continuité de la couverture de l'ex-conjoint

Les membres peuvent choisir de maintenir la couverture du RATR du conjoint en cas de séparation ou de divorce, comme indiqué au paragraphe 1.d, sous réserve des limites établies à l'alinéa 7.e.(ii).

169. Exonération des primes

Il n'y a pas d'exonération des primes dans le cadre de la présente couverture.

169A. Mutilation accidentelle

- a. L'Assureur doit verser le montant de l'indemnité prévue dans le Tableau des prestations sur réception d'une preuve en bonne et due forme que le militaire, le conjoint (ou l'ex-conjoint) ou l'enfant à charge assuré a subi une mutilation dans les 365 jours en raison d'un accident et que le militaire, le conjoint ou l'ex-conjoint avait moins de 75 ans à la date de l'accident. Aucune indemnité n'est payable avant l'expiration d'un délai de treize (13) semaines suivant la date de l'accident.

b. Tableau des prestations

<u>Personne assurée</u>	<u>Montant de l'assurance</u>
Membre	La couverture du militaire en vigueur en vertu du présent régime à la date de l'accident (jusqu'à concurrence de 250 000 \$)
Conjoint	La couverture du conjoint en vigueur en vertu du présent régime à la date de l'accident (jusqu'à concurrence de 250 000 \$)
Enfant à charge	La couverture de l'enfant à charge en vigueur à la date de l'accident (jusqu'à concurrence de 10 000 \$)

<u>Pour la perte :</u>	<u>Montant de la prestation</u>
des deux mains ou des deux pieds	la somme assurée
d'une main et d'un pied	la somme assurée
de la vue dans les deux yeux	la somme assurée
d'une main et de la vue dans un œil	la somme assurée
d'un pied et de la vue dans un œil	la somme assurée
de l'ouïe (bilatérale)	la somme assurée
de la parole	la somme assurée
d'une main ou d'un pied	la moitié de la somme assurée
de la vue dans un œil	le moitié de la somme assurée
du pouce et de l'index de la même main	le quart de la somme assurée
de l'ouïe (unilatérale)	le quart de la somme assurée

- c. Le terme « perte » tel qu'il est utilisé plus haut signifie également la perte de l'usage.
- d. Le terme « perte de la vue » signifie la perte totale et irrémédiable de la vue.
- e. Les expressions « perte de la parole » et « perte de l'ouïe » signifient la perte totale et irrémédiable.
- f. Si plusieurs des pertes décrites ci-dessus se produisent à la suite du même accident, seul le montant le plus élevé indiqué dans le Tableau des prestations sera payé.
- g. Lorsqu'un membre réclame une prestation de mutilation accidentelle et qu'il est titulaire d'une assurance aux termes de l'ACFT, du RATR, de la CAL, de l'AML, du RAOG ou du RAOG Rés, il reçoit une prestation de mutilation selon montant de couverture le plus élevé. Dans tous les cas, on accorde à l'assuré une seule prestation par mutilation.

169B. Limites et exclusions – mutilation accidentelle

Aucune indemnité de mutilation n'est versée dans les cas suivants :

- si la mutilation découle de la participation de l'assuré à un acte criminel;
- si la mutilation découle d'une blessure volontaire ou d'une tentative d'autodestruction volontaire tandis que l'assuré était sain d'esprit ou non;
- si la mutilation résulte d'un accident survenu avant l'adhésion à l'ACFT, le RATR, la CAL, l'AML, le RAOG ou le RAOG rés;
- si la mutilation résulte d'une maladie, d'un traitement médical ou chirurgical correspondant, sauf si une infection purulente est survenue à la suite d'une coupure ou d'une blessure accidentelle;
- si l'accident est survenu alors que le militaire ou le conjoint assuré était âgé de 75 ans ou plus;

- f. pour les militaires dont la mutilation est attribuable au service militaire. Il se peut que la mutilation soit couverte en vertu de la police du RARM n° 906906, sous réserve des conditions et des dispositions de cette police;
- g. si le décès résulte d'un accident et qu'il survient dans les 13 semaines suivant l'accident qui a provoqué la blessure.

169C. Aucun chevauchement de la prestation de mutilation

- p. Lorsque le membre est couvert par le Régime d'assurance des officiers généraux (RAOG) ou le Régime d'assurance des officiers généraux de la Réserve (RAOG Rés) de la police du RARM n° 901102 (« Police n° 901102 »), il doit présenter une demande de règlement pour mutilation accidentelle dans le cadre d'un de ces régimes et il ne peut ni présenter une demande de prestation, ni recevoir des prestations en vertu de la police de mutilation accidentelle du RARM n° 906906 (« Police n° 906906 ») ou de toute disposition de l'Assurance invalidité prolongée (AIP) prévue par la police n° 901102.
- q. Lorsque le membre subit une mutilation accidentelle qui n'est pas attribuable au service militaire, selon la définition dans la police n° 906906, et qu'il n'est pas couvert par le RAOG ou le RAOG Rés de la police n° 901102, il doit présenter une demande de règlement pour mutilation accidentelle en vertu des dispositions de l'ACFT de la police n° 901102 et il ne peut présenter une demande de règlement pour mutilation accidentelle dans le cadre de la police n° 906906.
- r. Lorsque le membre subit une mutilation accidentelle attribuable au service militaire, selon la définition dans la police n° 906906, et qu'il n'est pas couvert par le RAOG ou le RAOG Rés de la police n° 901102, il doit présenter une demande de règlement pour mutilation accidentelle en vertu de la police n° 906906 et il ne peut présenter une demande de règlement pour mutilation accidentelle en vertu des dispositions de l'assurance mutilation de la police n° 901102.
- s. Lorsqu'un membre est titulaire de plus d'une assurance de mutilation accidentelle aux termes d'au moins deux des régimes suivants : ACFT, RATR, RAOG ou RAOG Rés, il reçoit une prestation de mutilation selon le montant de couverture le plus élevé de toutes les couvertures dont il est titulaire. Dans tous les cas, on accorde à l'assuré une seule prestation par mutilation.

Lorsqu'un membre est titulaire de l'assurance CAL et de l'AML, pourvu que cette couverture ne dépasse pas le montant maximal de 600 000 \$, l'assurance de mutilation accidentelle dont il peut se prévaloir est le montant combiné de couverture de mutilation prévu par les deux régimes.

PARTIE XIV – RÉGIME D’ASSURANCE DES OFFICIERS GÉNÉRAUX DE LA RÉSERVE
(RAOG Rés)

- 192. Admissibilité
- 193. Comment un membre admissible devient-il assuré?
- 194. Prestation d’assurance vie
- 195. Privilège de transformation avant la libération
- 196. Privilège de transformation lors de la libération
- 197. Prestation de décès pendant la période d’admissibilité au régime de Couverture après la libération
- 198. Exonération des primes

PRESTATIONS EN CAS DE DÉCÈS ET DE MUTILATION ACCIDENTELS POUR LE MEMBRE

- 199. Versement des prestations
- 200. Bénéficiaire – DMA pour le membre
- 201. Limites et exclusions

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

- 202. Versement des prestations
- 203. Couverture après la libération – personnes à charge

PRESTATIONS EN CAS DE DÉCÈS ET DE MUTILATION ACCIDENTELS

- 204. Versement des prestations
- 205. Limites et exclusions – DMA des personnes à charge
- 206. Cessation de la protection

PARTIE XIV

RÉGIME D'ASSURANCE DES OFFICIERS GÉNÉRAUX DE LA RÉSERVE (RAOG Rés)

192. Admissibilité

Les officiers de la Première réserve de classe « A » ou de classe « B » en service à court terme ou les officiers de la Force de réserve de classe « B » en service à long terme ayant le grade effectif de colonel ou un grade supérieur dans toutes les classifications, et de lieutenant-colonel des services juridiques, sont admissibles à une protection selon le Régime d'assurance des officiers généraux de la Réserve (RAOG Rés) à la date qui survient en dernier parmi les suivantes :

- a. 1^{er} juillet 1994; ou
- b. la date de promotion au premier grade admissible; ou
- c. la date de début d'emploi de l'officier dans le service de réserve admissible.

193. Comment un membre admissible devient-il assuré?

Un membre admissible peut adhérer au RAOG Rés en vue d'obtenir une assurance vie de base, une assurance décès et mutilation accidentels, une assurance vie des personnes à charge et une assurance décès et mutilation accidentels des personnes à charge en remplissant une carte d'adhésion et en la transmettant à l'Assureur ou au Titulaire de la police dans les 60 jours suivant la date à laquelle il devient admissible au RAOG Rés ou en présentant une demande d'adhésion par écrit à l'Assureur ou au Titulaire. La protection entre en vigueur à la date qui survient en dernier parmi les suivantes :

- a. le 1^{er} juillet 1994;
- b. la date à laquelle l'Assureur ou au Titulaire a reçu les cartes d'adhésion du membre et qu'il a confirmé son admissibilité;
- c. si une preuve d'assurabilité est exigée, la date à laquelle la demande est approuvée par l'Assureur au siège social; ou
- d. si, à la date d'admissibilité, le membre ne peut effectuer ses tâches normales en raison de blessures ou de maladie, le membre sera protégé en vertu du RAOG Rés à la date qui survient en dernier parmi les suivantes :
 - (i) le premier jour du mois civil suivant une période de 31 jours consécutifs pendant laquelle le membre est retourné à ses tâches normales ou le premier jour du mois civil qui coïncide avec cette période; ou
 - (ii) la date à laquelle l'Assureur approuve la preuve d'admissibilité du membre à son siège social.

Un membre admissible peut faire une demande d'adhésion à l'assurance vie facultative en remplissant une carte d'adhésion ou une demande d'adhésion par écrit et en la transmettant à l'Assureur ou au Titulaire dans les 60 jours suivant la date à laquelle il devient admissible, en fournissant la prime exigée et, s'il y a lieu, une preuve d'assurabilité, à la satisfaction de l'Assureur ou du Titulaire, et ce, sans frais engagé par ces derniers. Seuls les membres qui font une demande d'adhésion à l'assurance vie facultative plus de 60 jours après leur admissibilité à celle-ci doivent fournir une preuve d'assurabilité à l'Assureur.

194. Prestation d'assurance vie

Sur réception à son siège social d'une attestation de décès en bonne et due forme précisant que le membre est décédé alors qu'il était assuré en vertu de la présente, l'Assureur versera au bénéficiaire désigné du membre le montant d'assurance vie en vigueur sur la vie du membre au moment de son décès conformément au tableau des prestations ci-dessous.

Tableau des prestations

Pour les besoins de la protection d'assurance vie de la partie XIV, la « solde annuelle présumée » du membre désigne le taux quotidien de rémunération de la Force de réserve accordé au membre multiplié par 30 jours, puis par 12 mois.

Assurance vie de base

- a. Le membre en service de réserve de classe « A » ou en service à court terme de classe « B » est assuré à raison d'une (1) fois sa solde annuelle présumée au moment de son décès, ajustée à la prochaine tranche de 1 000 \$;
- b. Le membre en service de réserve de classe « B » à long terme est assuré à raison de deux (2) fois sa solde annuelle présumée au moment de son décès, ajustée à la prochaine tranche de 1 000 \$.

Assurance vie facultative

- c. Il n'existe aucune assurance vie facultative pour les membres en service de réserve de classe « A » ou en service à court terme de classe « B ».
- d. Le membre en service de réserve de classe « B » à long terme qui a souscrit une assurance vie facultative est assuré à raison d'une (1) fois sa solde annuelle présumée au moment de son décès, ajustée à la prochaine tranche de 1 000 \$.

195. Privilège de transformation avant la libération

Voir l'article 9.

196. Privilège de transformation lors de la libération

Voir l'article 8.

197. Prestation de décès pendant la période d'admissibilité au régime de Couverture après la libération

Voir l'article 11.

198. Exonération des primes

La couverture du RAOG Rés ne prévoit pas d'exonération des primes.

PRESTATIONS EN CAS DE DÉCÈS ET DE MUTILATION ACCIDENTELS POUR LE MEMBRE

199. Versement des prestations

Sous réserve de l'article « Limites et exclusions » qui suit, si le membre subit une des pertes décrites ci-dessous qui découle d'une blessure extérieure, violente et accidentelle, l'Assureur lui verse le montant d'assurance pour la perte précisée selon le tableau des prestations suivant dès qu'il reçoit une preuve satisfaisante que :

- a. la blessure est survenue alors que le membre était assuré en vertu de la présente police;
- b. la perte est survenue dans les 90 jours suivant la blessure; et
- c. la perte découle directement et uniquement de la blessure et n'est pas liée à d'autres causes.

Tableau des prestations

Le montant d'assurance pour les membres en service de réserve de classe « A » ou en service à court terme de classe « B »	100 000 \$
---	------------

Le montant d'assurance pour les membres en service de réserve de classe « B » à long terme	250 000 \$
--	------------

Tableau des prestations

Le plein montant d'assurance pour la perte :

de la vie
des deux mains
des deux pieds
d'une main et d'un pied
d'une main et de la vue dans un œil
d'un pied et de la vue dans un œil
de l'ouïe (bilatérale)
de la parole

La moitié du plein montant d'assurance pour la perte :
de la vue dans un œil
d'une main
d'un pied

Le quart du plein montant d'assurance pour la perte :
du pouce et de l'index de la même main
de l'ouïe (unilatérale)

Le terme « perte » tel qu'utilisé plus haut signifie également la perte de l'usage.

L'expression « perte de la vue » signifie la perte totale et irrémédiable de la vue.

Le total du montant à verser pour toute perte découlant d'un même accident ne peut dépasser le plein montant d'assurance de la personne à charge.

200. Bénéficiaire – DMA pour le membre

En cas de décès accidentel, la prestation est versée au bénéficiaire désigné par le membre. Si aucun bénéficiaire n'est désigné ou si le bénéficiaire décède avant le membre, le montant de la prestation à payer est versé à la succession du membre.

En cas de mutilation, la prestation est versée au membre.

201. Limites et exclusions

- a. Aucune prestation en cas de décès ou de mutilation accidentels n'est versée pour toute perte causée en partie ou en totalité, directement ou indirectement, par :
 - (i) la maladie ou l'infirmité corporelle ou mentale ou le traitement médical ou chirurgical correspondant;
 - (ii) l'intoxication alimentaire ou l'infection bactérienne, à l'exception d'une infection survenue à la suite d'une blessure visible subie accidentellement;
 - (iii) l'autodestruction ou une blessure autoinfligée, que le membre soit sain d'esprit ou non.
- b. Lorsque le membre subit une mutilation accidentelle qui est attribuable au service militaire, telle qu'elle est définie dans la police n° 906906, et qu'il n'est pas couvert par les dispositions du RAOG ou du RAOG Rés de la police n° 901102, il doit présenter une demande de règlement pour mutilation accidentelle en vertu de la police n° 906906 et n'est pas admissible aux prestations en vertu des dispositions d'assurance mutilation de la police n° 901102.
- c. Aucune prestation n'est versée au titre de la section des prestations en cas de décès ou de mutilation accidentels de cette police dans le cas de tout décès accidentel attribuable au service militaire survenant après le 31 mars 2006 et ouvrant droit à l'indemnité forfaitaire prévue par la nouvelle Charte des anciens combattants.

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

202. Versement des prestations

Sur réception d'une attestation, à la satisfaction de l'Assureur, que la personne à charge est décédée alors que le membre était assuré en vertu de la présente partie, l'Assureur versera au membre couvert par le RAOG Rés les prestations d'assurance vie suivantes :

Tableau des prestations

Conjoint	5 000 \$
Chaque enfant	2 500 \$

203. Couverture après la libération – personnes à charge

L'assurance vie des personnes à charge prévue par la présente partie demeure en vigueur pendant que le membre est assuré aux termes du RAOG Rés. L'annulation de la couverture du RAOG Rés met fin à la couverture d'assurance vie des personnes à charge. Si l'assurance vie des personnes à charge expire, car le membre est libéré des Forces canadiennes avant le 1^{er} octobre 2005, la personne à charge peut prolonger sa protection en vertu de la CAL, selon les dispositions de la partie X. Une personne à charge dont l'assurance vie expire parce que le membre est libéré des Forces canadiennes le 1^{er} octobre 2005 ou après peut prolonger sa protection en vertu de l'AML, selon les dispositions de la partie XVI.

PRESTATIONS DE PERSONNES A CHARGE EN CAS DE DÉCÈS ET DE MUTILATION ACCIDENTELS

204. Versement des prestations

Sous réserve de l'article « Limites et exclusions » qui suit, si une personne à charge subit une des pertes décrites ci-dessous, l'Assureur verse au membre le montant d'assurance indiqué dans le tableau des prestations suivant. La perte doit découler d'une blessure extérieure, violente et accidentelle. L'Assureur doit avoir une preuve suffisante que :

- a. la blessure est survenue alors que la personne à charge était assurée en vertu de la présente police;
- b. la perte est survenue dans les 90 jours suivant la blessure; et
- b. la perte découle directement et uniquement de la blessure et n'est pas liée à d'autres causes.

Tableau des prestations

Montant d'assurance

Conjoint	5 000 \$
Chaque enfant	2 500 \$

Le plein montant d'assurance pour la perte :

de la vie
des deux mains
des deux pieds
d'une main et d'un pied
d'une main et de la vue dans un œil
d'un pied et de la vue dans un œil
de l'ouïe (bilatérale)
de la parole

La moitié du plein montant d'assurance pour la perte :

de la vue dans un œil
d'une main
d'un pied

Le quart du plein montant d'assurance pour la perte :

du pouce et de l'index de la même main
de l'ouïe (unilatérale)

Le terme « perte » tel qu'utilisé plus haut signifie également la perte de l'usage.

L'expression « perte de la vue » signifie la perte totale et irrémédiable de la vue.

Le total du montant à verser pour toute perte découlant d'un même accident ne peut dépasser le plein montant d'assurance de la personne à charge.

205. Limites et exclusions – DMA des personnes à charge

Aucune indemnité de mutilation accidentelle n'est versée pour toute perte causée en partie ou en totalité, directement ou indirectement, par :

- a. la maladie ou l'infirmité corporelle ou mentale ou le traitement médical ou chirurgical correspondant; ou
- b. l'intoxication alimentaire ou l'infection bactérienne, à l'exception d'une infection survenue à la suite d'une blessure subie accidentellement; ou
- c. l'auto-destruction ou la blessure auto-infligée, que le membre soit sain d'esprit ou non.

206. Cessation de la protection

En vertu du RAOG Rés, l'assurance pertinente cesse à la date qui survient en premier parmi les suivantes :

- a. 60 jours après que le membre a quitté les Forces canadiennes. Le membre peut transformer sa couverture en CAL, s'il est libéré des Forces canadiennes avant le 1^{er} octobre 2005, ou en AML, s'il est libéré des Forces canadiennes le 1^{er} octobre 2005 ou après, en respectant dans l'un ou l'autre cas le délai de grâce précisé par la présente police;
- b. 60 jours suivant l'affectation du membre à un service de réserve qui n'est pas admissible. Le membre peut transformer sa couverture en Régime d'assurance temporaire de la Réserve en respectant le délai de grâce prévu;
- c. la date à laquelle l'Assureur ou le Titulaire accuse réception d'un avis précisant que le membre a retiré son autorisation de paiement des primes requises;
- d. la date d'expiration de la police;
- e. pour les personnes à charge, à la date qui survient en premier parmi les suivantes :
 - (1) l'une ou l'autre des dates indiquées ci-dessus; ou
 - (2) dans le cas d'un conjoint, la date à laquelle ce dernier cesse d'être un conjoint; ou
 - (3) dans le cas d'un enfant, la date à laquelle cette personne cesse d'être un enfant à charge.
- f. si la protection est annulée, aucune prime payée ne sera remboursée.

PARTIE XVI
ASSURANCE POUR MEMBRES LIBÉRÉS (AML)

- 215. Admissibilité
- 216. Entrée en vigueur de la protection
- 217. Prestation d'assurance vie
- 218. Bénéficiaire
- 219. Limites et exclusions
- 220. Prestation de décès pendant la période d'admissibilité à l'AML
- 221. Prolongation de la couverture de l'ex-conjoint
- 222. Cession
- 223. Protection de mutilation accidentelle
- 224. Limites et exclusions – Mutilation accidentelle

PARTIE XVI
ASSURANCE POUR MEMBRES LIBÉRÉS (AML)

La partie XVI entre en vigueur le 1^{er} octobre 2005.

215. Admissibilité

- a. L'Assurance pour membres libérés (AML) est offerte aux personnes suivantes le ou après le 1^{er} octobre 2005 :
- i. Les membres de moins de 65 ans (sauf les membres adhérant au Régime de service après la retraite) qui sont couverts dans le cadre de l'Assurance revenu aux survivants (ARS), du régime d'Assurance collective facultative temporaire (ACFT), du Régime d'assurance temporaire de la Réserve (RATR), du Régime d'assurance des officiers généraux (RAOG), du Régime d'assurance des officiers généraux de la Réserve (RAOG Rés) ou du Régime d'assurance vie retraite pour les militaires (RAVRM) deviennent admissibles et peuvent choisir d'adhérer à l'AML dans les 60 jours suivant la date de leur libération des Forces canadiennes si leur date de libération est le ou après le 1 octobre 2005, ou dans les 60 jours suivant une diminution de leur couverture du RAVRM, selon le cas;
 - ii. Un conjoint admissible au régime d'ACFT (conjoint), au RATR, au RAOG ou au Régime d'assurance vie pour personnes à charge (AVPC) (conjoint) en vertu des parties IX, XII et/ou IV de la présente police peut choisir d'adhérer à l'AML aux mêmes conditions que celles applicables au membre. Si le membre n'avait pas de conjoint à la date de son décès, son ex-conjoint couvert en vertu de l'un de ces régimes peut choisir d'adhérer à l'AML aux mêmes conditions que celles applicables au membre;
 - iii. Un membre libéré des Forces canadiennes (ou son conjoint, si le membre est décédé, ou son ex-conjoint, si le membre est décédé et n'avait pas de conjoint à la date de son décès) peut faire une demande d'adhésion à l'AML pour lui-même, son conjoint ou son ex-conjoint jusqu'à l'âge de 65 ans inclusivement, en fournissant une preuve d'assurabilité;
 - iv. Le conjoint d'un membre libéré des Forces canadiennes est admissible à l'assurance lorsque la couverture de l'ex-conjoint est libérée en vertu de la Couverture après la libération (CAL);
 - v. Les membres et/ou les conjoints titulaires d'une CAL qui ont choisi de convertir la totalité ou une partie de leur protection CAL en AML.

- b. Pour transformer les couvertures admissibles en vigueur sans preuve d'assurabilité, le membre admissible, son conjoint ou son ex-conjoint doit satisfaire aux critères des paragraphes (a) et (b) de l'article 4 dans les 60 jours suivant la date de libération du membre ou dans les 60 jours suivant une diminution de sa couverture aux termes du RAVRM, selon le cas. Dans tous les autres cas, une preuve d'assurabilité satisfaisante pour l'Assureur et sans frais pour ce dernier doit être fournie.

216. Entrée en vigueur de la protection

Lorsqu'un membre admissible (ou son conjoint, si le membre est décédé, ou son ex-conjoint, si le membre est décédé et n'avait pas de conjoint à la date de son décès) a satisfait aux conditions de l'article 215, la couverture en vertu de l'AML doit entrer en vigueur à la plus récente des dates suivantes :

- a. le 1^{er} octobre 2005;
- b. le 61^e jour suivant la date de libération du membre des Forces canadiennes;
- c. la date d'approbation de la couverture par l'Assureur;
- d. dans le cas de la transformation de la couverture visée par le RAVRM, la date suivant la diminution de la couverture ou la date à laquelle le Titulaire du contrat ou l'Assureur reçoit la demande et la prime exigible;
- e. le 61^e jour suivant la date d'expiration de toute « prolongation de couverture » en marge du régime d'AIP, s'il y a lieu;
- f. dans le cas d'une transformation liée à la CAL, le 1^{er} octobre 2005, si le membre a choisi de transformer sa couverture pendant le délai de transformation de 60 jours, ou la date à laquelle l'Assureur a reçu le formulaire de transformation, selon la première éventualité.

217. Prestation d'assurance vie

- a. La demande de couverture doit se faire par unités de 10 000 \$ jusqu'à concurrence de 60 unités ou de 600 000 \$. Si des montants transformés ne sont pas des multiples de 10 000 \$, ces montants doivent être arrondis au multiple de 10 000 \$ immédiatement supérieur.
- b. Une Assurance vie des personnes à charge aux termes de l'AML de 10 000 \$.
- c. Après réception d'une attestation du décès de l'assuré satisfaisante pour l'Assureur, celui-ci versera la prestation au bénéficiaire.
- d. La couverture d'AML prend fin à la date d'anniversaire du certificat suivant le 75^e anniversaire du membre, du conjoint ou de l'ex-conjoint et aucune autre prime ne sera payable.
- e. L'AML ne prévoit aucun certificat d'assurance libérée.

218. Bénéficiaire

Un membre admissible (ou le conjoint ou l'ex-conjoint survivant) peut en tout temps désigner un bénéficiaire par écrit. Le bénéficiaire désigné doit être inscrit aux dossiers de l'Assureur ou du Titulaire du contrat. Si aucun bénéficiaire n'est désigné ou si aucun ne survit au décès du membre, l'Assureur doit verser la prestation à la succession du membre après avoir reçu l'attestation en bonne et due forme du décès du membre. Le membre doit toujours être le bénéficiaire de l'assurance vie du conjoint ou de l'ex-conjoint, sauf indication contraire par écrit.

219. Limites et exclusions

- a. Si le décès de l'assuré résulte d'un acte volontaire alors que l'assuré était sain d'esprit ou non :
 - (i) aucune prestation d'assurance vie versée dans le cadre de l'AML ne doit être payée, à moins que l'assurance vie ne soit entrée en vigueur ou n'ait été remise en vigueur plus de deux ans avant la date du décès;
 - (ii) aucune augmentation de la couverture de l'AML ne sera versée, à moins que cette augmentation ne soit entrée en vigueur ou n'ait été remise en vigueur plus de deux ans avant la date du décès;
 - (iii) et l'assuré a obtenu la couverture dans le cadre de l'AML en vertu d'une transformation de la l'ARS, de l'ACFT, du RAVRM, du RAOG, du RATR, RAOG Rés ou de la CAL nonobstant les alinéas (i) et (ii) du présent paragraphe, la prestation sera payée à condition que la période continue pendant laquelle l'assurance vie a été en vigueur dans le cadre de ces régimes soit de plus de deux ans, entre la plus récente des dates d'entrée en vigueur et la date de remise en vigueur de chacun des régimes ARS, ACFT, RAVRM, RAOG, RATR, RAOG Rés, CAL et AML.
- b. Voir aussi l'article 29.
- c. Le montant maximal disponible pour la conversion au régime de l'AML des couvertures combinées du RAOG et du RAVRM du membre ne doit pas être supérieur à 1,75 fois sa solde à sa libération des Forces canadiennes.

220. Prestation de décès pendant la période d'admissibilité à l'AML

Si le décès du membre survient au cours de la période de 60 jours pendant laquelle il aurait pu faire une demande d'AML, l'Assureur verse le montant applicable au titre de l'ARS, de l'ACFT, du RATR, du RAOG et/ou du RAOG Rés. Si un certificat d'AML a déjà été délivré, aucun versement n'est fait en vertu de la présente disposition, à moins que le certificat d'AML soit remis sans versement des prestations relatives au sinistre. Sur remise du certificat, l'Assureur rembourse les primes versées au titre de l'AML. Un bénéficiaire désigné dans tout formulaire de demande de transformation est le bénéficiaire pour les besoins de la présente disposition.

221. Prolongation de la couverture de l'ex-conjoint

Si un membre n'a pas de conjoint, il peut choisir de prolonger l'AML de son ex-conjoint selon la définition au paragraphe 1.d.

222. Cession

Un membre ne peut céder les indemnités versées en vertu de la présente police.

PROTECTION DE MUTILATION ACCIDENTELLE

223. Protection de mutilation accidentelle

a. L'Assureur doit verser le montant de l'indemnité prévue dans le Tableau des prestations sur réception d'une preuve en bonne et due forme que le militaire, le conjoint (ou l'ex-conjoint) ou l'enfant à charge assuré a subi une mutilation dans les 365 jours et en raison d'un accident et que le militaire, le conjoint ou l'ex-conjoint assuré avait moins de 75 ans à la date de l'accident. Aucune indemnité n'est payable avant l'expiration d'un délai de treize (13) semaines suivant la date de l'accident.

b. Tableau des prestations

<u>Personne assurée</u>	<u>Montant de l'assurance</u>
Membre	La couverture du militaire en vigueur en vertu du présent régime à la date de l'accident (jusqu'à concurrence de 250 000 \$)
Conjoint	La couverture du conjoint en vigueur en vertu du présent régime à la date de l'accident (jusqu'à concurrence de 250 000 \$)
Enfant à charge	La couverture de l'enfant à charge en vigueur à la date de l'accident (jusqu'à concurrence de 10 000 \$)

<u>Perte</u>	<u>Montant de l'indemnité</u>
des deux mains ou des deux pieds	Somme assurée
d'une main et d'un pied	Somme assurée
de la vue dans les deux yeux	Somme assurée
d'une main et de la vue dans un œil	Somme assurée
un pied et de la vue dans un œil	Somme assurée
de l'ouïe (bilatérale)	Somme assurée
de la parole	Somme assurée
d'une main ou d'un pied	La moitié de la somme assurée
de la vue dans un œil	La moitié de la somme assurée
du pouce et de l'index de la même main	Le quart de la somme assurée
de l'ouïe (unilatérale)	Le quart de la somme assurée

c. Le terme « perte » tel qu'il est utilisé plus haut signifie également la perte d'usage.

- d. Le terme « perte de la vue » tel qu'il est utilisé plus haut signifie également la perte totale et irrémédiable de la vue.
- e. La « perte de la parole » et la « perte de l'ouïe » signifient la perte totale et irrémédiable.
- f. Paraplégie, hémiplégie et quadriplégie signifient une paralysie complète et irréversible des membres visés et qui doit être continue pendant douze mois consécutifs à compter de la date de l'accident ayant causé la perte. L'indemnité peut être versée plus tôt sur réception de l'avis écrit d'un médecin compétent attestant que la blessure est irrémédiable.
- g. Si plusieurs des pertes décrites ci-dessus se produisent à la suite du même accident, seul le montant le plus élevé indiqué dans le Tableau des prestations sera payé.

224. Limites et exclusions – Mutilation accidentelle

Aucune indemnité de mutilation n'est versée :

- a. si la mutilation découle de la participation de l'assuré à un acte criminel;
- b. si la mutilation découle d'une blessure volontaire ou d'une tentative d'autodestruction volontaire tandis que l'assuré était sain d'esprit ou non;
- c. si la mutilation résulte d'un accident survenu avant l'adhésion de l'assuré à l'ACFT, au RATR, CAL, à l'AML, au RAOG et/ou au RAOG Rés;
- d. si la mutilation résulte d'une maladie, d'un traitement médical ou chirurgical correspondant, sauf si une infection purulente est survenue à la suite d'une coupure ou d'une blessure accidentelle;
- e. si l'accident est survenu alors que le militaire ou le conjoint assuré était âgé de 75 ans ou plus;
- f. aux militaires dont la mutilation est attribuable au service militaire. Il se peut que la mutilation soit couverte en vertu de la police du RARM n° 906906, sous réserve des conditions et des dispositions de cette police; ou

- g. lorsqu'un membre titulaire de plus d'une assurance mutilation accidentelle aux termes de l'ACFT, du RATR, de la CAL, de l'AML, du RAOG ou du RAOG Rés, recevra la prestation de mutilation selon le montant de couverture le plus élevé. Dans tous cas, on accorde à l'assuré une seule prestation par mutilation.

Lorsqu'un membre est titulaire de l'assurance CAL et de l'AML, ne dépassant pas le montant maximal de 600 000 \$, l'assurance de mutilation accidentelle qui lui est disponible sera le montant de couverture combinée des deux régimes.

- h. s'il y a décès au moment de l'accident ou dans les 13 semaines suivant l'accident ayant causé la blessure.

PARTIE PRÉCÉDENTES

PARTIE III (A) RÉGIME D'ASSURANCE INVALIDITÉ PROLONGÉE (AIP)

AVANT LE 1^{ER} DÉCEMBRE 1999

ASSURANCE INVALIDITÉ PROLONGÉE – PRESTATIONS D'INVALIDITÉ

51. Admissibilité
52. Comment les membres admissibles deviennent-ils assurés?
53. Prestations en cas d'invalidité totale
54. Montant de la prestation de revenu mensuelle
55. Réductions
56. Durée des prestations
57. Subrogation
58. Limites et exceptions
59. Réductions visant un programme de réadaptation
60. Salaire équivalent

ASSURANCE INVALIDITÉ PROLONGÉE – PRESTATIONS DE MUTILATION

61. Versement des prestations
62. Montant des prestations – mutilation
63. Tableau des prestations – mutilation
64. Réductions – mutilation
65. Limites et exceptions – mutilation

DISPOSITIONS CONCERNANT LES PRESTATIONS D'INVALIDITÉ PROLONGÉE ET DE MUTILATION

66. Prolongation de la couverture
67. Cession
68. Remboursement de l'Assureur
69. Preuve de sinistre
70. Versement des prestations relatives au sinistre
71. Assurance maladie gros risques

NOTA : La partie III (A) vise les membres des Forces canadiennes assurés qui ont été libérés des Forces avant le 1^{er} décembre 1999.

PARTIE III

ASSURANCE INVALIDITÉ PROLONGÉE (AIP)

PRESTATIONS D'INVALIDITÉ

51. Admissibilité

En vertu du présent article, seuls sont admissibles au régime d'assurance invalidité prolongée les membres suivants des Forces canadiennes :

- a. les membres de la Force régulière;
- b. les membres de la Force de réserve en service de réserve de classe « C »;
- c. les membres qui ne recevaient pas des prestations en vertu des polices n^{os} 911104 ou 911105 dont les versements avaient débuté le 1^{er} novembre 1989.

52. Comment les membres admissibles deviennent-ils assurés?

Un membre admissible devient assuré en vertu de la présente partie comme suit :

- a. Dans le cas d'un membre de classe « C », pendant 30 jours à compter du premier jour de service rémunéré et sous réserve de l'examen médical satisfaisant qui est exigé pour demeurer dans les Forces canadiennes. La présentation d'un formulaire d'adhésion au cours de cette période de 30 jours est exigée pour le maintien de l'AIP après cette période.
- b. Dans le cas d'un membre de la Force régulière, l'adhésion est automatique le ou après le 1^{er} avril 1982 et la protection continue jusqu'à ce que le membre soit libéré des Forces canadiennes. Aucun formulaire d'adhésion n'est exigé.
- c. Dans des circonstances autres que celles décrites ci-dessus, lorsque le membre fait une demande d'adhésion au régime d'AIP en conformité avec l'article 4. Une preuve d'assurabilité, à la satisfaction de l'Assureur et sans aucuns frais pour lui, est exigée dans tous les cas.

53. Prestations en cas d'invalidité totale

Un membre assuré est admissible à une prestation de revenu mensuelle s'il est frappé d'invalidité totale, telle que définie au paragraphe 1.h., pendant 13 semaines consécutives ou plus et s'il est libéré des Forces canadiennes alors qu'il est encore frappé d'invalidité totale. L'Assureur commence le paiement sur réception d'une preuve de l'invalidité totale qu'il juge satisfaisante.

54. Montant de la prestation de revenu mensuelle

- a. Les prestations mensuelles équivalent à 75 % de la solde mensuelle du membre à la date de sa libération des Forces canadiennes moins toutes les réductions applicables, énoncées à l'article 55. Depuis le 1^{er} janvier 1999, la base de calcul des prestations d'AIP est la solde mensuelle du membre en vigueur à la date de sa libération, y compris toutes les augmentations de salaire avec effet rétroactif, au plus tard le jour suivant la date de sa libération des Forces canadiennes.
- b. Les prestations pour une partie de mois sont calculées proportionnellement au nombre de jours d'un mois de 30 jours.
- c. Les prestations sont indexées à compter du 1^{er} janvier de chaque année. L'indexation est proportionnelle à la hausse de l'Indice des prix à la consommation (IPC) à partir de la date du début du versement des prestations. La hausse des prestations d'AIP est arrondie au 1/4 de 1 % supérieur, sauf si elle correspond déjà à un multiple de cette valeur, et elle ne doit pas dépasser 2 % par année.

55. Réductions

- a. Le montant de la prestation mensuelle versée doit être réduit du total des montants suivants :
 - (i) de la prestation de revenu mensuelle versée au membre en vertu de la *Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes* et du Régime des pensions du Canada ou de la Régie des rentes du Québec (y compris les versements rétroactifs);
 - (ii) du revenu gagné du membre y compris les versements rétroactifs, sauf si le membre participe à un programme de réadaptation approuvé par l'Assureur;
 - (iii) de la prestation de revenu mensuelle totale versée au membre en vertu de la *Loi sur les pensions* (y compris les indemnités de personnes à charge et les versements rétroactifs).
- b. Si le total de toutes les prestations de revenu mensuelles d'un mois ou d'une portion de mois provenant de toutes les sources, y compris celles indiquées ci-dessous, dépasse 100 % de la solde du membre en vigueur au début de la période de prestation d'invalidité mensuelle, la prestation d'invalidité autrement payable pour ce mois ou portion de mois doit être réduite du montant excédentaire, sauf indication contraire dans les dispositions du paragraphe 55.c.
 - (i) la *Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes*;
 - (ii) le *Régime des pensions du Canada* ou du *Régime des rentes du Québec*;
 - (iii) la *Loi sur la continuation de la pension des services de défense*;
 - (iv) la *Loi sur les pensions*.
- c. En ce qui concerne les membres frappés d'invalidité le ou après le 1^{er} décembre 1973, toute hausse des prestations de revenu mensuelles provenant de toutes les sources indiquées au paragraphe 55.b. ne doit pas être prise en compte dans le calcul de la prestation de revenu mensuelle payable en vertu de la présente police, sauf si cette hausse au cours d'une année civile donnée dépasse l'indexation au coût de la vie plus 10 % de la prestation applicable à l'une de ces sources le 31 décembre de l'année civile précédente.

56. Durée des prestations

Dans le cas où le membre assuré est atteint d'invalidité totale pendant 13 semaines consécutives, il devient admissible aux prestations à compter du jour suivant la date de sa libération des Forces canadiennes. Les prestations sont versées à tous les mois ou partie de mois subséquents au cours duquel le membre est frappé d'invalidité. En cas du décès du membre, la prestation mensuelle est versée pour la totalité du mois au cours duquel le décès est survenu. L'Assureur se réserve le droit de demander une preuve d'invalidité qui le satisfait, et ce, sans frais pour l'Assureur.

57. Subrogation

Si l'invalidité totale du membre assuré donnant droit aux prestations en vertu de la présente partie III est causée par un acte préjudiciable d'une tierce partie, le membre assuré subroge son droit à poursuivre une telle tierce partie à l'Assureur et convient d'exécuter tout document requis pour parfaire la subrogation.

58. Limites et exceptions

- a. Aucune prestation n'est versée pendant une partie d'une période quelconque au cours de laquelle le membre n'est pas traité par un médecin ou par un spécialiste reconnu autre que par lui-même. Le membre devra être traité par un spécialiste autorisé s'il a besoin de traitement à cause de sa condition. Le membre est responsable de fournir des preuves à l'effet qu'il est traité par un médecin ou un spécialiste autorisé, ou encore, il doit prouver que la blessure ou la maladie n'exige pas des soins ou des traitements continus d'un médecin ou d'un spécialiste reconnu.
- b. Si l'invalidité ne requiert pas un examen périodique du membre par le médecin ou le spécialiste autorisé qui le traite, l'Assureur peut exiger que le membre soit examiné par le médecin en question ou un médecin de son choix, à des intervalles que l'Assureur juge nécessaires à l'évaluation et (ou) au traitement optimal de l'invalidité du membre. Si le membre néglige de se faire examiner selon les exigences de l'Assureur, celui-ci se réserve le droit de suspendre le versement des prestations jusqu'à ce que le membre subisse un tel examen. Aucune disposition dans le présent paragraphe n'empêche l'Assureur de mettre fin au versement des prestations d'invalidité après l'examen du membre si les résultats de cet examen montrent que le membre n'est plus frappé d'invalidité totale selon la définition du paragraphe 1.h. de la présente police.
- c. Le membre n'est pas couvert si l'invalidité totale découle des cas suivants :
 - (i) une blessure résultant de la participation du membre à un acte criminel;
 - (ii) une blessure volontaire ou une tentative d'autodestruction volontaire tandis que le membre était sain d'esprit ou non;
 - (iii) une invalidité totale survenant au cours des 12 premiers mois suivant le début de la couverture et découlant d'une blessure ou d'une maladie pour laquelle le membre a déjà consulté un médecin au cours des six mois précédant immédiatement la date à laquelle il a adhéré au régime.

- d. Depuis le 1^{er} janvier 1995, aucune prestation n'est versée à un membre assuré après son 65^e anniversaire. Cette limite ne vaut que pour un membre assuré dont la demande de prestation a été approuvée le ou après le 1^{er} janvier 1995.

59. Réductions visant un programme de réadaptation

Les membres frappés d'invalidité totale qui reçoivent des prestations mensuelles sont encouragés à participer à un programme approuvé de réadaptation. Si un membre frappé d'invalidité totale touche un revenu dans le cadre de sa participation à un programme de réadaptation approuvé par l'Assureur, sa prestation mensuelle sera réduite d'un montant correspondant à 50 % de son revenu dans le cadre du programme de réadaptation, à condition que les prestations mensuelles ne soient pas réduites avant que le revenu total du membre, provenant de toutes sources, y compris le revenu gagné dans le cadre du programme de réadaptation, dépasse 75 % de son salaire équivalent. Si le revenu total provenant de toutes sources, y compris le revenu gagné dans le cadre du programme de réadaptation, dépasse 100 % du salaire équivalent, la prestation mensuelle doit être réduite du montant total excédant 100 % du salaire.

60. Salaire équivalent

Le salaire équivalent correspond à la solde que le membre aurait reçu s'il était resté membre des Forces canadiennes au même grade et dans la même classification qu'au moment où il a été frappé d'invalidité. Le salaire équivalent est calculé à partir de la date d'emploi dans le cadre du programme de réadaptation et demeure le même pendant toute la durée d'emploi dans le cadre du programme de réadaptation approuvé.

ASSURANCE INVALIDITÉ PROLONGÉE – PRESTATIONS DE MUTILATION

61. Versement des prestations

Sur réception d'une attestation que le membre assuré a subi une mutilation ou a perdu la vue en raison d'un accident dans les 365 jours suivant cet accident, et qu'il a été libéré des Forces canadiennes, l'Assureur versera une prestation de revenu mensuelle au membre retraité pendant une période fixe selon les modalités de l'article 63 ou jusqu'à son décès, selon la première éventualité. Le membre doit être libéré dans les trois ans suivant la date de l'accident. Aucune prestation n'est versée pendant les 13 premières semaines suivant la date à laquelle l'accident est survenu.

62. Montant des prestations – mutilation

Le montant de la prestation de revenu mensuelle correspond à 75 % de la solde mensuelle du membre à la date de sa libération, moins les déductions décrites ci-dessous. La prestation doit être augmentée le 1^{er} janvier de chaque année. L'indexation est proportionnelle à la hausse de l'Indice des prix à la consommation au Canada à partir de la date du début du versement des prestations de mutilation. La hausse des prestations est arrondie au 1/4 de 1 % supérieur, sauf si elle correspond déjà à un multiple de cette valeur, et elle ne doit pas dépasser 2 % par année. Les prestations pour une partie de mois sont calculées proportionnellement au nombre de jours d'un mois de 30 jours.

63. Tableau des prestations – mutilation

a. Les prestations seront versées dans les cas suivants :

<u>Perte</u>	<u>Période fixe de prestations</u>
des deux mains ou des deux pieds	36 mois
d'une main et d'un pied	36 mois
de la vue dans les deux yeux	36 mois
d'une main ou d'un pied et de la vue dans un œil	36 mois
de l'ouïe ou de la parole	36 mois
d'une main ou d'un pied	24 mois
de la vue dans un œil	12 mois
du pouce ou de l'index de la même main	12 mois

b. Le terme « perte » tel qu'utilisé plus haut signifie également la perte totale et irrémédiable.

c. Le terme « perte de la vue » tel qu'utilisé plus haut signifie également la perte totale et irrémédiable de la vue.

d. Si le membre subit plus d'une des pertes ci-dessus lors du même accident, seulement une période de prestations s'appliquera, soit la période la plus longue.

e. Si l'invalidité totale résultant de l'une des pertes ci-dessus persiste au-delà de la période d'indemnisation fixée pour cette mutilation, les prestations ci-dessus continueront d'être versées selon les dispositions de cette partie III décrivant les modalités du régime d'AIP.

64. Réductions – mutilation

a. La prestation de revenu mensuelle doit être réduite de tout montant de prestation mensuelle versée au membre en vertu des textes de loi suivants :

(i) la *Loi sur les pensions* (y compris les indemnités de personnes à charge et les versements rétroactifs);

(ii) la *Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes*; et

(iii) le Régime des pensions du Canada ou de la Régie des rentes du Québec (bénéficiaires premiers seulement).

b. Les prestations de mutilation ne sont pas réduites en raison de gains touchés dans le cadre d'un programme de réadaptation pendant une période fixe de prestations.

65. Limites et exceptions – mutilation

Aucune prestation de mutilation ne sera versée dans les cas suivants :

- a. la mutilation résulte de la participation du membre à un acte criminel;
- b. le membre s'est infligé une blessure volontaire ou a tenté l'autodestruction tandis qu'il était sain d'esprit ou non;
- c. la mutilation résulte d'un accident survenu avant l'adhésion du membre à cette police;
- d. il s'agit d'un membre qui a quitté les Forces canadiennes volontairement ou qui s'est retiré des Forces canadiennes à l'âge de retraite obligatoire.

DISPOSITIONS CONCERNANT LES PRESTATIONS D'INVALIDITÉ PROLONGÉE ET DE MUTILATION

66. Prolongation de la couverture

- a. Dans le cas de tous les membres qui recevaient des prestations d'AIP le ou avant le 31 décembre 1994, l'Assureur doit garantir une prolongation de la protection d'une durée de 60 mois suivant le dernier versement des prestations de revenu mensuelles. Dans le cas de tous les membres qui recevaient des prestations d'AIP ou qui ont reçu l'approbation pour recevoir des prestations le ou après le 1^{er} janvier 1995, l'Assureur doit garantir une prolongation de la protection d'une durée de 36 mois suivant le dernier versement des prestations de revenu mensuelles. Cette prolongation doit commencer à compter de la plus récente des dates suivantes :
 - (i) la date à laquelle la formule de réduction du revenu gagné dans le cadre d'un programme de réadaptation réduit la prestation de revenu mensuelle à zéro;
 - (ii) la date à laquelle le membre cesse d'être frappé d'invalidité totale.
- b. Cette prolongation de protection s'applique à tous les types d'assurance et prestations prévues par la présente police auxquels le membre était admissible au début de l'invalidité initiale et pendant la durée de celle-ci, à condition que le membre fournisse à l'Assureur des preuves démontrant les résultats de l'examen médical à la satisfaction de l'Assureur et sans frais pour ce dernier. Si le membre est frappé d'invalidité totale découlant d'une cause pour laquelle les prestations lui ont été versées à l'origine, des prestations lui seront versées conformément au niveau de prestations auquel il a droit. Les prestations feront l'objet des ajustements et des réductions applicables.
- c. Aucune prestation d'invalidité prolongée ou de mutilation ne sera versée en vertu de la prolongation de protection si la cause est distincte et sans relation avec celle de l'invalidité initiale.

67. Cession

Aucun membre n'a le droit de céder, d'aliéner, de grever d'une charge ou de racheter une prestation de revenu mensuelle.

68. Remboursement de l'Assureur

Si un membre présente une demande de prestation en vertu de la *Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes*, du Régime de pensions du Canada, du Régime des rentes du Québec, la *Loi sur la continuation de la pension des services de défense* ou la *Loi sur les pensions* à cause d'invalidité totale ou de mutilation et que cette demande est refusée, les prestations prévues par la présente protection doivent être versées conformément aux dispositions du présent article, à condition que le membre convienne par écrit que s'il reçoit subséquemment des prestations en vertu desdits textes de loi, il remboursera à l'Assureur la somme des prestations versées dans le cadre de la présente protection qui excèdent les prestations qu'il recevrait autrement.

69. Preuve de sinistre

- a. Une preuve écrite du sinistre qui satisfait l'Assureur, précisant la date de l'accident, sa nature et l'étendue de la perte pour laquelle est faite la demande de prestation, doit être fournie à l'Assureur dans les 120 jours suivant la date à laquelle le membre est libéré des Forces canadiennes.
- b. Une preuve écrite de la continuité du sinistre doit être fournie à l'Assureur, au moment et aussi souvent qu'il est raisonnablement nécessaire, et ce, sans frais pour l'Assureur.
- c. L'Assureur a le droit d'exiger une attestation satisfaisante :
 - (i) que le membre n'est pas admissible aux prestations mentionnées à l'article 68 ou qu'il en a fait la demande;
 - (ii) qu'il a fourni toutes les preuves requises en vue de recevoir ces prestations;
 - (iii) du montant de telles prestations à verser.

70. Versement des prestations relatives au sinistre

- a. Les prestations payables en vertu de la présente police sont versées le dernier jour de chaque mois durant la période pendant laquelle les obligations de l'Assureur sont en vigueur.
- b. Si une prestation en vertu de la présente partie III doit être versée à la succession du membre, l'Assureur peut, à sa discrétion, verser la prestation, sans excéder le montant de la prestation mensuelle, à tout parent de sang ou par alliance du membre. Tout versement qu'effectue l'Assureur, en toute bonne foi, en vertu du présent paragraphe, doit libérer l'Assureur de sa dette jusqu'à concurrence du montant versé.

71. Assurance maladie gros risques

Voir la partie IIIB, section 4.

PARTIE VII
RÉGIME DE SERVICE APRÈS LA RETRAITE (RSAR)

- 103. Prestations d'assurance vie
- 104. Régimes facultatifs
- 105. Admissibilité
- 106. Assurabilité
- 107. Primes
- 108. Date d'entrée en vigueur
- 109. Exonération des primes
- 110. Privilège de transformation
- 111. Décès pendant la période d'admissibilité

PARTIE VII
RÉGIME DE SERVICE APRÈS LA RETRAITE (RSAR)

103. Prestations d'assurance vie

- a. L'Assureur versera au bénéficiaire du membre retraité, à son conjoint ou à son ex-conjoint le montant de la prestation d'assurance en vigueur sur la vie du membre retraité, de son conjoint ou de son ex-conjoint. Le montant à verser est calculé conformément aux indications du tableau des prestations d'assurance ci-dessous et sera versé sur réception au siège social de l'Assureur d'une attestation de décès en bonne et due forme précisant que le membre retraité, son conjoint ou son ex-conjoint est décédé alors qu'il était assuré en vertu de la présente police.

b. Tableau des prestations d'assurance - Membres retraités

<u>Âge atteint du membre retraité</u>	<u>Montant d'assurance vie</u>		
	<u>RÉGIME 1</u>	<u>RÉGIME 2</u>	<u>RÉGIME 3</u>
35 ou moins	50 000 \$	75 000 \$	100 000 \$
36	49 000	73 500	98 000
37	48 000	72 000	96 000
38	47 000	70 500	94 000
39	46 000	69 000	92 000
40	45 000	67 500	90 000
41	44 000	66 000	88 000
42	43 000	64 500	86 000
43	42 000	63 000	84 000
44	41 000	61 500	82 000
45	40 000	60 000	80 000
46	39 000	58 500	78 000
47	38 000	57 000	76 000
48	37 000	55 500	74 000
49	36 000	54 000	72 000
50	35 000	52 500	70 000
51	33 000	49 500	66 000
52	31 000	46 500	62 000
53	29 000	43 500	58 000
54	27 000	40 500	54 000
55	25 000	37 500	50 000
56	23 000	34 500	46 000
57	21 000	31 500	42 000
58	19 000	28 500	38 000
59	17 000	25 500	34 000
60	15 000	22 500	30 000
61	12 000	18 000	24 000

62	9 000	13 500	18 000
63	6 000	9 000	12 000
64	5 000	7 500	10 000
65 ou plus	3 500	5 250	7 000

c. Tableau des prestations d'assurance - conjoint ou ex-conjoint

<u>Âge atteint du conjoint/de l'ex-conjoint</u>	<u>Montant d'assurance vie</u>		
	<u>RÉGIME 1</u>	<u>RÉGIME 2</u>	<u>RÉGIME 3</u>
Moins de 61	10 000 \$	10 000 \$	10 000 \$
61 à 64 inclusivement	5 000	5 000	5 000
65 et plus	AUCUN	AUCUN	AUCUN

104. Régimes facultatifs

- a. Cette assurance vie est offerte selon trois régimes facultatifs dont les primes sont les suivantes :
- Régime 1 - prime annuelle de 240 \$
 - Régime 2 - prime annuelle de 360 \$
 - Régime 3 - prime annuelle de 480 \$
- b. Les régimes prévoient des prestations décroissantes pour les membres retraités conformément au tableau des prestations d'assurance ci-dessus et du régime choisi, jusqu'à l'âge de 65 ans, puis le reste de la vie durant à condition que la prime annuelle soit payée. La protection prévoit un montant fixe d'assurance vie temporaire pour les conjoints, comme le montre le tableau des prestations d'assurance ci-dessus.

105. Admissibilité

- a. Pour être admissible à la couverture en vertu du RSAR, un membre retraité doit :
- i. avoir cumulé deux ans de couverture continue en vertu des dispositions relatives à l'Assurance revenu aux survivants, au Régime d'assurance des officiers généraux ou au Régime d'assurance facultative temporaire de la présente police et
 - ii. avoir servi au moins quinze ans au sein des Forces canadiennes (Force régulière) immédiatement avant la date de sa libération et
 - iii. avoir choisi l'une des options suivantes :
 - 1. de participer au RSAR dans les 31 jours suivant la date de sa libération des Forces canadiennes (Force régulière),
 - 2. de participer au RSAR dans les 31 jours suivant la date d'expiration de toute prolongation de couverture en vertu du régime d'Assurance invalidité prolongée de la présente police.

- b. Nonobstant ce qui précède, les personnes qui ont pris leur retraite le ou après le 31 mars 1981 ne sont pas admissibles au RSAR. Les membres assurés au 31 mars 1981 ont le droit de prolonger cette couverture ou de la transformer en Couverture après la libération conformément aux conditions énoncées dans la partie X de la présente police.

106. Assurabilité

Les membres retraités ne sont pas tenus de fournir une preuve d'assurabilité s'ils choisissent le régime 1. L'Assureur peut exiger, sans frais pour lui-même, une preuve satisfaisante d'assurabilité des membres retraités qui choisissent les régimes 2 ou 3.

107. Primes

Toutes les primes doivent être payées annuellement.

108. Date d'entrée en vigueur

La couverture d'un membre retraité admissible au RSAR entre en vigueur à la plus récente des dates suivantes :

- a. 1^{er} juin 1974;
- b. 31 jours suivant la libération des Forces canadiennes (Force régulière);
- c. 31 jours suivant la date d'expiration de toute prolongation de couverture du régime d'Assurance invalidité prolongée en vertu de la présente police.

109. Exonération des primes

- a. L'Assureur doit exonérer le membre retraité, son conjoint ou son ex-conjoint assuré en vertu du RSAR du paiement de la prime et maintenir l'assurance en vigueur sur réception, à son siège social, d'une preuve satisfaisante pour l'Assureur que le membre retraité, alors qu'il est assuré en vertu de la présente et avant qu'il atteigne son 65^e anniversaire :
 - i. a été frappé d'invalidité totale et
 - ii. a été frappé d'invalidité totale et continue pendant une période de six mois avant de faire une demande de prestation en vertu de la présente disposition.
- b. « Invalidité totale » a la même signification que l'expression définie au paragraphe 1.h.
- c. L'exonération des primes est en vigueur pendant la période d'invalidité totale durant la vie du membre retraité, sauf si ce dernier néglige de fournir une preuve d'invalidité totale permanente ou ne subit pas un examen médical, s'il y est tenu. L'Assureur peut exiger du membre retraité qu'il soit examiné par un médecin désigné et payé par l'Assureur. Toutes les primes payées après le début de l'invalidité totale, mais avant l'expiration de la période d'attente de six mois seront remboursées au membre retraité dès que l'invalidité totale aura été établie.

110. Privilège de transformation

- a. Un membre retraité, son conjoint ou son ex-conjoint doit avoir le droit de transformer l'assurance vie prévue par le présent RSAR en une police individuelle que l'Assureur doit délivrer. Un membre retraité peut exercer ce privilège à tout moment. Un conjoint ou un ex-conjoint doit exercer ce privilège dans les 31 jours suivant la cessation de la protection du membre retraité.
- b. Le membre retraité, son conjoint ou son ex-conjoint doit choisir le montant de protection de la police individuelle au moment de la transformation, mais ce montant ne doit pas être inférieur au montant minimal pour lequel l'Assureur choisi délivre ces polices individuelles et ne doit pas dépasser le montant d'assurance vie en vigueur du membre retraité, de son conjoint ou de son ex-conjoint à l'âge atteint respectivement par ceux-ci et conformément au tableau des prestations d'assurance ci-dessus et au régime choisi. Aucune preuve d'assurabilité n'est requise.

111. Décès pendant la période d'admissibilité

- a. Si le décès d'un membre, de son conjoint ou de son ex-conjoint survient pendant la période d'admissibilité de 31 jours, les prestations seront versées conformément aux dispositions des articles portant sur les prestations de décès prolongées de 31 jours visant l'Assurance revenu aux survivants, le Régime d'assurance des officiers généraux et l'assurance vie des personnes à charge contenus dans la présente police.
- b. Aucune prestation ne sera versée en vertu du RSAR même si une demande et une preuve d'assurabilité ont été reçues au siège social de l'Assureur et approuvées par ce dernier au cours de la période de 31 jours. Si un certificat d'assurance a été délivré, aucun paiement ne doit être fait en vertu des dispositions relatives aux prestations de décès prolongées indiquées au paragraphe 111.a, sauf si le certificat d'assurance est racheté sans paiement de tout sinistre afférent.

PARTIE VIII
ASSURANCE MALADIE GROS RISQUES AVANT 1995 (AMGR1)

- 112. Admissibilité
- 113. Franchise
- 114. Prestations à vie maximales
- 115. Définitions
- 116. Prestations d'hospitalisation
- 117. Prestations pour soins de santé
- 118. Exclusions

PARTIE VIII

ASSURANCE MALADIE GROS RISQUES (AMGR1)

112. Admissibilité

- a. L'Assureur versera une prestation couvrant les frais encourus à la suite d'une blessure subie ou d'une maladie contractée pendant une année civile par le demandeur admissible à l'Assurance invalidité prolongée, par le demandeur admissible à l'Assurance invalidité prolongée pour la Réserve ou par les personnes à charge admissibles, à condition que :
- (i) aucune des ces personnes ne soit admissible à des prestations d'assurance maladie gros risques provenant d'une autre source, ou d'un régime ou d'un programme de tout gouvernement ou de l'État, ou de tout service ou agence du gouvernement ou de l'État, y compris un régime ou un programme établi en vertu de la législation provinciale sur l'assurance automobile et
 - (ii) l'admissibilité du membre assuré en vertu de la présente partie a été établie avant le 1^{er} janvier 1995. Toute personne qui devient une personne à charge après le 31 décembre 1994 est assurée en vertu de la présente partie si un membre ou tous les membres de sa famille immédiate sont assurés en vertu de la présente partie.
- b. Les prestations sont classées selon des soins hospitaliers ou selon des soins de santé complémentaires.

113. Franchise

Une franchise annuelle de 25 \$ par famille est prévue pour couvrir une partie des frais couverts au titre des soins de santé. Si la totalité ou une partie des frais sont engagés au cours des trois derniers mois de l'année civile, ces frais peuvent être reportés et servir de crédit à titre de franchise pour l'année qui suit.

114. Prestations à vie maximales

Le montant maximal des prestations à vie est de 200 000 \$ pour chaque personne assurée, ce qui représente le montant brut d'indemnisation que chaque personne assurée peut recevoir au long de sa vie, y compris pour toutes les périodes ponctuelles, discontinues et prolongées des demandes. Lorsqu'une personne assurée d'une unité familiale atteint la limite maximale de 200 000 \$, toute personne assurée faisant partie de l'unité familiale reçoit une protection en vertu de l'assurance maladie gros risque présentée à la partie XI et le total des prestations qu'elles ont touchées à jour seront comptabilisées en vue de cette assurance.

115. Définitions

Les frais suivants sont couverts :

- a. « frais d'hospitalisation » désigne les frais suivants :
 - (i) les frais de chambre et pension; les frais pour d'autres services hospitaliers et de fournitures offerts au demandeur, au bénéficiaire ou à la personne à charge, selon le cas, et employés pendant la période d'hospitalisation (à l'exception des frais pour des services infirmiers particuliers ou pour les services de médecins ou de chirurgiens);
 - (ii) les frais d'anesthésie et d'administration encourus pendant l'hospitalisation;
 - (iii) les frais d'utilisation locale d'ambulance s'ils sont encourus en rapport avec l'hospitalisation.

- b. « frais de convalescence » désigne les frais suivants :
 - (i) les frais de chambre et pension ou les services et fournitures offerts par un établissement de convalescence sont des frais couverts (i) jusqu'à concurrence des frais habituels et raisonnables pour une chambre commune, et (ii) pour une durée maximale de 180 jours d'hospitalisation dans un établissement de convalescence, par sinistre;
 - (ii) les frais d'utilisation locale d'ambulance s'ils sont encourus en rapport avec l'hospitalisation dans un établissement de convalescence.

- c. « frais de chirurgie » désigne les frais encourus pour une chirurgie et le traitement postopératoire requis à la suite de la chirurgie.

- d. « frais médicaux » désigne les frais encourus pour une thérapie par isotopes radioactifs ou pour toute autre radiothérapie non admissible au titre d'une chirurgie, y compris les autres frais couverts qui ne sont pas des frais d'hospitalisation, des frais de convalescence ou des frais de chirurgie tels que définis ci-dessus.

- e. frais d'un « établissement de convalescence » désigné dans la présente comme un établissement (ou une partie distincte d'un établissement) qui :
 - (i) s'occupe surtout de fournir aux patients internes (i) des soins infirmiers de qualité et des services connexes pour ceux qui en ont besoin, ou (ii) un service de réadaptation aux personnes blessées ou malades;
 - (ii) possède des politiques élaborées sur les conseils (et prévoyant la revue périodique de telles politiques) d'un groupe de professionnels, y compris un ou plusieurs médecins diplômés et un ou plusieurs infirmières ou infirmiers autorisés, servant à régir les soins infirmiers et les services médicaux connexes et autres qu'il offre;
 - (iii) dispose d'un médecin diplômé, d'une infirmière ou d'un infirmier autorisé ou d'un personnel médical chargé de l'exécution de telles politiques;
 - (iv) (i) exige que les soins de santé soient dispensés à chaque patient sous la surveillance d'un médecin, et (ii) prévoit la présence d'un médecin pour dispenser les soins médicaux requis en cas d'urgence;
 - (v) tient des dossiers médicaux de tous les patients;

- (vi) assure des soins infirmiers vingt-quatre heures par jour conformément aux politiques élaborées telles que prévues à l'alinéa e(ii) ci-dessus, et emploie au moins une infirmière ou un infirmier autorisé à temps plein;
- (vii) dispose de méthodes et de techniques appropriées pour dispenser et administrer les médicaments et les produits biochimiques;
- (viii) dispose d'un plan d'examen de l'utilisation prévoyant l'examen, par échantillonnage ou par d'autres moyens, des admissions à l'établissement, de la durée des séjours et des services professionnels (y compris les médicaments et les produits biochimiques) dispensés (i) en tenant compte de la nécessité médicale des services, et (ii) de la promotion de l'usage le plus efficace des services et des installations de santé offerts; un tel examen doit être fait soit :
 - (a) par un comité du personnel de l'établissement composé de deux médecins ou plus et auquel peuvent participer ou non d'autres membres du personnel professionnel;
 - (b) par un groupe composé de façon similaire et mis en place par la collectivité médicale locale et certains des hôpitaux et des établissements de convalescence de la localité ou tous; un tel examen prévoit la transmission rapide d'avis à l'établissement, au responsable et au médecin de service concernant toute constatation faite par les médecins membres d'un tel comité ou d'un tel groupe qu'une prolongation du séjour à l'établissement n'est pas nécessaire du point de vue médical;
- (ix) dispose d'un permis en vertu d'une législation ou d'une réglementation provinciale ou locale pertinente et est reconnu par l'organisation provinciale ou locale compétente pour se conformer aux normes établies visant ledit permis; toutefois, de telles dispositions ne doivent pas s'appliquer à un établissement dispensant principalement des soins de garde.

116. Prestations d'hospitalisation

L'Assureur versera une indemnité aux personnes assurées qui en font la demande pour couvrir les frais encourus pour les éléments suivants, considérés comme étant des frais d'hospitalisation couverts, pour autant que ces frais soient raisonnables et habituels et ne soient pas couverts en vertu d'un régime d'assurance médicale d'une province; et compte tenu des autres limites de protection prévues dans la présente partie :

- a. les frais de chambre et pension journaliers qu'exige un hôpital situé au Canada, jusqu'au tarif habituel prévu pour une chambre semi-privée;
- b. les frais de chambre et pension et des services auxiliaires aux patients internes qu'exige un hôpital situé à l'étranger, couverts jusqu'à concurrence des frais journaliers habituels et raisonnables excédant l'indemnité prévue par tout gouvernement provincial, à condition que ces services ne soient pas facultatifs et soient dispensés pour des raisons d'urgence médicale pour le traitement d'une blessure subie ou d'une maladie contractée à l'étranger ou lorsqu'il n'y a pas d'établissement hospitalier au Canada en mesure de fournir le traitement pour la blessure subie ou la maladie contractée à l'étranger; dans tous autres cas, de tels frais sont couverts seulement jusqu'à concurrence des frais pour des services correspondant à ceux dispensés dans la province de résidence du membre ou de la personne à charge, selon le cas;

- c. les frais de chambre et pension ou les services et fournitures offerts par un établissement de convalescence sont des frais couverts (i) jusqu'à concurrence des frais habituels et raisonnables pour une chambre commune, et (ii) pour une durée maximale de 180 jours d'hospitalisation dans un établissement de convalescence, par sinistre.

117. Prestations pour soins de santé

L'Assureur versera une indemnité aux personnes assurées qui en font la demande pour couvrir tous les frais habituels et raisonnables pour des fournitures et des services médicaux prescrits par un médecin ou un dentiste diplômé dans la mesure où ces frais ne sont pas couverts en vertu d'un régime d'assurance médicale d'une province, et compte tenu des limites de protection prévues dans la présente partie, y compris :

- a. Médicaments prescrits sur ordonnance d'un dentiste ou d'un médecin, notamment les contraceptifs oraux.
- b. (i) Services infirmiers privés prodigués dans un hôpital ou ailleurs par les personnes suivantes :
 - (1) une infirmière ou un infirmier autorisé qui est habilité à ajouter le suffixe « inf. aut. » à la suite de son nom;
 - (2) une infirmière auxiliaire ou un infirmier auxiliaire autorisé qui est habilité à ajouter le suffixe « inf aux. aut. » à la suite de son nom;
 - (3) une infirmière membre des Infirmières de l'Ordre de Victoria qui est habilitée à ajoutée le suffixe « V.O.N. » à la suite de son nom, à condition que cette infirmière ne réside pas normalement au domicile de la personne assurée et qu'elle n'ait pas de lien de sang ou de mariage avec la personne assurée.
- (ii) Un auxiliaire à domicile à l'intention de personnes quadriplégiques, à condition que l'auxiliaire ne réside pas normalement au domicile de la personne assurée et qu'il n'ait pas de lien de sang ou de mariage avec la personne assurée.
- c. Soins dentaires :
 - (i) Lorsque de tels soins sont requis en raison de dommages à des dents naturelles saines ou les tissus voisins à la suite d'une blessure subie lorsque le demandeur, le bénéficiaire ou la personne à charge, selon le cas, est assurée en vertu de la présente police ou
 - (ii) l'excision de dents incluses sans éruption complétée ou d'une tumeur ou d'un kyste ou l'incision et le drainage d'un abcès ou d'un kyste ou
 - (iii) toute autre chirurgie buccale non liée à la structure d'une dent, au processus alvéolaire ou aux tissus gingivaux.
- d. Usage d'un service local d'ambulance, autre qu'un service aérien ou ferroviaire.
- e. Fournitures et services suivants :
 - (i) Produits anesthésiques et oxygène et leur administration;
 - (ii) Location ou achat, au choix de l'Assureur, d'un poumon d'acier, d'une tente d'oxygène, d'un lit d'hôpital, d'un fauteuil roulant ou d'équipement médical durable similaire conçu principalement pour un usage en milieu hospitalier à des fins thérapeutiques;
 - (iii) Sang et plasma sanguin et leur administration, dans la mesure où de tels frais ne sont pas réduits par des dons de sang;

- (iv) Appareils de soutien, béquilles et prothèses requis en raison d'une blessure subie ou d'une maladie contractée lorsque le demandeur, le bénéficiaire ou la personne à charge, selon le cas, est assurée en vertu de la présente police, y compris les frais de remplacement nécessaire attribuable à un changement pathologique, mais non les frais de réparation et d'entretien;
 - (v) Les examens radiologiques et les tests en laboratoire;
 - (vi) Les traitements de physiothérapie;
 - (vii) Le transport d'urgence par avion ou par train à l'hôpital le plus près équipé pour dispenser le traitement nécessaire, sous réserve d'un maximum de 200 \$ par période de 12 mois consécutifs;
 - (viii) L'achat et l'ajustement de lunettes ou de prothèses auditives lorsqu'ils sont requis en raison de dommages aux yeux ou aux oreilles à la suite d'une blessure subie lorsque le demandeur, le bénéficiaire ou la personne à charge, selon le cas, est assurée en vertu de la présente police;
 - (ix) La réparation et l'entretien de fauteuils roulants ou d'autres aides techniques, sous réserve d'un maximum de 500 \$ par année, et sur recommandation par écrit du coordonnateur de la réadaptation.
- f. Traitement médical dispensé ou chirurgie pratiquée par un médecin.
 - g. Frais pour les services rendus par des médecins et des chirurgiens à l'étranger :
 - (i) lorsque de tels services ne sont pas facultatifs et sont dispensés pour des raisons d'urgence médicale pour le traitement d'une blessure subie ou d'une maladie contractée à l'étranger, et seulement dans la mesure où ces frais sont habituels et raisonnables en fonction de l'endroit où les services sont dispensés;
 - (ii) lorsque de tels services ne sont pas facultatifs et sont dispensés pour des raisons d'urgence médicale pour le traitement d'une blessure subie ou d'une maladie contractée au Canada, mais qui ne sont pas offerts au Canada, et seulement dans la mesure où ces frais sont habituels et raisonnables en fonction de l'endroit où les services sont dispensés; dans tous autres cas, de tels frais sont couverts seulement jusqu'à concurrence des frais pour les mêmes services inscrits dans le barème des tarifs de l'association médicale de la province de résidence du demandeur, du bénéficiaire ou de la personne à charge, selon le cas.
 - h. Les frais exigés par un orthophoniste, un psychologue clinicien, un ostéopathe, un chiropraticien ou un podiatre et couverts jusqu'à concurrence de 20 traitements par année civile, et pour tous les traitements dispensés par n'importe quel desdits praticiens.
 - i. Les frais exigés pour les services d'un physiothérapeute ou d'un masseur professionnel autorisé, sur ordonnance d'un médecin légalement autorisé.
 - j. Les frais exigés pour les services d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste, mais limités à un traitement de réfraction oculaire par personne, par période de 24 mois consécutifs.

118. Exclusions

Aucune indemnisation pour soins de santé ne sera versée dans le cas suivants :

- a. Frais d'examen médical général, y compris à des fins d'emploi ou d'assurance.
- b. Soins dentaires, sauf ceux indiqués ci-dessus.
- c. Services non approuvés ou non prescrits par un médecin.
- d. Traitement ou prescriptions à la suite de la déclaration on non d'une guerre, d'une émeute ou d'une insurrection.
- e. Frais qui ne sont normalement pas encourus lorsqu'une personne n'est pas assurée.
- f. Frais d'hospitalisation ou de chirurgie principalement à des fins cosmétiques.
- g. Traitements à la suite d'une blessure subie ou d'une maladie contractée volontairement.

PARTIE XI
ASSURANCE MALADIE GROS RISQUES APRÈS 1994 (AMGR2)

- 149. Admissibilité
- 150. Franchise
- 151. Prestations à vie maximales
- 152. Versement des prestations
- 153. Définitions
- 154. Prestations d'hospitalisation
- 155. Prestations pour soins de santé complémentaires
- 156. Exclusions

PARTIE XI

ASSURANCE MALADIE GROS RISQUES (AMGR2)

149. Admissibilité

- a. L'Assureur versera une prestation couvrant les frais encourus à la suite d'une blessure subie ou d'une maladie contractée pendant une année civile par le demandeur admissible à l'assurance invalidité prolongée, par le demandeur admissible à l'assurance invalidité prolongée pour la Réserve ou par les personnes à charge admissibles, à condition que :
- (i) aucune des ces personnes ne soit admissible à des prestations d'assurance maladie gros risques provenant d'une autre source, ou d'un régime ou d'un programme de tout gouvernement ou de l'État, ou de tout service ou agence du gouvernement ou de l'État, y compris un régime ou un programme établi en vertu de la législation provinciale sur l'assurance automobile et
 - (ii) l'admissibilité de la personne assurée en vertu de la présente partie a été établie après le 31 décembre 1994 ou
 - (iii) la personne est admissible à l'assurance prévue par la présente partie car sa couverture d'Assurance maladie gros risques 1 (AMGR1), a été transformée de la partie VII.
- b. Les prestations sont classées selon des soins hospitaliers ou selon des soins de santé complémentaires.
- c. Après le 31 mars 2006, on n'acceptera aucun nouvel entrant à l'Assurance maladie gros risques.

150. Franchise

Une franchise annuelle de 60 \$ par personne assurée et de 100 \$ par famille est prévue pour couvrir une partie des frais engagés au titre des soins de santé complémentaires. Si la totalité ou une partie de ses frais sont engagés durant les trois derniers mois de l'année civile, ces frais peuvent être portés au crédit de la franchise pour l'année suivante.

151. Prestations à vie maximales

Le montant maximal des prestations à vie est de 1 000 000 \$ par personne assurée, ce qui représente le montant brut d'indemnisation que chaque personne assurée peut recevoir au long de sa vie, y compris pour toutes les périodes ponctuelles, discontinues et prolongées des demandes ainsi que tout montant transformé de la partie VIII, le cas échéant.

152. Versement des prestations

- a. L'Assureur rembourse :
- (i) 100 % des frais admissibles en vertu de l'article 154;
 - (ii) 80 % des frais admissibles en vertu des paragraphes 155 a. to d.;
 - (iii) 100 % des frais admissibles en vertu de l'alinéa 155.e.(i);
 - (iv) 80 % des frais admissibles en vertu de l'alinéa 155.e.(ii); après avoir reçu une preuve suffisante que la personne assurée a engagé des frais admissibles définis dans les présentes dispositions en vue d'obtenir les services médicaux requis.

153. Définitions

- a. « frais d'hospitalisation » désigne les frais suivants :
- (i) les frais de chambre et pension; les frais pour d'autres services hospitaliers et de fournitures offerts au demandeur, au bénéficiaire ou à la personne à charge, selon le cas, et employés pendant la période d'hospitalisation (à l'exception des frais pour des services infirmiers particuliers ou pour les services de médecins ou de chirurgiens et à l'exception des frais d'hospitalisation désignés comme des montants de participation aux frais ou des frais d'utilisation);
 - (ii) les frais d'anesthésie et d'administration encourus pendant l'hospitalisation;
 - (iii) les frais d'utilisation locale d'ambulance s'ils sont encourus en rapport avec l'hospitalisation.
- b. « frais de chirurgie » désigne les frais encourus pour une chirurgie et le traitement postopératoire requis à la suite de la chirurgie.
- c. « frais médicaux » désigne les frais encourus pour une thérapie par isotopes radioactifs ou pour toute autre radiothérapie non admissible au titre d'une chirurgie, y compris les autres frais couverts qui ne sont pas des frais d'hospitalisation ou des frais de chirurgie tels que définis ci-dessus.
- d. « Assureur » désigne La Compagnie d'assurance-vie Manufacturers.
- e. « année civile » désigne la période du 1^{er} janvier au 31 décembre.
- f. « famille » désigne un membre souscripteur et les personnes assurées à sa charge.
- g. « hôpital » désigne un établissement autorisé par la loi à offrir des services de diagnostic, des interventions chirurgicales majeures ainsi que des soins et des traitements à une personne hospitalisée souffrant d'une maladie ou d'une blessure, avec des services dispensés 24 heures sur 24 par des infirmières et des infirmiers autorisés et des médecins diplômés. Un hôpital est également un hôpital autorisé par la loi à offrir des traitements spécialisés aux personnes souffrant de maladies mentales, d'alcoolisme et de toxicomanie, de cancer et d'arthrite, ainsi qu'aux convalescents et aux malades chroniques, mais pas les maisons de soins infirmiers, les maisons pour vieillards, les maisons de repos ou les autres endroits offrant des soins analogues.

- h. « médecin » désigne un docteur en médecine (MD) légalement autorisé à pratiquer cette discipline.
- i. « frais habituels et raisonnables » désigne les frais habituellement exigés des personnes non protégées et n'excédant pas les frais ayant normalement cours dans la région où ils sont engagés pour le service, le produit ou l'article fourni, de l'avis de l'Assureur.
- j. « infirmier » désigne une infirmière ou un infirmier autorisé, une infirmière ou un infirmier auxiliaire autorisé ou d'autres infirmières ou infirmiers diplômés inscrits au registre provincial approprié ou, en l'absence d'un tel registre, une infirmière ou un infirmier ayant la formation nécessaire, de l'avis de l'Assureur.
- k. « dentiste » désigne une personne autorisée par l'organisme provincial reconnu à pratiquer la dentisterie ou, en l'absence d'un tel organisme, une personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de l'Assureur.
- l. « podologue/podiatre » désigne une personne légalement autorisée à pratiquer la podiatrie par l'organisme provincial compétent ou, dans les provinces n'ayant pas de tel organisme, une personne membre de l'Association canadienne des professionnels des maladies des pieds ou, à défaut, une personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de l'Assureur.
- m. « chiropraticien » désigne un membre de l'Association chiropratique canadienne ou d'une association provinciale affiliée ou, à défaut, une personne ayant la formation nécessaire de l'avis de l'Assureur.
- n. « électrolyste » désigne une personne ayant la formation nécessaire pour être un électrolyste autorisé, de l'avis de l'Assureur.
- o. « naturopathe » désigne un membre de l'Association canadienne de naturopathie ou d'une association provinciale affiliée ou, à défaut, une personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de l'Assureur.
- p. « ostéopathe » désigne une personne titulaire d'un doctorat en ostéopathie conféré par un collègue d'ostéopathie approuvé par la Société canadienne ostéopathique ou, en l'absence d'une telle association, une personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de l'Assureur.
- q. « physiothérapeute » désigne un membre de l'Association canadienne de physiothérapie ou d'une association provinciale affiliée ou, à défaut, une personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de l'Assureur.
- r. « psychologue » désigne un psychologue reconnu à titre permanent inscrit au registre des psychologues de la province où il pratique ou, en l'absence d'un tel registre, une personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de l'Assureur.

- s. « massothérapeute autorisé » désigne une personne titulaire d'un permis de l'organisation provinciale autorisée ou, en l'absence d'une telle organisation, une personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de l'Assureur.
- t. « orthophoniste » désigne une personne titulaire d'une maîtrise en orthophonie et membre (en titre ou qualifié pour l'être) de l'Association canadienne des orthophonistes et audiologistes ou d'une association provinciale affiliée ou, à défaut, une personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de l'Assureur.
- u. « ophtalmologiste » désigne une personne légalement autorisée à pratiquer l'ophtalmologie.
- v. « optométriste » désigne un membre de l'Association canadienne des optométristes ou d'une association provinciale affiliée ou, à défaut, une personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de l'Assureur.

154. Prestations d'hospitalisation

L'Assureur versera une indemnité aux personnes assurées pour couvrir les frais encourus pour les éléments suivants, considérés comme étant des frais d'hospitalisation couverts, pour autant que ces frais soient raisonnables et habituels et ne soient pas couverts en vertu d'un régime d'assurance médicale d'une province; et compte tenu des autres limites de protection prévues dans la présente partie :

- (i) les frais d'hospitalisation d'une personne assurée résidant à l'extérieur du Canada désignent les frais habituels et raisonnables de chambre et pension autres que les frais de chambre commune (par exemple une chambre semi-privée) jusqu'à concurrence de 100 \$ par jour d'hospitalisation à l'exception des frais d'hospitalisation désignés comme des montants de participation aux frais ou des frais d'utilisation.
- (ii) les frais d'hospitalisation de toute autre personne assurée désignent les frais habituels et raisonnables de chambre et pension en chambre semi-privée excédant les frais de chambre commune, jusqu'à concurrence de 100 \$ par jour d'hospitalisation, à l'exception des frais d'hospitalisation désignés comme des montants de participation aux frais ou des frais d'utilisation.

155. Prestations pour soins de santé complémentaires

L'Assureur versera une indemnité aux personnes assurées pour couvrir tous les frais habituels et raisonnables pour des fournitures et des services médicaux dans la mesure où ces frais ne sont pas couverts en vertu d'un régime d'assurance médicale d'une province, et compte tenu des limites de protection prévues dans la présente section, y compris :

- a. Médicaments : médicaments prescrits sur ordonnance d'un dentiste ou d'un médecin, incluant, sans toutefois s'y limiter :
 - (i) contraceptifs oraux;
 - (ii) drogues injectables, y compris les sérums d'immunothérapie administrés par injection;
 - (iii) aiguilles, seringues et produits chimiques de diagnostic pour le traitement du diabète;

- (iv) dispositifs d'administration de médicaments pour traiter l'asthme, qui font partie intégrante du produit et qui sont approuvés par l'Assureur.
- b. Soins de la vue : frais habituels et raisonnables pour les soins de la vue suivants :
 - (i) examen de la vue par un optométriste à raison d'un examen par période de 24 mois et
 - (ii) lunettes et lentilles de contact nécessaires à la correction de la vue et prescrites par un ophtalmologiste ou par un optométriste, et réparation à celles-ci jusqu'à concurrence de 200 \$ par période de 24 mois.
- c. Services paramédicaux : pour être admissibles, les frais doivent être médicalement nécessaires au traitement de la maladie ou de la blessure. Les services offerts par un praticien requièrent une ordonnance. Les frais admissibles pour les services ne portent que sur les services relevant du domaine de compétence et des aptitudes du praticien. Les frais admissibles sont les frais habituels et raisonnables visant les services des praticiens suivants et se limitent aux frais admissibles maximaux établis pour chacun :
 - (i) physiothérapeute sur ordonnance d'un médecin;
 - (ii) massothérapeute autorisé, jusqu'à un maximum de 300 \$ par année civile;
 - (iii) orthophoniste sur ordonnance d'un médecin, jusqu'à un maximum de 500 \$ par année civile;
 - (iv) psychologue sur ordonnance d'un médecin, jusqu'à un maximum de 1 000 \$ par année civile;
 - (v) chiropraticien, jusqu'à un maximum de 500 \$ par année civile;
 - (vi) ostéopathe, jusqu'à un maximum de 300 \$ par année civile;
 - (vii) naturopathe, jusqu'à un maximum de 300 \$ par année civile;
 - (viii) podologue ou podiatre, jusqu'à un maximum de 300 \$ par année civile;
 - (ix) électrolyste sur ordonnance d'un psychiatre ou d'un psychologue; les frais se limitent au traitement épilatoire de l'excédent de poils des surfaces exposées du visage et du cou lorsque le patient souffre d'un trouble émotif sévère découlant de son état et se limitent à un maximum de 20 \$ par visite. La couverture inclut aussi le traitement si ce dernier est effectué par un médecin.
- d. Frais pour soins divers : pour être admissibles, les frais doivent être médicalement nécessaires au traitement de la maladie ou de la blessure et les soins doivent être prescrits par un médecin, sauf indication contraire. Les frais admissibles sont les frais habituels et raisonnables visant les services et les soins décrits ci-dessous :
 - (i) services infirmiers privés lorsque les services sont prodigués à la résidence privée du patient ou ailleurs par une infirmière ou un infirmier ou par un auxiliaire à domicile à l'intention de personnes quadriplégiques, à condition que l'infirmière ou l'infirmier ou l'auxiliaire ne réside pas normalement au domicile de la personne assurée et qu'il/elle n'ait pas de lien par le sang ou le mariage avec la personne assurée; les frais sont couverts jusqu'à un maximum de 15 000 \$ par année civile.
 - (ii) soins dentaires :
 - (a) les services d'un chirurgien dentiste et les frais d'une prothèse dentaire requise pour le traitement d'une fracture à la mâchoire ou le traitement de blessures accidentelles aux dents naturelles si la fracture ou l'accident découle d'un coup ou d'une blessure extérieur(e), violent(e) ou accidentel(le) autre qu'un accident lié aux activités normales de nettoyage,

- de mastication et d'alimentation, à condition que le traitement ait été fait dans les 12 mois suivant l'accident;
- (b) l'excision de dents incluses sans éruption complétée ou d'une tumeur ou d'un kyste ou l'incision et le drainage d'un abcès ou d'un kyste;
 - (c) toute autre chirurgie buccale non liée à la structure d'une dent, au processus alvéolaire ou aux tissus gingivaux.
- (iii) achat initial de lunettes, de lentilles de contact ou de prothèses auditives requises à la suite d'une chirurgie ou d'un accident si l'achat a lieu dans les six mois suivant la chirurgie ou l'accident. Cette limite de temps peut être prolongée si, de l'avis de l'Assureur, l'achat n'a pu être fait dans la limite de temps prescrite.
 - (iv) service d'ambulance terrestre autorisé à destination de l'hôpital le plus près équipé pour fournir le traitement requis lorsque l'état physique du patient empêche l'emploi d'un autre moyen de transport.
 - (v) service d'ambulance aérienne à destination de l'hôpital le plus près équipé pour fournir le traitement requis lorsque l'état physique du patient empêche l'emploi d'un autre moyen de transport.
 - (vi) chaussures orthopédiques faisant partie intégrante d'une prothèse ou adaptées spécifiquement au patient, y compris les modifications à ces chaussures, à condition que les chaussures ou les modifications soient prescrites par écrit par un médecin ou un pédiatre les frais totaux maximaux admissibles par année civile correspondent à la valeur la moins élevée entre :
 - (a) les frais totaux moins le coût moyen de chaussures ordinaires, de l'avis de l'Assureur;
 - (b) 150 \$ par année civile.
 - (vii) prothèses auditives et réparations à celles-ci, à l'exception des piles, jusqu'à un maximum de 500 \$ par période de 60 mois.
 - (viii) bandages herniaires, béquilles, attelles, plâtres et collets cervicaux.
 - (ix) appareil de soutien en métal ou en plastique rigide à l'exception des appareils orthodontiques ou des appareils de soutien servant surtout à des activités sportives.
 - (x) brassières orthopédiques, jusqu'à un maximum de 100 \$ par année civile.
 - (xi) prothèses mammaires à la suite d'une mastectomie et remplacement à raison d'une fois par période de 24 mois.
 - (xii) perruques, lorsque le patient est affligé d'une perte totale des cheveux à la suite d'une maladie, jusqu'à un maximum de 500 \$ pendant toute la vie.
 - (xiii) fournitures de colostomie, iléostomie et trachéotomie et cathéters et poches de drainage pour personnes incontinentes, paraplégiques ou quadriplégiques.
 - (xiv) membres artificiels temporaires.
 - (xv) prothèses oculaires et membres artificiels permanents en remplacement de membres artificiels temporaires et remplacement de ceux-ci seulement :
 - (a) après 60 mois du dernier achat dans le cas d'un membre des FC ou d'une personne à charge de plus de 21 ans ou
 - (b) après 12 mois du dernier achat dans le cas d'une personne à charge de 21 ans ou moins, sauf s'il est médicalement prouvé que la croissance ou le rétrécissement des tissus avoisinants nécessite le remplacement de la prothèse existante.

- (xvi) oxygène et son administration.
 - (xvii) pompes d'insuline et matériel connexe destiné aux personnes diabétiques dépendantes de l'insuline, lorsque ce matériel est prescrit à un patient par un médecin rattaché à un centre reconnu de traitement du diabète d'un établissement d'enseignement universitaire au Canada, à l'exception de la réparation ou du remplacement du matériel dans les 60 mois suivant la date de son achat.
 - (xviii) glucomètres pour les personnes diabétiques dépendantes de l'insuline ou les personnes diabétiques non dépendantes de l'insuline si elles sont aveugles ou daltoniennes, à l'exception de la réparation ou du remplacement du matériel dans les 60 mois suivant la date de son achat.
 - (xix) location ou achat, au choix de l'Assureur, d'équipement durable conçu spécifiquement pour un usage médical et qui est nécessaire pour un usage temporaire et thérapeutique au domicile privé du patient. L'équipement admissible doit être approuvé par l'Assureur et comprend notamment les articles suivants :
 - (a) marchettes,
 - (b) lits d'hôpital,
 - (c) moniteurs d'apnée,
 - (d) systèmes avertisseurs pour patients énurétiques.
Les frais remboursés se limitent au coût de l'équipement non motorisé, sauf s'il est prouvé explicitement que le patient requiert de l'équipement motorisé.
 - (xx) location ou achat, au choix de l'Assureur, d'un fauteuil roulant nécessaire pour un usage thérapeutique au domicile privé du patient. Les frais remboursés se limitent au coût de l'équipement non motorisé, sauf s'il est prouvé explicitement que le patient requiert de l'équipement motorisé. Les frais de réparation et d'entretien d'un fauteuil roulant acheté sont des frais admissibles mais ils se limitent à un maximum de 500 \$ par année civile dans le cas d'un fauteuil roulant ordinaire et à un maximum de 1 000 \$ par année civile dans le cas d'un fauteuil roulant électrique.
 - (xxi) services d'un médecin si de tels services ne sont pas admissibles à un remboursement en vertu du régime d'assurance maladie de la province de l'assuré, mais pourraient être admissibles à un remboursement en vertu du régime d'assurance maladie d'une ou de plusieurs autres provinces.
 - (xxii) bandages et pansements chirurgicaux nécessaires au traitement d'un ulcère ou d'une plaie ouverte.
 - (xxiii) bas de contention élastiques et vêtements élastiques pour les victimes de brûlures et adaptés spécifiquement aux personnes ou assurant une compression minimale de 30 mm.
 - (xxiv) orthèses, jusqu'à une paire par année civile.
 - (xxv) traitements d'acupuncture administrés par un médecin.
 - (xxvi) traitements d'électrolyse administrés par un médecin et se limitant (i) au traitement épilatoire de l'excédent de poils des surfaces exposées du visage et du cou lorsque le patient souffre d'un trouble émotif sévère découlant de son état et se limitant à un maximum de 20 \$ par visite.
- e. Protection à l'extérieur de la province

- (i) protection en cas d'urgence pendant un voyage : L'Assureur versera une indemnité aux personnes assurées qui en font la demande pour couvrir les frais habituels et raisonnables dépassant le montant remboursable en vertu d'un régime d'assurance médicale d'une province pour les fournitures et les services suivants s'ils sont nécessaires au traitement d'urgence d'une blessure subie ou d'une maladie contractée pendant un voyage d'agrément ou d'affaires à l'extérieur de la province de résidence des personnes assurées et pendant une période de 40 jours ou moins à compter de la date du départ de la province de résidence, et jusqu'à concurrence d'un maximum de frais admissibles de 100 000 \$ par période de voyage :
- (a) hébergement en chambre commune et services hospitaliers auxiliaires dans un hôpital général;
 - (b) services d'un médecin;
 - (c) billet d'avion aller simple en classe économique pour le retour du patient dans sa province de résidence. Un billet d'avion aller simple en classe économique pour un professionnel de la santé accompagnant le patient est aussi inclus si cela est nécessaire à des fins médicales;
 - (d) évacuation médicale, qui peut comprendre des services ambulanciers, lorsque des soins appropriés, de l'avis de l'Assureur, ne sont pas offerts au lieu où l'urgence s'est produite;
 - (e) prestations d'aide à la famille, y compris le remboursement des frais suivants :
 - (i) le transport de retour des enfants à charge assurés de moins de 16 ans laissés sans surveillance du fait que le participant ou le conjoint assuré du participant est hospitalisé. Au besoin, une personne accompagnera les enfants à charge. Les frais maximaux remboursables correspondent au coût du tarif aérien en classe économique;
 - (ii) le transport de retour si un membre de la famille est hospitalisé et que les autres membres de la famille ne peuvent retourner chez eux sur le vol initial prévu et doivent se procurer de nouveaux billets de retour. Les coûts supplémentaires des billets d'avion de retour sont remboursables jusqu'à concurrence du coût du tarif aérien en classe économique;
 - (iii) la visite d'un parent si le membre de la famille est hospitalisé pendant plus de sept jours lorsqu'il voyage seul. Cela comprend le billet d'avion en classe économique, les frais de repas et d'hébergement jusqu'à un maximum de 150 \$ par jour, pour le conjoint, un parent, un enfant, un frère ou une sœur. L'indemnisation couvre aussi les dépenses encourues s'il est nécessaire d'identifier le corps d'un membre décédé de la famille avant le retour de la dépouille;
 - (iv) les repas et l'hébergement si le voyage du participant ou d'une personne à sa charge assurée se prolonge en raison de l'hospitalisation d'un membre de la famille. Les frais additionnels encourus par les membres de la famille accompagnateurs pour les

repas et l'hébergement sont remboursables jusqu'à un maximum de 150 \$ par jour;

Le montant maximal combiné remboursable au titre des prestations d'aide à la famille en cas d'urgence pour chaque voyage est de 2 500 \$;

- f. Le retour de la dépouille en cas de décès d'un membre de la famille. Les autorisations requises seront obtenues et les arrangements pris pour le retour de la dépouille dans la province de résidence. Le montant maximal remboursable pour la préparation et le retour de la dépouille est de 3 000 \$.
 - (i) Services de spécialistes sur recommandation d'un médecin : L'Assureur versera une indemnité aux personnes assurées qui en font la demande pour couvrir les frais habituels et raisonnables dépassant le montant remboursable en vertu d'un régime d'assurance médicale d'une province pour les services suivants, à condition qu'ils soient exécutés sur la recommandation écrite du médecin traitant dans la province de résidence du patient et ne soient pas offerts dans cette province, et sous réserve de la déduction de la franchise annuelle et jusqu'à concurrence d'un maximum de frais admissibles de 25 000 \$ par maladie :
 - (a) hébergement en chambre commune et services hospitaliers auxiliaires dans un hôpital général;
 - (b) services d'un médecin ou d'un chirurgien.

156. Exclusions

Aucune indemnisation ne sera versée dans les cas suivants :

- a. Les examens médicaux y compris à des fins de souscription d'assurance, d'inscription à une école, à un camp, à une association, à des fins d'emploi, pour l'obtention d'un passeport ou à d'autres fins similaires.
- b. Les soins dentaires, à l'exception de ceux mentionnés précédemment.
- c. Les services non approuvés ou non prescrits par un médecin, s'il y a lieu.
- d. Le traitement ou les prescriptions à la suite de la déclaration ou non d'une guerre, d'une émeute ou d'une insurrection.
- e. Les frais qui ne sont normalement pas encourus lorsqu'une personne n'est pas assurée ou pour des services ou produits qui sont normalement offerts gratuitement.
- f. Les services ou les produits à des fins cosmétiques seulement ou pour des situations non nuisibles pour la santé, sauf si elles sont requises à la suite d'une blessure subie accidentellement.
- g. Les traitements à la suite d'une blessure subie ou d'une maladie contractée volontairement.
- h. Les articles achetés principalement pour des activités sportives.
- i. Les frais pour des services rendus ou des fournitures prescrites par une personne résidant normalement au domicile du patient ou qui est liée au patient par des liens de sang ou de mariage.

- j. Les produits ou les traitements expérimentaux pour lesquels, de l'avis de l'Assureur, la sécurité et de l'efficacité aux fins et dans les conditions recommandées d'utilisation n'ont pas été suffisamment éprouvées par des tests cliniques objectifs.
- k. Les prestations que le gouvernement interdit en vertu de la loi.
- l. L'achat de médicaments qui ne seraient normalement pas utilisés dans les 90 jours de leur date d'achat.
- m. Les vitamines (sauf les vitamines injectables), les suppléments vitaminiques, les minéraux, les suppléments protéiniques, les suppléments alimentaires ou les aliments diététiques, sauf s'ils sont précisés dans les paragraphes précédents.
- n. Les aliments pour bébés.
- o. Les substituts de sucre et de sel.
- p. Les pastilles, les rince-bouche, les shampooings non médicamenteux, les produits de nettoyage des lentilles de contact et les produits de nettoyage, de protection et d'adoucissement de la peau.
- q. Le transport ou le voyage, autres que ceux prévus dans les paragraphes précédents.
- r. Les services rendus par un médecin autorisé et pratiquant au Canada si la personne assurée est admissible à un régime d'assurance médicale provincial, sauf les services prévus dans les paragraphes précédents.
- s. La partie des frais remboursables en vertu d'un régime d'assurance médicale provincial ou d'un programme financé par une province.
- t. La partie des frais pour des services rendus ou des fournitures fournies par un hôpital à l'étranger et qui seraient normalement remboursés en vertu d'un régime provincial d'assurance médicale ou de soins hospitaliers si les services étaient rendus ou les produits fournis dans un hôpital au Canada. Cette exclusion ne s'applique pas aux avantages de la « Protection à l'extérieur de la province ».
- u. La partie des frais dont la responsabilité légale incombe à une tierce partie.
- v. Les contraceptifs autres qu'oraux;
- w. Les frais encourus à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée s'ils sont requis pour le traitement d'urgence d'une blessure subie ou d'une maladie contractée plus de 40 jours après la date de départ de la province de résidence.
- x. Les frais de « Protection en cas d'urgence pendant un voyage » encourus lorsque la personne assurée réside de façon temporaire ou permanente à l'étranger.
- y. Les frais pour le traitement d'une blessure subie ou d'une maladie contractée avant le départ de la personne assurée de sa province de résidence.

PARTIE XIII – ASSURANCE INVALIDITÉ PROLONGÉE POUR LA RÉSERVE (AIP Rés)
AVANT LE 1^{er} DÉCEMBRE 1999

PRESTATIONS D’INVALIDITÉ DES MEMBRES DE LA RÉSERVE

- 170. Admissibilité
- 171. Comment un membre admissible devient-il assuré?
- 172. Protection offerte
- 173. Définition de « en service »
- 174. Prestation en cas d’invalidité totale
- 175. Montant de la prestation de revenu mensuelle
- 176. Durée des prestations
- 177. Réductions
- 178. Réductions visant un programme de réadaptation
- 179. Salaire équivalent
- 180. Subrogation
- 181. Limites et exclusions

ASSURANCE INVALIDITÉ PROLONGÉE POUR LA RÉSERVE – PRESTATIONS DE MUTILATION

- 182. Assurance invalidité prolongée pour la Réserve – prestations de mutilation
- 183. Montant des prestations – mutilation
- 184. Réductions – mutilation
- 185. Limites et exclusions – mutilation
- 186. Prolongation de la protection
- 187. Cession
- 188. Remboursement de l’Assureur

DISPOSITIONS CONCERNANT LES PRESTATIONS D’INVALIDITÉ ET DE MUTILATION

- 189. Preuve de sinistre
- 190. Versement des prestations relatives au sinistre
- 191. Assurance maladie gros risques

PARTIE XIII

ASSURANCE INVALIDITÉ PROLONGÉE POUR LA RÉSERVE (AIP Rés)

PRESTATIONS D'INVALIDITÉ DES MEMBRES DE LA RÉSERVE

170. Admissibilité

L'Assurance invalidité prolongée pour la Réserve en vertu de la présente partie XIII est offerte :

- a. aux membres des Forces canadiennes de la Première réserve de classe « A » ou en service de réserve de classe « B » à court terme;
- b. aux membres des Forces canadiennes (de la Première réserve) en service de réserve de classe « B » de plus de 180 jours.

171. Comment un membre admissible devient-il assuré?

- a. Un membre admissible peut faire une demande d'adhésion dans le cadre du régime d'AIP en se conformant aux conditions énoncées à l'article 4.
- b. Une preuve d'assurabilité satisfaisante pour l'Assureur et sans frais pour ce dernier doit être fournie dans tous les cas.

172. Protection offerte

- a. Les membres admissibles de classe « A » ou en service de réserve de classe « B » à court terme peuvent faire les demandes de couvertures suivantes :
 - i. une couverture de base équivalente à une solde mensuelle présumée de 2 000 \$, et de 2 700 \$ à compter du 3 octobre 2011; ou
 - ii. une couverture additionnelle facultative équivalente à une solde mensuelle présumée de 3 000 \$ ou de 4 000 \$, et de 3 700 \$ ou 4 700 \$ à compter du 3 octobre 2011. Si le membre choisit la couverture facultative, il doit fournir à l'Assureur ou au Titulaire de la police, un document écrit distinct de justification de son revenu d'emploi, d'autres revenus gagnés pendant son service de réserve, lequel revenu, additionné au revenu gagné pendant le service de réserve, justifie une solde mensuelle présumée voisine de 3 000 \$ ou de 4 000 \$, et de 3 700 \$ ou 4 700 \$ à compter du 3 octobre 2011, et ce, à la satisfaction de l'Assureur ou du Titulaire et sans frais pour ces derniers.
- b. Les membres admissibles en service de réserve de classe « B » pendant plus de 180 jours peuvent faire une demande de protection équivalente à 75 % de la solde mensuelle du membre en vigueur à la date de sa libération des Forces canadiennes moins toute réduction décrite à l'article 177.

173. Définition de « en service »

- a. Un membre est considéré « en service » pendant l'exécution du service de réserve pour lequel il est admissible à une rémunération, y compris :

- i. L'instruction ou le service lié à la Force de réserve dispensé dans un quartier général local notamment pour les défilés, les démonstrations ou les exercices locaux, y compris le temps de déplacement requis pour se rendre directement à l'endroit où se déroulent les activités et pour en revenir. Le temps de déplacement sera considéré comme étant immédiatement avant et immédiatement après la durée de service requise;
 - ii. L'instruction ou le service lié à la Force de réserve dispensé à un endroit autre que celui qui est désigné. Le membre est considéré « en service » de réserve lorsqu'il se rend directement à l'endroit de service ou lorsqu'il en revient, et pendant l'exécution des activités autorisées à l'endroit où est dispensé le service; et
 - iii. Les périodes continues de service de réserve. Dans ce cas, la protection « en service » correspond à une protection complète, 24 heures sur 24, à condition que le membre soit autorisé à exécuter ce service et que lui soit versée la solde admissible pour un tel service continu.
- b. Le membre de la Force de réserve de classe « B » en service pendant plus de 180 jours est considéré « en service » 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

174. Prestation en cas d'invalidité totale

Un membre assuré est admissible à une prestation de revenu mensuelle s'il est frappé d'invalidité totale, telle que définie au paragraphe 1.h., pendant 13 semaines consécutives ou plus et s'il est libéré des Forces canadiennes alors qu'il est encore frappé d'invalidité totale. L'Assureur commence le paiement sur réception d'une preuve de l'invalidité totale qu'il juge satisfaisante.

175. Montant de la prestation de revenu mensuelle

- a. Le montant de la prestation de revenu mensuelle à laquelle un membre assuré atteint d'invalidité totale a droit est calculé conformément au tableau des prestations et sous réserve des dispositions de l'article 177.

b. Tableau des prestations

<p>Chaque membre de classe « A » ou en service de réserve de classe « B » à court terme.</p>	<p>La prestation de revenu mensuelle équivaut à 75 % de la solde mensuelle du membre présumée de 2 000 \$, et de 2 700 \$ à compter du 3 octobre 2011, ou des montants facultatifs de 3 000 \$ ou de 4 000 \$, et de 3 700 \$ ou 4 700 \$ à compter du 3 octobre 2011, en vigueur à la date de sa libération des Forces canadiennes.</p>
<p>Chaque membre en service de réserve de classe « B » à long terme</p>	<p>La prestation de revenu mensuelle équivaut à 75 % de la solde mensuelle du membre en vigueur à la date de sa libération des Forces canadiennes.</p>

Depuis le 1^{er} janvier 1999, la base de calcul des prestations d'AIP est la solde mensuelle du membre en vigueur à la date de sa libération, y compris toutes les augmentations de salaire avec effet rétroactif, au plus tard le jour suivant la date de sa libération des Forces canadiennes.

- c. La prestation doit être augmentée le 1^{er} janvier de chaque année en fonction de la hausse de l'Indice des prix à la consommation au Canada. L'indexation est proportionnelle à la hausse de l'Indice des prix à la consommation à partir de la date du début du versement des prestations de mutilation et la hausse des prestations est arrondie au 1/4 de 1 % supérieur, sauf si elle correspond déjà à un multiple de cette valeur, et elle ne doit pas dépasser 2 % par année. Les prestations pour une partie de mois sont calculées proportionnellement au nombre de jours d'un mois de 30 jours.

176. Durée des prestations

Les prestations de revenu d'invalidité sont versées au membre à compter du jour suivant la date de sa libération des Forces canadiennes, à condition que le membre soit atteint d'invalidité totale pendant treize semaines consécutives. Les prestations sont versées à tous les mois ou partie de mois pendant lesquels l'invalidité totale se poursuit jusqu'au 65^e anniversaire du membre. L'Assureur se réserve le droit d'exiger une preuve de continuité de l'invalidité totale, sans frais pour l'Assureur. En cas du décès du membre, la prestation mensuelle sera payée pour la totalité du mois au cours duquel le décès a eu lieu.

177. Réductions

- a. Le montant de la prestation mensuelle versée doit être réduit du total des montants suivants :
- i. de la prestation de revenu mensuelle versée au membre en vertu de la *Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes* et du Régime des pensions du Canada ou de la Régie des rentes du Québec (y compris les versements rétroactifs);
 - ii. du revenu gagné du membre y compris les versements rétroactifs, sauf si le membre participe à un programme de réadaptation approuvé par l'Assureur;
 - iii. de la prestation de revenu mensuelle totale versée au membre aux termes de la *Loi sur les pensions* (y compris les indemnités de personnes à charge et les versements rétroactifs); et
 - iv. des prestations de revenu mensuelles versées en vertu d'un autre régime similaire par un autre employeur ou provenant d'un autre emploi, des indemnités pour accidents du travail, de prestations versées en vertu de toute législation en matière d'assurance automobile et de prestations d'un régime de retraite de l'employeur.
- b. Si le total de toutes les prestations de revenu mensuelles d'un mois ou d'une portion de mois provenant de toutes les sources indiquées ci-dessus dépasse 100 % de la solde mensuelle du membre dans le cas des membres de la Réserve en service de réserve de classe « B » à long terme ou le salaire mensuel réputé en vigueur au début de la période de prestation d'invalidité, dans le cas d'autres membres, la prestation d'invalidité autrement payable pour ce mois ou portion de mois doit être réduite du montant excédentaire, sauf indication contraire dans les dispositions du paragraphe 177.c.

- c. Toute hausse des prestations de revenu mensuelles provenant des sources indiquées ci-dessus ne doit pas être prise en compte dans le calcul de la prestation de revenu mensuelle payable en vertu de la présente police, sauf si cette hausse au cours d'une année civile donnée dépasse l'indexation au coût de la vie plus 10 % de la prestation applicable à l'une de ces sources le 31 décembre de l'année civile précédente.

178. Réductions visant un programme de réadaptation

Les membres frappés d'invalidité totale qui reçoivent des prestations mensuelles sont encouragés à participer à un programme approuvé de réadaptation. Si un membre frappé d'invalidité totale touche un revenu dans le cadre de sa participation à un programme de réadaptation approuvé par l'Assureur, sa prestation mensuelle sera réduite d'un montant correspondant à 50 % de son revenu dans le cadre du programme de réadaptation, à condition que les prestations mensuelles ne soient pas réduites avant que le revenu total du membre, provenant de toutes sources, y compris le revenu gagné dans le cadre du programme de réadaptation, dépasse 75 % de son salaire équivalent. Si le revenu total provenant de toutes sources, y compris le revenu gagné dans le cadre du programme de réadaptation, dépasse 100 % du salaire équivalent, la prestation mensuelle doit être réduite du montant total excédant 100 % du salaire.

179. Salaire équivalent

Dans le cas des membres en service de réserve de classe « B » à long terme, le salaire équivalent correspond à la solde que le membre atteint d'invalidité totale recevait au moment de sa libération des Forces canadiennes. Dans le cas des membres en service de classe « A » ou de classe « B » à court terme, le salaire équivalent correspond au niveau de solde réputé applicable. Le salaire équivalent est calculé à partir de la date d'emploi dans le cadre du programme de réadaptation et demeure le même pendant toute période de réadaptation approuvée.

180. Subrogation

Si l'invalidité totale du membre assuré donnant droit aux prestations en vertu de la présente police est causée par un acte préjudiciable d'une tierce partie, le membre assuré subroge son droit de poursuivre une telle tierce partie à l'Assureur et convient d'exécuter tout document requis pour parfaire la subrogation.

181. Limites et exclusions

- a. Aucune prestation n'est versée pour toute période d'invalidité au cours de laquelle le membre n'est pas traité par un médecin ou par un spécialiste reconnu autre que par lui-même. Le membre devra être traité par un spécialiste autorisé s'il a besoin de traitement à cause de sa condition. Le membre est responsable de fournir des preuves à l'effet qu'il est traité par un médecin ou un spécialiste autorisé, ou encore, il doit prouver que la blessure ou la maladie n'exige pas des soins ou des traitements continus d'un médecin ou d'un spécialiste reconnu.

- b. Si l'invalidité ne requiert pas un examen périodique du membre par le médecin ou le spécialiste autorisé qui le traite, l'Assureur peut exiger que le membre soit examiné par le médecin en question ou un médecin de son choix, à des intervalles que l'Assureur juge nécessaires à l'évaluation et/ou au traitement optimal de l'invalidité du membre. Si le membre néglige de se faire examiner selon les exigences de l'Assureur, celui-ci se réserve le droit de suspendre le versement des prestations jusqu'à ce que le membre subisse un tel examen. Aucune disposition dans le présent paragraphe n'empêche l'Assureur de mettre fin au versement des prestations d'invalidité après l'examen du membre si les résultats de cet examen montrent que le membre n'est plus frappé d'invalidité totale selon la définition du paragraphe 1.h. de la présente police.
- c. Le membre n'est pas couvert si l'invalidité totale découle des cas suivants :
- i. une blessure résultant de la participation du membre à un acte criminel;
 - ii. une blessure volontaire ou une tentative d'autodestruction volontaire tandis que le membre était sain d'esprit ou non;
 - iii. une invalidité totale survenant au cours des 12 premiers mois suivant le début de la couverture et découlant d'une blessure ou d'une maladie pour laquelle le membre a déjà consulté un médecin au cours des six mois précédant immédiatement la date à laquelle il a adhéré au régime.

ASSURANCE INVALIDITÉ PROLONGÉE POUR LA RÉSERVE – PRESTATIONS DE MUTILATION

182. Assurance invalidité prolongée pour la Réserve – prestations de mutilation

Sur réception d'une attestation que le membre assuré a subi une mutilation en raison d'un accident dans les 365 jours suivant cet accident, et qu'il a été libéré des Forces canadiennes, l'Assureur versera une prestation de revenu mensuelle au membre retraité pendant une période fixe selon les modalités du paragraphe 183.b., ou jusqu'à son décès, selon la première éventualité. Le membre doit être libéré dans les trois (3) ans suivant la date de l'accident. Aucune prestation n'est versée pendant les premières 13 semaines suivant la date de l'accident.

183. Montant des prestations - mutilation

- a. Le montant de la prestation de revenu mensuelle correspond à 75 % du salaire mensuel du membre (ou du salaire mensuel réputé si le membre est en service de réserve de classe « A » ou en service de réserve de classe « B » à court terme) à la date de sa libération, moins les déductions décrites ci-dessous. La prestation doit être augmentée le 1^{er} janvier de chaque année en fonction de la hausse de l'Indice des prix à la consommation au Canada. L'indexation est proportionnelle à la hausse de l'Indice des prix à la consommation à partir de la date du début du versement des prestations de mutilation. La hausse des prestations est arrondie au 1/4 de 1 % supérieur, sauf si elle correspond déjà à un multiple de cette valeur, et elle ne doit pas dépasser 2 % par année. Les prestations pour une partie de mois sont calculées proportionnellement au nombre de jours d'un mois de 30 jours.

b. Tableau des prestations – mutilation

Les prestations seront versées dans les cas suivants :

<u>Perte</u>	<u>Période de prestations</u>
des deux mains ou des deux pieds	36 mois
d'une main et d'un pied	36 mois
de la vue dans les deux yeux	36 mois
d'une main ou d'un pied et de la vue dans un œil	36 mois
de l'ouïe ou de la parole	36 mois
d'une main ou d'un pied	24 mois
de la vue dans un œil	12 mois
du pouce et de l'index de la même main	12 mois

- c. Le terme « perte » tel qu'utilisé plus haut signifie également la perte de l'usage.
- d. La « perte de la vue » signifie la perte totale et irrémédiable de la vue.
- e. Si le militaire subit plus d'une des pertes ci-dessus lors du même accident, seulement une période de prestations s'appliquera, soit la période la plus longue.
- f. Si l'invalidité totale résultant de l'une des pertes ci-dessus persiste au-delà de la période fixe de prestations pour cette mutilation, les prestations ci-dessus continueront d'être versées selon les dispositions de cette partie XIII décrivant les dispositions du régime d'AIP.

184. Réductions – mutilation

- a. La prestation mensuelle de mutilation doit être réduite du totale de tout montant de prestation mensuelle versée en vertu des textes de lois suivants :
 - i. la *Loi sur les pensions* (y compris les indemnités de personnes à charge et les versements rétroactifs);
 - ii. la *Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes*;
 - iii. le Régime de pension du Canada ou la Régie des rentes du Québec; et
 - iv. la prestation de revenu mensuelle versée en vertu d'un régime semblable offert par un autre employeur ou obtenue grâce à un différent emploi, des indemnités pour accidents du travail, des prestations versées en vertu de toute loi concernant l'assurance automobile et des régimes de pension d'employeur.
- b. Les prestations de mutilation ne sont pas réduites en raison de gains touchés dans le cadre d'un programme de réadaptation pendant une période fixe de prestations.

185. Limites et exclusions – mutilation

Aucune prestation de mutilation ne sera versée dans les cas suivants :

- a. la mutilation résulte de la participation du membre à un acte criminel;
- b. le membre s'est infligé une blessure volontaire ou a tenté l'autodestruction tandis qu'il était sain d'esprit ou non;
- c. la mutilation résulte d'un accident survenu avant l'adhésion du membre à cette police; et
- d. il s'agit d'un membre qui a quitté les Forces canadiennes volontairement ou qui s'est retiré des Forces canadiennes à l'âge de retraite obligatoire.

DISPOSITIONS CONCERNANT LES PRESTATIONS D'INVALIDITÉ ET DE MUTILATION

186. Prolongation de la protection

- a. l'Assureur doit garantir une prolongation de la protection d'une durée de douze mois suivant le dernier versement des prestations de revenu mensuelles. Cette prolongation doit commencer à la date qui survient en premier parmi les suivantes :
 - i. la date à laquelle la formule de réduction du revenu gagné dans le cadre d'un programme de réadaptation réduit la prestation de revenu mensuelle à zéro; ou
 - ii. la date à laquelle le membre cesse d'être frappé d'invalidité totale.
- b. Cette prolongation de protection s'applique à tous les types d'assurance et prestations prévues par la présente police auxquels le membre était admissible au début de l'invalidité initiale et pendant la durée de celle-ci, à condition que le membre fournisse à l'Assureur des preuves démontrant les résultats de l'examen médical annuel à la satisfaction de l'Assureur, et ce, sans frais pour ce dernier. Si, pendant la période de 12 mois, le militaire est frappé d'une invalidité totale découlant d'une cause pour laquelle les prestations lui ont été versées à l'origine, des prestations lui seront versées conformément au niveau de prestations auquel il avait droit avant d'être atteint d'invalidité. Les prestations feront l'objet des ajustements et des réductions applicables.
- c. Aucune prestation d'invalidité prolongée ou de mutilation ne sera versée en vertu de la prolongation de protection si la cause est distincte et sans relation avec celle de l'invalidité initiale.

187. Cession

Aucun membre n'a le droit de céder, d'aliéner, de grever d'une charge ou de racheter une prestation de revenu mensuelle ou de prestation de mutilation.

188. Remboursement de l'Assureur

Si un membre présente une demande de prestation en vertu de la *Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes*, du Régime de pensions du Canada, du Régime des rentes du Québec, de la *Loi sur la continuation de la pension des services de défense* ou de la *Loi sur les pensions*, d'un autre régime d'assurance de l'employeur, des indemnités pour accidents du travail, de toute législation provinciale sur l'assurance automobile ou d'un régime de pension d'employeur à cause d'invalidité totale ou de mutilation et que cette demande est refusée, les prestations prévues par la présente protection doivent être versées conformément aux dispositions du présent article, à condition que le membre convienne par écrit que s'il reçoit subséquemment des prestations en vertu desdits textes de loi, il remboursera à l'Assureur la somme des prestations versées dans le cadre de la présente protection qui excèdent les prestations qu'il recevrait autrement.

189. Preuve de sinistre

- a. Une preuve écrite du sinistre qui satisfait l'Assureur, précisant la date de l'accident, sa nature et l'étendue de la perte pour laquelle est faite la demande de prestation, doit être fournie à l'Assureur dans les 120 jours suivant la date à laquelle le membre est libéré des Forces canadiennes.
- b. Une preuve écrite de la continuité du sinistre doit être fournie à l'Assureur, au moment et aussi souvent qu'il est raisonnablement nécessaire, et ce, sans frais pour l'Assureur.
- c. L'Assureur a le droit d'exiger une attestation satisfaisante :
 - (i) que le membre n'est pas admissible aux prestations mentionnées à l'article 188 ou qu'il en a fait la demande; et
 - (ii) qu'il a fourni toutes les preuves requises en vue de recevoir ces prestations; et
 - (iii) du montant de telles prestations à verser.

190. Versement des prestations relatives au sinistre

- a. Les prestations payables en vertu de la présente police sont versées le dernier jour de chaque mois durant la période pendant laquelle les obligations de l'Assureur sont en vigueur.
- b. Si une prestation en vertu de la présente partie XIII doit être versée à la succession du membre, l'Assureur peut, à sa discrétion, verser la prestation, sans excéder le montant de la prestation mensuelle, à tout parent de sang ou par alliance du membre. Tout versement qu'effectue l'Assureur, en toute bonne foi, en vertu du présent paragraphe, doit libérer l'Assureur de sa dette jusqu'à concurrence du montant versé.

191. Assurance maladie gros risques

Voir les parties VIII et XI.

PARTIE XV
ASSURANCE REVENU AUX SURVIVANTS PRÉVUE PAR L'ASSURANCE MALADIE GROS
RISQUES (ARS AMGR)

- 207. Admissibilité
- 208. Franchise
- 209. Prestations à vie maximales
- 210. Versement des prestations
- 211. Définitions
- 212. Prestations d'hospitalisation
- 213. Prestations pour soins de santé complémentaires
- 214. Exclusions

PARTIE XV

ASSURANCE MALADIE GROS RISQUES (AMGR)

207. Admissibilité

- a. L'Assureur versera une prestation couvrant les frais encourus à la suite d'une blessure subie ou d'une maladie contractée pendant une année civile par le bénéficiaire admissible ou aux personnes à charge admissibles de ce bénéficiaire à condition que ces personnes ne soient admissibles aux prestations d'une assurance maladie gros risques provenant d'une autre source, ou d'un régime ou d'un programme de tout gouvernement ou de l'État, ou de tout service ou agence du gouvernement ou de l'État, y compris un régime ou un programme établi en vertu de la législation provinciale sur l'assurance automobile. Les personnes à charge admissibles sont définies au paragraphe 1.b.
- b. Les prestations sont classées selon des soins hospitaliers ou selon des soins de santé complémentaires.

208. Franchise

Une franchise annuelle de 25 \$ par famille est prévue pour couvrir une partie des frais engagés au titre des soins de santé complémentaires. Si une partie ou la totalité des frais sont engagés au cours des trois derniers mois de l'année civile, ces frais constituent un crédit et peuvent être reportés à l'année suivante. La franchise s'applique pendant une année civile au total des frais admissibles.

209. Prestations à vie maximales

Le montant maximal des prestations à vie est de 100 000 \$, par personne assurée, ce qui représente le montant brut d'indemnisation que chaque personne assurée peut recevoir au long de sa vie, y compris pour toutes les périodes ponctuelles, discontinues et prolongées des demandes.

210. Versement des prestations

- a. L'Assureur rembourse :
 - (i) 100 % des frais admissibles en vertu de l'article 212;
 - (ii) 100 % des frais admissibles en vertu des paragraphes 213 a. à d.;
 - (iii) 100 % des frais admissibles en vertu de l'alinéa 213.e.(i);
 - (iv) 100 % des frais admissibles en vertu de l'alinéa 213.e.(ii) après avoir reçu une preuve suffisante que la personne assurée a engagé des frais admissibles définis dans les présentes dispositions en vue d'obtenir les services médicaux requis.

211. Définitions

- a. « frais d'hospitalisation » désigne les frais suivants :
 - (i) les frais de chambre et pension; les frais pour d'autres services hospitaliers et de fournitures offerts au demandeur, au bénéficiaire ou à la personne à charge, selon le cas, et employés pendant la période d'hospitalisation (à l'exception des frais pour des services infirmiers particuliers ou pour les services de médecins ou de chirurgiens);
 - (ii) les frais d'anesthésie et d'administration encourus pendant l'hospitalisation;
 - (iii) les frais d'utilisation locale d'ambulance s'ils sont encourus en rapport avec l'hospitalisation.
- b. « frais de chirurgie » désigne les frais encourus pour une chirurgie et le traitement postopératoire requis à la suite de la chirurgie.
- c. « frais médicaux » désigne les frais encourus pour une thérapie par isotopes radioactifs ou pour toute autre radiothérapie non admissible au titre d'une chirurgie, y compris les autres frais couverts qui ne sont pas des frais d'hospitalisation ou des frais de chirurgie tels que définis ci-dessus.
- d. « Assureur » désigne La Compagnie d'assurance-vie Manufacturers.
- e. « année civile » désigne la période du 1^{er} janvier au 31 décembre.
- f. « famille » désigne un membre souscripteur et les personnes assurées à sa charge.
- g. « hôpital » désigne un établissement autorisé par la loi à offrir des services de diagnostic, des interventions chirurgicales majeures ainsi que des soins et des traitements à une personne hospitalisée souffrant d'une maladie ou d'une blessure, avec des services dispensés 24 heures sur 24 par des infirmières et des infirmiers autorisés et des médecins diplômés. Un hôpital est également un hôpital autorisé par la loi à offrir des traitements spécialisés aux personnes souffrant de maladies mentales, d'alcoolisme et de toxicomanie, de cancer et d'arthrite, ainsi qu'aux convalescents et aux malades chroniques, mais pas les maisons de soins infirmiers, les maisons pour vieillards, les maisons de repos ou les autres endroits offrant des soins analogues.
- h. « médecin » désigne un docteur en médecine (MD) légalement autorisé à pratiquer cette discipline.
- i. « frais habituels et raisonnables » désigne les frais habituellement exigés des personnes non protégées et n'excédant pas les frais ayant normalement cours dans la région où ils sont engagés pour le service, le produit ou l'article fourni, de l'avis de l'Assureur.
- j. « infirmier » désigne une infirmière ou un infirmier autorisé, une infirmière ou un infirmier auxiliaire autorisé ou d'autres infirmières ou infirmiers diplômés inscrits au registre provincial approprié ou, en l'absence d'un tel registre, une infirmière ou un infirmier ayant la formation nécessaire, de l'avis de l'Assureur.

- k. « dentiste » désigne une personne autorisée par l'organisme provincial reconnu à pratiquer la dentisterie ou, en l'absence d'un tel organisme, une personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de l'Assureur.
- l. « podologue/podiatre » désigne une personne légalement autorisée à pratiquer la podiatrie par l'organisme provincial compétent ou, dans les provinces n'ayant pas de tel organisme, une personne membre de l'Association canadienne des professionnels des maladies des pieds ou, à défaut, une personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de l'Assureur.
- m. « chiropraticien » désigne un membre de l'Association chiropratique canadienne ou d'une association provinciale affiliée ou, à défaut, une personne ayant la formation nécessaire de l'avis de l'Assureur.
- n. « électrolyste » désigne une personne ayant la formation nécessaire pour être un électrolyste autorisé, de l'avis de l'Assureur.
- o. « naturopathe » désigne un membre de l'Association canadienne de naturopathie ou d'une association provinciale affiliée ou, à défaut, une personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de l'Assureur.
- p. « ostéopathe » désigne une personne titulaire d'un doctorat en ostéopathie conféré par un collègue d'ostéopathie approuvé par la Société canadienne ostéopathique ou, en l'absence d'une telle association, une personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de l'Assureur.
- q. « physiothérapeute » désigne un membre de l'Association canadienne de physiothérapie ou d'une association provinciale affiliée ou, à défaut, une personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de l'Assureur.
- r. « psychologue » désigne un psychologue reconnu à titre permanent inscrit au registre des psychologues de la province où il pratique ou, en l'absence d'un tel registre, une personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de l'Assureur.
- s. « massothérapeute autorisé » désigne une personne titulaire d'un permis de l'organisation provinciale autorisée ou, en l'absence d'une telle organisation, une personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de l'Assureur.
- t. « orthophoniste » désigne une personne titulaire d'une maîtrise en orthophonie et membre (en titre ou qualifié pour l'être) de l'Association canadienne des orthophonistes et audiologistes ou d'une association provinciale affiliée ou, à défaut, une personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de l'Assureur.
- u. « ophtalmologiste » désigne une personne légalement autorisée à pratiquer l'ophtalmologie.
- v. « optométriste » désigne un membre de l'Association canadienne des optométristes ou d'une association provinciale affiliée ou, à défaut, une personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de l'Assureur.

212. Prestations d'hospitalisation

L'Assureur versera une indemnité aux personnes assurées qui en font la demande pour couvrir les frais encourus pour les éléments suivants, considérés comme étant des frais d'hospitalisation couverts, pour autant que ces frais soient raisonnables et habituels et ne soient pas couverts en vertu d'un régime d'assurance médicale d'une province; et compte tenu des autres limites de protection prévues dans la présente partie :

- (i) les frais d'hospitalisation d'une personne assurée résidant à l'extérieur du Canada désignent les frais habituels et raisonnables de chambre et pension autres que les frais de chambre commune (par exemple une chambre semi-privée) jusqu'à concurrence de 100 \$ par jour d'hospitalisation à l'exception des frais d'hospitalisation désignés comme des montants de participation aux frais ou des frais d'utilisation.
- (ii) les frais d'hospitalisation de toute autre personne assurée désignent les frais habituels et raisonnables de chambre et pension en chambre semi-privée excédant les frais de chambre commune, jusqu'à concurrence de 100 \$ par jour d'hospitalisation, à l'exception des frais d'hospitalisation désignés comme des montants de participation aux frais ou des frais d'utilisation.

213. Prestations pour soins de santé complémentaires

L'Assureur versera une indemnité aux personnes assurées qui en font la demande pour couvrir tous les frais habituels et raisonnables pour des fournitures et des services médicaux dans la mesure où ces frais ne sont pas couverts en vertu d'un régime d'assurance médicale d'une province, et compte tenu des limites de protection prévues dans la présente section, y compris :

- a. Médicaments : médicaments prescrits sur ordonnance d'un dentiste ou d'un médecin, incluant, sans toutefois s'y limiter :
 - (i) contraceptifs oraux;
 - (ii) drogues injectables, y compris les sérums d'immunothérapie administrés par injection;
 - (iii) aiguilles, seringues et produits chimiques de diagnostic pour le traitement du diabète;
 - (iv) dispositifs d'administration de médicaments pour traiter l'asthme, qui font partie intégrante du produit et qui sont approuvés par l'Assureur.
- b. Soins de la vue : frais habituels et raisonnables pour les soins de la vue suivants :
 - (i) de la vue par un optométriste à raison d'un examen par période de 24 mois;
 - (ii) lunettes et lentilles de contact nécessaires à la correction de la vue et prescrites par un ophtalmologiste ou par un optométriste, et réparation à celles-ci jusqu'à concurrence de 200 \$ par période de 24 mois.
- c. Services paramédicaux : pour être admissibles, les frais doivent être médicalement nécessaires au traitement de la maladie ou de la blessure. Les services offerts par un praticien requièrent une ordonnance. Les frais admissibles pour les services ne portent que sur les services relevant du domaine de compétence et des aptitudes du praticien. Les frais admissibles sont les frais habituels et raisonnables visant les services des praticiens suivants et se limitent aux frais admissibles maximaux établis pour chacun :
 - (i) physiothérapeute sur ordonnance d'un médecin;

- (ii) massothérapeute autorisé, jusqu'à un maximum de 300 \$ par année civile;
 - (iii) orthophoniste sur ordonnance d'un médecin, jusqu'à un maximum de 500 \$ par année civile;
 - (iv) psychologue sur ordonnance d'un médecin, jusqu'à un maximum de 1 000 \$ par année civile;
 - (v) chiropraticien, jusqu'à un maximum de 500 \$ par année civile;
 - (vi) ostéopathe, jusqu'à un maximum de 300 \$ par année civile;
 - (vii) naturopathe, jusqu'à un maximum de 300 \$ par année civile;
 - (viii) podologue ou podiatre, jusqu'à un maximum de 300 \$ par année civile;
 - (ix) électrolyste sur ordonnance d'un psychiatre ou d'un psychologue; les frais se limitent au traitement épilatoire de l'excédent de poils des surfaces exposées du visage et du cou lorsque le patient souffre d'un trouble émotif sévère découlant de son état et se limitent à un maximum de 20 \$ par visite. La couverture inclut aussi le traitement si ce dernier est effectué par un médecin.
- d. Frais pour soins divers : pour être admissibles, les frais doivent être médicalement nécessaires au traitement de la maladie ou de la blessure et les soins doivent être prescrits par un médecin, sauf indication contraire. Les frais admissibles sont les frais habituels et raisonnables visant les services et les soins décrits ci-dessous :
- (i) services infirmiers privés lorsque les services sont prodigués à la résidence privée du patient ou ailleurs par une infirmière ou un infirmier ou par un auxiliaire à domicile à l'intention de personnes quadriplégiques, à condition que l'infirmière ou l'infirmier ou l'auxiliaire ne réside pas normalement au domicile de la personne assurée et qu'il/elle n'ait pas de lien par le sang ou le mariage avec la personne assurée; et
 - (ii) soins dentaires :
 - (a) les services d'un chirurgien dentiste et les frais d'une prothèse dentaire requise pour le traitement d'une fracture à la mâchoire ou le traitement de blessures accidentelles aux dents naturelles si la fracture ou l'accident découle d'un coup ou d'une blessure extérieur(e), violent(e) ou accidentel(le) autre qu'un accident lié aux activités normales de nettoyage, de mastication et d'alimentation, à condition que le traitement ait été fait dans les 12 mois suivant l'accident;
 - (b) l'excision de dents incluses sans éruption complétée ou d'une tumeur ou d'un kyste ou l'incision et le drainage d'un abcès ou d'un kyste;
 - (c) toute autre chirurgie buccale non liée à la structure d'une dent, au processus alvéolaire ou aux tissus gingivaux.
 - (iii) achat initial de lunettes, de lentilles de contact ou de prothèses auditives requises à la suite d'une chirurgie ou d'un accident si l'achat a lieu dans les six mois suivant la chirurgie ou l'accident. Cette limite de temps peut être prolongée si, de l'avis de l'Assureur, l'achat n'a pu être fait dans la limite de temps prescrite.
 - (iv) service d'ambulance terrestre autorisé à destination de l'hôpital le plus près équipé pour fournir le traitement requis lorsque l'état physique du patient empêche l'emploi d'un autre moyen de transport.
 - (v) service d'ambulance aérienne à destination de l'hôpital le plus près équipé pour fournir le traitement requis lorsque l'état physique du patient empêche l'emploi d'un autre moyen de transport.

- (vi) chaussures orthopédiques faisant partie intégrante d'une prothèse ou adaptées spécifiquement au patient, y compris les modifications à ces chaussures, à condition que les chaussures ou les modifications soient prescrites par écrit par un médecin ou un pédiatre les frais totaux maximaux admissibles par année civile correspondent à la valeur la moins élevée entre :
 - (a) les frais totaux moins le coût moyen de chaussures ordinaires, de l'avis de l'Assureur; ou
 - (b) 150 \$ par année civile.
- (vii) prothèses auditives et réparations à celles-ci, à l'exception des piles, jusqu'à un maximum de 500 \$ par période de 60 mois.
- (viii) bandages herniaires, béquilles, attelles, plâtres et collets cervicaux.
- (ix) appareil de soutien en métal ou en plastique rigide à l'exception des appareils orthodontiques ou des appareils de soutien servant surtout à des activités sportives.
- (x) brassières orthopédiques, jusqu'à un maximum de 100 \$ par année civile.
- (xi) prothèses mammaires à la suite d'une mastectomie et remplacement à raison d'une fois par période de 24 mois.
- (xii) perruques, lorsque le patient est affligé d'une perte totale des cheveux à la suite d'une maladie, jusqu'à un maximum de 500 \$ pendant toute la vie.
- (xiii) fournitures de colostomie, iléostomie et trachéotomie et cathéters et poches de drainage pour personnes incontinentes, paraplégiques ou quadriplégiques.
- (xiv) membres artificiels temporaires.
- (xv) prothèses oculaires et membres artificiels permanents en remplacement de membres artificiels temporaires et remplacement de ceux-ci seulement :
 - (a) après 60 mois du dernier achat dans le cas d'un membre des FC ou d'une personne à charge de plus de 21 ans, ou
 - (b) après 12 mois du dernier achat dans le cas d'une personne à charge de 21 ans ou moins sauf s'il est médicalement prouvé que la croissance ou le rétrécissement des tissus avoisinants nécessite le remplacement de la prothèse existante.
- (xvi) oxygène et son administration.
- (xvii) pompes d'insuline et matériel connexe destiné aux personnes diabétiques dépendantes de l'insuline, lorsque ce matériel est prescrit à un patient par un médecin rattaché à un centre reconnu de traitement du diabète d'un établissement d'enseignement universitaire au Canada, à l'exception de la réparation ou du remplacement du matériel dans les 60 mois suivant la date de son achat.
- (xviii) glucomètres pour les personnes diabétiques dépendantes de l'insuline ou les personnes diabétiques non dépendantes de l'insuline si elles sont aveugles ou daltoniennes, à l'exception de la réparation ou du remplacement du matériel dans les 60 mois suivant la date de son achat.
- (xix) location ou achat, au choix de l'Assureur, d'équipement durable conçu spécifiquement pour un usage médical et qui est nécessaire pour un usage temporaire et thérapeutique au domicile privé du patient. L'équipement admissible doit être approuvé par l'Assureur et comprend notamment les articles suivants :
 - (a) marchettes,

- (b) lits d'hôpital,
- (c) moniteurs d'apnée,
- (d) systèmes avertisseurs pour patients énurétiques.

Les frais remboursés se limitent au coût de l'équipement non motorisé, sauf s'il est prouvé explicitement que le patient requiert de l'équipement motorisé.

- (xx) location ou achat, au choix de l'Assureur, d'un fauteuil roulant nécessaire pour un usage thérapeutique au domicile privé du patient. Les frais remboursés se limitent au coût de l'équipement non motorisé, sauf s'il est prouvé explicitement que le patient requiert de l'équipement motorisé.

Les frais de réparation et d'entretien d'un fauteuil roulant acheté sont des frais admissibles mais ils se limitent à un maximum de 500 \$ par année civile dans le cas d'un fauteuil roulant ordinaire et à un maximum de 1 000 \$ par année civile dans le cas d'un fauteuil roulant électrique.

- (xxi) services d'un médecin si de tels services ne sont pas admissibles à un remboursement en vertu du régime d'assurance maladie de la province de l'assuré, mais pourraient être admissibles à un remboursement en vertu du régime d'assurance maladie d'une ou de plusieurs autres provinces.
- (xxii) bandages et pansements chirurgicaux nécessaires au traitement d'un ulcère ou d'une plaie ouverte.
- (xxiii) bas de contention élastiques et vêtements élastiques pour les victimes de brûlures et adaptés spécifiquement aux personnes ou assurant une compression minimale de 30 mm.
- (xxiv) orthèses, jusqu'à une paire par année civile.
- (xxv) traitements d'acupuncture administrés par un médecin.
- (xxvi) traitements d'électrolyse administrés par un médecin et se limitant (i) au traitement épilatoire de l'excédent de poils des surfaces exposées du visage et du cou lorsque le patient souffre d'un trouble émotif sévère découlant de son état et (ii) se limitant à un maximum de 20 \$ par visite.

e. Protection à l'extérieur de la province

- (i) protection en cas d'urgence pendant un voyage : L'Assureur versera une indemnité aux personnes assurées qui en font la demande pour couvrir les frais habituels et raisonnables dépassant le montant remboursable en vertu d'un régime d'assurance médicale d'une province pour les fournitures et les services suivants s'ils sont nécessaires au traitement d'urgence d'une blessure subie ou d'une maladie contractée pendant un voyage d'agrément ou d'affaires à l'extérieur de la province de résidence des personnes assurées et pendant une période de 40 jours ou moins à compter de la date du départ de la province de résidence, et jusqu'à concurrence d'un maximum de frais admissibles de 100 000 \$ par période de voyage :

- (a) hébergement en chambre commune et services hospitaliers auxiliaires dans un hôpital général;
- (b) services d'un médecin;
- (c) billet d'avion aller simple en classe économique pour le retour du patient dans sa province de résidence. Un billet d'avion aller simple en classe économique pour un professionnel de la santé accompagnant le patient est aussi inclus si cela est nécessaire à des fins médicales;

- (d) évacuation médicale, qui peut comprendre des services ambulanciers, lorsque des soins appropriés, de l'avis de l'Assureur, ne sont pas offerts au lieu où l'urgence s'est produite;
 - (e) prestations d'aide à la famille, y compris le remboursement des frais suivants :
 - (ii) le transport de retour des enfants à charge assurés de moins de 16 ans laissés sans surveillance du fait que le participant ou le conjoint assuré du participant est hospitalisé. Au besoin, une personne accompagnera les enfants à charge. Les frais maximaux remboursables correspondent au coût du tarif aérien en classe économique;
 - (iii) le transport de retour si un membre de la famille est hospitalisé et que les autres membres de la famille ne peuvent retourner chez eux sur le vol initial prévu et doivent se procurer de nouveaux billets de retour. Les coûts supplémentaires des billets d'avion de retour sont remboursables jusqu'à concurrence du coût du tarif aérien en classe économique;
 - (iv) la visite d'un parent si le membre de la famille est hospitalisé pendant plus d'une semaine lorsqu'il voyage seul. Cela comprend le billet d'avion en classe économique, les frais de repas et d'hébergement jusqu'à un maximum de 150 \$ par jour, pour le conjoint, un parent, un enfant, un frère ou une sœur. L'indemnisation couvre aussi les dépenses encourues s'il est nécessaire d'identifier le corps d'un membre décédé de la famille avant le retour de la dépouille;
 - (v) les repas et l'hébergement si le voyage du participant ou d'une personne à sa charge assurée se prolonge en raison de l'hospitalisation d'un membre de la famille. Les frais additionnels encourus par les membres de la famille accompagnateurs pour les repas et l'hébergement sont remboursables jusqu'à un maximum de 150 \$ par jour;
Le montant maximal combiné remboursable au titre des prestations d'aide à la famille en cas d'urgence pour chaque voyage est de 2 500 \$;
- f. Le retour de la dépouille en cas de décès d'un membre de la famille. Les autorisations requises seront obtenues et les arrangements pris pour le retour de la dépouille dans la province de résidence. Le montant maximal remboursable pour la préparation et le retour de la dépouille est de 3 000 \$.
- (ii) Services de spécialistes sur recommandation d'un médecin : L'Assureur versera une indemnité aux personnes assurées qui en font la demande pour couvrir les frais habituels et raisonnables dépassant le montant remboursable en vertu d'un régime d'assurance médicale d'une province pour les services suivants, à condition qu'ils soient exécutés sur la recommandation écrite du médecin traitant dans la province de résidence du patient et ne soient pas offerts dans cette province, et sous réserve de la déduction de la franchise annuelle et jusqu'à concurrence d'un maximum de frais admissibles de 25 000 \$ par maladie :
 - (a) hébergement en chambre commune et services hospitaliers auxiliaires dans un hôpital général;
 - (b) services d'un médecin ou d'un chirurgien.

214. Exclusions

Aucune indemnisation ne sera versée dans les cas suivants :

- a. Les examens médicaux y compris à des fins de souscription d'assurance, d'inscription à une école, à un camp, à une association, à des fins d'emploi, pour l'obtention d'un passeport ou à d'autres fins similaires.
- b. Les soins dentaires, à l'exception de ceux mentionnés précédemment.
- c. Les services non approuvés ou non prescrits par un médecin, s'il y a lieu.
- d. Le traitement ou les prescriptions à la suite de la déclaration ou non d'une guerre, d'une émeute ou d'une insurrection.
- e. Les frais qui ne sont normalement pas encourus lorsqu'une personne n'est pas assurée ou pour des services ou produits qui sont normalement offerts gratuitement.
- f. Les services ou les produits à des fins cosmétiques seulement ou pour des situations non nuisibles pour la santé, sauf si elles sont requises à la suite d'une blessure subie accidentellement.
- g. Les traitements à la suite d'une blessure subie ou d'une maladie contractée volontairement.
- h. Les articles achetés principalement pour des activités sportives.
- i. Les frais pour des services rendus ou des fournitures prescrites par une personne résidant normalement au domicile du patient ou qui est liée au patient par des liens de sang ou de mariage.
- j. Les produits ou les traitements expérimentaux pour lesquels, de l'avis de l'Assureur, la sécurité et l'efficacité aux fins d'utilisation et dans les conditions recommandées n'ont pas été suffisamment éprouvées par des tests cliniques objectifs.
- k. Les prestations que le gouvernement interdit en vertu de la loi.
- l. L'achat de médicaments qui ne seraient normalement pas utilisés dans les 90 jours de leur date d'achat.
- m. Les vitamines (sauf les vitamines injectables), les suppléments vitaminiques, les minéraux, les suppléments protéiniques, les suppléments alimentaires ou les aliments diététiques, sauf s'ils sont précisés dans les paragraphes précédents.
- n. Les aliments pour bébés.
- o. Les substituts de sucre et de sel.
- p. Les pastilles, les rince-bouche, les shampooings non médicamenteux, les produits de nettoyage des lentilles de contact et les produits de nettoyage, de protection et d'adoucissement de la peau.
- q. Le transport ou le voyage, autres que ceux prévus dans les paragraphes précédents.
- r. Les services rendus par un médecin autorisé et pratiquant au Canada si la personne assurée est admissible à un régime d'assurance médicale provincial, sauf les services prévus dans les paragraphes précédents.
- s. La partie des frais remboursables en vertu d'un régime d'assurance médicale provincial ou d'un programme financé par une province.
- t. La partie des frais pour des services rendus ou des fournitures fournies par un hôpital à l'étranger et qui seraient normalement remboursés en vertu d'un régime provincial d'assurance médicale ou de soins hospitaliers si les services étaient rendus ou les produits fournis dans un hôpital au Canada. Cette exclusion ne s'applique pas aux avantages de la « Protection à l'extérieur de la province ».

- u. La partie des frais dont la responsabilité légale incombe à une tierce partie.
- v. Les contraceptifs autres qu'oraux.
- w. Les frais encourus à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée s'ils sont requis pour le traitement d'urgence d'une blessure subie ou d'une maladie contractée plus de 40 jours après la date de départ de la province de résidence.
- x. Les frais de « Protection en cas d'urgence pendant un voyage » encourus lorsque la personne assurée réside de façon temporaire ou permanente à l'étranger.
- y. Les frais pour le traitement d'une blessure subie ou d'une maladie contractée avant le départ de la personne assurée de sa province de résidence.