NSTU
INSURANCE TRUSTEES

# *PROFIL D'ASSURANCE*

*Régime d'assurance collective NSTU*

# École publique et CESPA
# 2019

# *Répertoire*

## ADRESSES ET NUMÉROS DE TÉLÉPHONE IMPORTANTS

**Nova Scotia Teachers Union (Syndicat des enseignants de la Nouvelle-Écosse)**
3106, promenade Joseph Howe
Halifax, Nouvelle-Écosse
B3L 4L7

Local : 902 477-5621
Numéro sans frais : 1 800 565-NSTU
Télécopieur : (902) 477-3517
**Service des prestations du régime/réclamations et assurance auto/habitation**

**Bureau régional Johnson Inc.**
137 Venture Run, Suite 200
Dartmouth, Nouvelle-Écosse
B3B 0L9

**Croix Bleue Medavie**
Case postale 2200
Halifax, Nouvelle-Écosse
B3J 3C6

Local : 902 468-9700
Numéro sans frais : 1 800 565-8785
Télécopieur : 902 468-3967
**(Soins médicaux complets/Soins dentaires complets)**

**Numéros de téléphone et de télécopieur du bureau régional de Johnson Inc.**

| | Local | Numéro sans frais |
|---|---|---|
| **Assurance collective du NSTU – Requêtes (Dartmouth)** | 902 453-9543 | 1 800 453-9543 |
| **Réclamations liées à l'invalidité de longue durée du NSTU – Requêtes (Dartmouth)** | 902 453-9502 | 1 800 490-9502 |
| **Assurance auto/habitation – Requêtes (Dartmouth)** | 1 877 738-7189 (mentionner le code 62 du groupe) | |

Adresse électronique des fiduciaires de l'assurance collective du NSTU :

insurance@nstu.ca

Adresse électronique de Johnson Inc. pour les membres du NSTU :

nstu@johnson.ca

Site Internet :

Vous trouverez de plus amples renseignements sur les sujets suivants sur le site Internet du NSTU à l'adresse suivante **www.nstu.ca**

- Autorité de tutelle
- Fiduciaires actuels
- Les fiduciaires d'assurance du NSTU au sein de l'organisation
- Le rôle des fiduciaires
- Le rôle du souscripteur
- Le rôle de l'administrateur, du consultant et du courtier

L'administrateur du régime, Johnson Inc. maintient un site Internet « réservé aux membres » qui vous permet de consulter et d'interagir avec votre régime d'assurance collective. Pour vous inscrire afin d'avoir accès à vos renseignements d'assurance par l'entremise du site Internet de Johnson Inc. réservé aux membres, veuillez communiquer avec Johnson par téléphone ou par courriel, comme indiqué ci-dessus. Une fois inscrit, ouvrez une session sur le site Internet, réservé aux membres seulement, à l'adresse **www.johnson-insurance.com/Members-Only/** en utilisant **le nom d'utilisateur et le mot de passe qui vous ont été attribués**.

# *Clause de non-responsabilité*

*Le profil d'assurance est fourni uniquement dans le but d'expliquer les principales caractéristiques du régime d'assurance collective du NSTU. Il ne crée ni ne confère aucun droit contractuel ou autre. Tous les droits relatifs aux prestations d'un participant au régime sont régis uniquement par les principales polices émises par les rédacteurs production.*

*Ce livret contient des renseignements importants concernant la couverture d'assurance collective et devrait donc être conservé en lieu sûr.*

# Table des matières


1. Avantages ..... 1
   Aperçu des garanties ..... 1

I. Soins complets ..... 8
   SOINS MÉDICAUX ..... 8
   SOINS DENTAIRES ..... 18

II. Assurance vie et assurance en cas de décès ou de mutilation par accident principales provinciale ..... 23

III. Assurance vie collective facultative ..... 31

IV. Assurance volontaire en cas de décès ou de mutilation par accident ..... 35

V. Assurance maladies graves facultative ..... 49

VI. Assurance invalidité de longue durée ..... 61

VII. MEDOC® – Régime d'assurance voyage collectif ..... 68

VIII. MEDOC® – Annulation/interruption de voyage ..... 76

IX. Programme d'aide aux membres ..... 78

2. Services d'assurance ..... 83

3. Procédures pour le traitement des problèmes, préoccupations ou suggestions ..... 85

# Souscripteur actuel/Assureur des fiduciaires d’assurance du NSTU

| Type de régime | Souscripteur/Assureur actuels |
|---|---|
| Assurance vie principale provinciale<br>Police nº 901259 | Manuvie |
| Assurance décès et mutilation principale provinciale<br>Police nº 1JN80 | SSQ Assurance inc. |
| Assurance vie collective facultative<br>Police nº 39297 | Manuvie |
| Assurance volontaire en cas de décès ou de mutilation par accident<br>Police nº 1JN90 | SSQ Assurance inc. |
| Assurance collective – Soins médicaux complets<br>Police nº 11300 – Active<br>Police nº 11351 Retraité de moins de 65 ans<br>Police nº 11352 Retraité de plus de 65 ans | Croix Bleue Medavie |
| Assurance collective – Soins dentaires complets<br>Police nº 11300 – Active<br>Police nº 11351 Retraité de moins de 65 ans<br>Police nº 11352 Retraité de plus de 65 ans | Croix Bleue Medavie |
| Assurance invalidité de longue durée<br>Police ASO nº 111129 | Manuvie |
| Assurance prestations en espèces pour frais d’hospitalisation<br>Police nº 11301 | Croix Bleue Medavie |
| Assurance facultative contre les maladies graves<br>Police nº 140848 | Desjardins |
| Régime d’assurance voyage MEDOC®<br>Police nº 11580 | Croix Bleue Medavie |
| Annulation/interruption de voyage<br>Police nº 11581 | |
| Assurance automobile individuelle selon la police individuelle | Unifund Assurance |
| Assurance biens individuelle selon la police individuelle | Unifund Assurance |

# 1

# AVANTAGES

## *Aperçu des garanties*

Les fiduciaires du Nova Scotia Teachers Union sont chargés d'administrer et de surveiller les polices d'assurance collective du NSTU. Le Syndicat a un certain nombre de polices qui sont considérées comme des polices « collectives », ce qui signifie que les personnes assurées en vertu de ces polices :

1. bénéficient d'un taux préférentiel
2. partagent le risque en tant que groupe au bénéfice d'un individu

Les polices et programmes collectifs administrés par les fiduciaires d'assurance collective du NSTU sont :

Soins complets – Médicaux et dentaires
Assurance vie et assurance en cas de décès ou de mutilation par accident principales provinciales
Assurance vie facultative/Assurance vie du conjoint
Assurance volontaire en cas de décès ou de mutilation par accident
Assurance facultative contre les maladies graves
Assurance invalidité de longue durée
MEDOC® – Régime d'assurance voyage collective
MEDOC® – Annulation/interruption de voyage
Programme d'aide aux membres –
Resilience – Programme d'aide aux employés et à leur famille
Services de counselling du NSTU
Programme d'intervention précoce (PIP)
CAREpath – Le Programme d'aide aux personnes atteintes du cancer
CAREpath – Programme d'aide aux soins aux aînés
CAREpath – Programme d'aide aux soins de santé

Ces polices et programmes d'assurance collective offrent un taux préférentiel et un partage des risques en groupe comme avantage direct d'être membre du Nova Scotia Teachers Union.

Voici une brève explication de chaque garantie d'assurance collective.

## Soins complets – Médicaux

En vertu de l'entente provinciale des enseignantes et enseignants ou de l'entente de la CESPA, l'employeur paie **100 %** de la prime mensuelle de l'assurance individuelle ou familiale.

- **Prestations d'hospitalisation – 100 %** en chambre à deux lits – pas de maximum.
- **Prestations d'assurance-maladie complémentaire – 80 %** en remboursement pour des éléments tels que les suivants *(les maximums de prestations peuvent s'appliquer)* :
  - Soins infirmiers à domicile;
  - Physiothérapie;
  - Appareils prothétiques;
  - Équipement de stomie;
  - Fauteuils roulants, marchettes, lits d'hôpitaux, appareils respiratoires, etc.;
  - Accident dentaire;
  - Prothèses auditives;
  - Lunettes;
  - Fournitures pour diabétiques;
  - Services paramédicaux;
  - Massothérapie;
  - Psychologue.
- **Médicaments sur ordonnance – 5,00 $** de quote-part pour chaque ordonnance.

Détails complets aux pages 8 à 17.

## Soins complets – Dentaires

En vertu de l'entente provinciale des enseignantes et enseignants ou de l'entente de la CESPA, l'employeur paie **65 %** de la prime mensuelle de l'assurance individuelle ou familiale. Le membre paie **100 %** de la garantie pour prosthodontie et orthodontie.

- **Services préventifs de base – 80 %** en remboursement pour des éléments tels que les suivants *(les maximums des prestations peuvent s'appliquer) :*
  - examens buccaux;
  - nettoyages, scellants pour fosses et fissures;
  - obturations;
  - traitement de canal;
  - services de parodontie;
  - réparation ou regarnissage de prothèses dentaires;
  - extraction de dents.

- **Services de restauration majeure – 60 %** en remboursement pour les services de restauration majeure suivants, jusqu'à concurrence de 1 500 $ par personne et par année civile :
  - restaurations de couronnes;
  - restaurations d'incrustations et d'appositions;
  - obturations en or lorsque les dents ne peuvent pas être restaurées avec un autre matériau.

- **Services de prosthodontie – 50 %** en remboursement jusqu'à concurrence de 1 500 $ par personne

par année civile.

- **Services d'orthodontie – 50 %** en remboursement jusqu'à concurrence de 2 000 $ par personne à vie.

Détails complets aux pages 18 à 22.

## Assurance vie et assurance en cas de décès ou de mutilation par accident principales provinciales

- En vertu de l'entente provinciale des enseignantes et enseignants ou de l'entente de la CESPA, l'employeur paie **100 %** de la prime mensuelle pour tous les membres actifs.
- École publique et CESPA – Fournit une assurance vie provinciale de base de 50 000 $.
- École publique et CESPA – Fournit indemnité de 50 000 $ en cas de décès ou de mutilation par accident.
- Maladie grave – Paiement forfaitaire de 2 000 $ pour des affections précises (crise cardiaque, pontage coronarien, accident vasculaire cérébral, cancer constituant un danger de mort).
- Prestation en espèces pour frais d'hospitalisation, en dehors du contrat d'assurance
- Exonération de prime en cas d'invalidité totale avant l'âge de 60 ans.
- Si vous prenez votre retraite avant l'âge de 65 ans, la garantie demeure en vigueur jusqu'à l'âge de 65 ans, la prime mensuelle étant déduite de votre rente d'enseignant de la Nouvelle-Écosse.
- Le conjoint est couvert pour 3 000 $ et les enfants à charge pour 1 500 $.
- Option de conversion disponible à la résiliation de votre assurance.
- La police d'assurance vie des retraités est offerte après l'âge de 65 ans jusqu'au décès.

Détails complets aux pages 23 à 30.

## Assurance vie collective facultative

- Les membres de moins de **65 ans** peuvent faire une demande de garantie.
- Montant initial de 30 000 $ (les nouveaux membres ne sont pas assujettis à une preuve médicale si la demande est reçue dans les 31 jours suivant la date de la nouvelle lettre de confirmation de Johnson Inc.). **Un nouveau membre embauché à plus de 69 ans sera tenu de présenter une preuve médicale d'assurabilité dès le premier dollar**
- Montants additionnels disponibles en unités de 5 000 $.
- Le montant maximal global de l'assurance vie facultative offerte est de 300 000 $.
- À l'âge de 70 ans, la prestation sera réduite à un maximum de 50 000 $. **Quiconque ayant moins de 50 000 $ de garantie continuerait avec le moindre montant.**
- La garantie peut être maintenue jusqu'à l'âge de 85 ans.
- L'option de conversion est offerte lorsque la garantie cesse ou est réduite avant l'âge de 65 ans.
- Le conjoint est couvert pour 10 000 $ et les enfants à charge pour 5 000 $.
- L'assurance vie du conjoint est offerte en unités de 5 000 $, avec un minimum de 10 000 $, pour un montant égal ou inférieur à celui de votre assurance vie facultative.

Détails complets aux pages 31 à 34.

## Assurance volontaire en cas de décès ou de mutilation par accident

- Si vous avez moins de 70 ans, la garantie est offerte pour des montants de 5 000 $ à 300 000 $.
- Si vous êtes âgé de 70 à 74 ans inclusivement, la garantie offerte est de 5 000 $ à 100 000 $, mais il n'y

a pas de garantie pour l'invalidité totale permanente, l'indemnité hebdomadaire d'aide à domicile et l'indemnité d'hospitalisation.

- Garantie en cas de perte de vie, privation de jouissance, etc. selon l'annexe.
- Pour les membres ayant un conjoint et/ou des enfants à charge, la garantie familiale selon l'annexe.
- Garantie 24 heures sur 24, 365 jours par an.
- Indemnité de rapatriement.
- Indemnité pour frais d'études.
- Prestation de soins journaliers à domicile.
- Prestation de réadaptation.
- Prestation de recyclage du conjoint.
- Indemnité de modification du lieu de travail.
- Prestation bonifiée pour enfants.
- Invalidité totale permanente.
- Prestation pour le transport familial.
- Indemnité d'identification.
- Prestation commune en cas de catastrophe.
- Prestation de ceinture de sécurité.
- Indemnité de modification de domicile et/ou de modification de véhicule.
- Indemnité d'hospitalisation.
- Prestation d'indexation.
- Extension de la garantie familiale.
- Indemnité pour préjudice esthétique.
- Prestation pour coma.
- Indemnité pour entreprise commerciale.
- Prestation hebdomadaire pour aide à domicile.
- Retraite.
- Exonération de prime en cas d'invalidité totale avant l'âge de 60 ans.
- Cette exonération peut être maintenue jusqu'à l'âge de 75 ans.
- Option de conversion disponible à la résiliation de votre assurance.

Détails complets aux pages 35 à 48.

## Assurance facultative contre les maladies graves

- Tous les membres actifs/retraités admissibles couverts par les régimes d'assurance collective du NSTU et tous les employés actifs du Teachers *Plus* Credit Union âgés de moins de 75 ans. Tant que vous souscrivez l'assurance contre les maladies graves, vous pouvez demander la garantie de votre conjoint âgé de moins de 75 ans et de vos enfants à charge admissibles. La clause sur les affections préexistantes s'applique à moins que vous ne soumettiez un questionnaire médical et que votre garantie ne soit approuvée.

- Vingt-neuf affections couvertes pour le membre et son conjoint. Vingt affections couvertes pour les enfants à charge – garantie de 10 000 $.

- Offert en unités de 10 000 $ à 50 000 $ sans preuve médicale d'assurabilité (preuve d'état de santé pour le membre/conjoint). Montant additionnel disponible jusqu'à un maximum de 300 000 $ avec preuve médicale d'assurabilité requise.

- Montant forfaitaire en franchise d'impôt en cas de diagnostic de l'une des maladies graves admissibles.

Après le versement des prestations, la garantie prend fin et aucune prime supplémentaire n'est payable. Si le membre survit, la garantie peut être maintenue pour le conjoint et les enfants à charge admissibles tant que le membre est toujours admissible aux prestations en vertu des régimes d'assurance collective du NSTU.

Détails complets aux pages 49 à 60.

## Assurance invalidité de longue durée

- Tous les membres actifs du NSTU et tous les employés permanents à temps plein ou à temps partiel du NSTU ou du Teachers *Plus* Credit Union de moins de **65 ans** (voir les lignes directrices à la page 61).
- Fournit un revenu en cas d'absence du travail pour cause d'invalidité totale résultant d'un accident ou d'une maladie.
- **Soixante-dix pour cent (70 %)** du salaire mensuel brut au début de la période de réclamation. Les prestations sont imposables.
- Pour les demandes de prestations de longue durée, les prestations sont réduites de la rente d'enseignant, de l'indemnisation des accidentés du travail ou du Régime de pensions du Canada.
- Prestation de réadaptation.
- Indemnité pour coût de la vie, en dehors du contrat d'assurance
- Délai de carence de 90 jours civils (environ 60 jours de congé de maladie) ou congés de maladie accumulés, le plus élevé des deux montants étant retenu.
- Prestations payables jusqu'à 65 ans.

Détails complets aux pages 61 à 68.

**MEDOC® – Régime d'assurance voyage collective**

- Régime d'assurance-maladie d'urgence à l'extérieur de la province ou du Canada.
- Le régime de base permet des voyages illimités jusqu'à un maximum de 35 jours consécutifs par voyage pendant l'année d'assurance.
- Le régime complémentaire offre une garantie pour les voyages de plus de 35 jours consécutifs par voyage et comprend la garantie annuelle du **régime de base.**
- Des indemnités sont prévues pour les dépenses admissibles telles que :
  - Frais médicaux d'urgence;
  - Transport aérien d'urgence ou évacuation;
  - Transport au chevet du patient;
  - Dépenses des soins infirmiers privés;
  - Physiothérapie;
  - Services dentaires d'urgence;
  - Pension et logement;
  - Rapatriement;
  - Retour de véhicule.

Y compris l'accès à une assistance 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.
Clause de conditions préexistantes.

Détails complets aux pages 68 à 75.

## MEDOC® – Annulation/interruption de voyage

Aide à protéger les voyageurs contre les circonstances imprévues qui pourraient empêcher ou interrompre un voyage.

- Régime annuel.
- Annulation de voyage – jusqu'à concurrence de 5 000 $ par membre assuré par période de garantie annuelle.
- Interruption de voyage – jusqu'à concurrence de 5 000 $ par membre assuré, pour chaque voyage couvert.
- Bagages et effets personnels – jusqu'à concurrence de 1 000 $ durant un voyage couvert. Effets personnels jusqu'à concurrence de 500 $ ou de la valeur au jour du sinistre, selon le moins élevé des deux montants. Documents perdus ou volés, jusqu'à concurrence de 200 $. Retard des bagages jusqu'à un maximum de 400 $.
- Vous devez être inscrit au régime d'assurance voyage collective du NSTU MEDOC® avant d'être admissible.
- Y compris l'accès à une assistance 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.
- Clause de conditions préexistantes.

Détails complets aux pages 76 à 77.

## Programme d'aide aux membres
## Resilience® – Programme d'aide aux employés et à leur famille

- Resilience® est un programme d'aide aux employés et aux familles pour les membres actifs du NSTU qui ont un contrat permanent, probatoire ou à terme. Avec Resilience® vous pouvez joindre une équipe de conseillers expérimentés de Homewood Health qui vous écoutera, vous offrira des conseils judicieux et vous aidera à créer un plan d'action pour régler les problèmes.

Détails complets aux pages 78 et 80.

## Services de counselling du NSTU

- Le NSTU compte deux conseillers au sein de son personnel qui offrent des services de counselling à court terme aux membres du NSTU, à leurs partenaires et aux enfants à charge.

Détails complets à la page 80.

## Programme d'intervention précoce (PIP) :

- Ce programme s'adresse uniquement aux membres actifs du NSTU qui travaillent ou sont absents du travail, qui sont victimes d'une blessure ou d'une maladie et qui ont de la difficulté à demeurer au travail ou à retourner au travail.

Détails complets à la page 80.

## CAREpath – Programme d’aide aux personnes atteintes du cancer

- Nous comprenons qu’un diagnostic de cancer peut signifier incertitude, questions, anxiété et peur. À CAREpath, votre infirmier(ère) personnel(le) en oncologie, avec le soutien d’oncologues de renom, est là pour vous guider à chaque étape de votre expérience du cancer, du diagnostic au traitement et à la survie.
- Le système de navigation CAREpath est fourni par les fiduciaires d’assurance collective du NSTU. Si vous, votre conjoint ou vos enfants à charge soupçonnez que vous avez un cancer, si vous recevez un diagnostic de cancer ou si vous vivez déjà avec un cancer, CAREpath est prêt et en mesure de vous fournir du soutien.
- L’objectif de CAREpath est de soutenir, et non de remplacer, les services de santé fournis par vos médecins. Il est important de noter que ce service s’adresse aux membres actifs et retraités du NSTU.

Détails complets à la page 80.

## CAREpath – Programme d’aide aux soins aux aînés

- Les fiduciaires d’assurance collective du NSTU sont heureux d’offrir le Programme d’aide aux soins aux aînés, par l’entremise de CAREpath. Il s’agit du seul service au Canada qui vous met en contact, vous et votre famille, avec du personnel infirmier autorisé et spécialisé dans les soins aux personnes âgées.
- En tant que membre actif ou retraité du NSTU, CAREpath vous aidera, vous, votre conjoint, vos parents, vos enfants ou d’autres membres de votre famille, à naviguer dans les services de soutien aux aînés disponibles, vous aidera à prendre des décisions importantes et s’assurera que vous et vos proches recevez les soins appropriés chaque fois.

Détails complets à la page 81.

## CAREpath – Programme d’aide aux soins de santé

- En plus du Programme d’aide aux personnes atteintes de cancer et du Programme d’aide aux soins aux aînés, les membres peuvent avoir accès à HealthCareAssist qui offre un soutien en cas de maladie ou de crise de santé. Ce service de navigation complet fournit aux membres du NSTU, à leur conjoint et à leurs enfants à charge des réponses, des conseils et un soutien avant, pendant et après le traitement.

Détails complets aux pages 82.

# I. Soins complets

Le régime de soins complets comprend deux options, l'assurance médicale et l'assurance dentaire, dont les modalités sont décrites séparément.

Le régime est défini par une entente contractuelle entre l'employeur et le Nova Scotia Teachers Union. Certaines des prestations sont subventionnées par le fonds en fiducie d'assurance collective du NSTU en plus de la garantie offerte en vertu du contrat avec l'employeur et sont soulignées, le cas échéant.

## SOINS MÉDICAUX

### Hospitalisation et assurance-maladie complémentaire

Le régime de soins complets vous offre, à vous et aux personnes à votre charge admissibles, une garantie hospitalière et médicale complète pendant que vous êtes au travail, à la maison ou en vacances. Le régime a été conçu pour fonctionner de concert avec votre régime d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie du gouvernement.

### Admissibilité

Tous les membres actifs du NSTU et tous les employés permanents du NSTU et de Teachers *Plus* Credit Union sont admissibles à cette prestation. Un membre du régime qui est en congé autorisé et qui devient membre associé du NSTU peut continuer à recevoir des prestations sur une base de rémunération directe en communiquant avec l'administrateur, Johnson Inc.

Vous pouvez faire une demande d'assurance pour soins médicaux complets en tout temps, si vous êtes au travail. La garantie entrera en vigueur le premier jour du mois suivant la réception de votre proposition par l'Administrateur, Johnson Inc.

**En tant que membre du NSTU, vous n'avez droit qu'à un seul régime familial en vertu du régime de soins médicaux complets du NSTU – indépendamment de l'employeur.**

### Définition des personnes à charge

**« Conjoint »** a l'une des significations suivantes :

(a) le conjoint légalement marié du membre; ou

(b) une personne qui vit avec le membre de façon continue dans une relation conjugale qui n'est pas un mariage légal, pourvu que cette relation existe depuis au moins douze (12) mois consécutifs au moment de la proposition et immédiatement avant le moment où le statut de cette personne doit être déterminé aux fins de la garantie et que le participant la représente publiquement comme son conjoint.

Si un membre a eu plus d'un conjoint, le conjoint du membre ne doit être que la personne qui était le conjoint le plus récent du membre, selon les critères énoncés aux alinéas (a) et (b) ci-dessus.

**« Enfants à charge »** signifie soit des enfants naturels (légitimes ou illégitimes), des enfants adoptés, ou les beaux-enfants d'un employé qui sont :

(a) âgés de moins de 21 ans, célibataires et dépendant de vous pour l'entretien et le soutien;

(b) âgés de moins de 27 ans, célibataires et fréquentant* un établissement d'enseignement supérieur et dépendant de vous pour l'entretien et le soutien;

(c) tout enfant ayant une déficience fonctionnelle peut demeurer assuré au-delà de l'âge maximal. L'enfant, lorsqu'il

atteint l'âge maximal, doit encore être incapable de subvenir à ses besoins et dépendre entièrement de vous pour son soutien et son entretien.

**« Personne à charge ayant dépassé l'âge »** – Le 21e anniversaire de votre personne à charge, vous devez fournir à Johnson Inc. une preuve de fréquentation à plein temps d'un établissement d'enseignement postsecondaire.

Tous les enfants à charge âgés de 21 à 27 ans qui fréquentent un établissement d'enseignement supérieur doivent fournir à Johnson Inc. en septembre de chaque année une preuve qu'ils fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement postsecondaire.

La preuve doit indiquer clairement le nom de votre personne à charge, son statut à temps plein et le semestre et peut comprendre, sans toutefois s'y limiter, l'un des éléments suivants :

1. Horaire des cours confirmant le statut d'étudiant à temps plein.
2. Facture des frais de scolarité payés confirmant le statut d'étudiant à temps plein.
3. Une lettre de l'établissement d'enseignement confirmant le statut d'étudiant à temps plein (tous les frais associés sont à votre charge).

Indiquer sur la preuve de statut à temps plein, votre nom plus le numéro professionnel.

**Apprentissage en ligne examiné sur une base individuelle.***

**Si votre personne à charge ayant dépassé l'âge cesse de s'inscrire à un programme d'études officiel ou qu'elle obtient son diplôme, vous devez aviser Johnson Inc. immédiatement pour mettre fin à la garantie en cas de dépassement de l'âge.**

Croix Bleue Medavie ne peut traiter les demandes de règlement pour enfants à charge ayant dépassé l'âge tant que cette personne n'est pas inscrite auprès de Johnson Inc.

La personne à charge ayant dépassé l'âge peut utiliser votre carte de prestations. Une carte supplémentaire peut être émise sur demande.

## Prestations d'hospitalisation

Cette garantie est conçue pour compléter votre régime gouvernemental d'assurance-hospitalisation. Les services suivants sont couverts :

**Chambre à deux lits** – le régime paie les frais d'hospitalisation **au Canada** au-delà des tarifs de base jusqu'au niveau semi-privé. Il n'y a pas de limite quant au nombre de jours permis et aucune limite monétaire.

**Exclusions :**

1. Les frais d'hospitalisation engagés pendant que le patient n'est pas sous le traitement et les soins actifs d'un médecin;
2. Les frais de soins chroniques, de convalescence, de relève ou de garde, que ces soins soient dispensés dans un lit de soins chroniques ou dans un lit de traitement actif d'un hôpital;
3. Les frais pour toute période au-delà de la date à laquelle le patient peut obtenir son congé de l'hôpital pour des raisons médicales, comme déterminé par le médecin.

**Prestations hospitalières supplémentaires à l'extérieur du Canada** – en plus des frais de chambre d'hôpital pour une chambre à deux lits, le régime paie jusqu'à 1 000 $ par invalidité pour des services hospitaliers auxiliaires fournis à un patient hospitalisé à l'extérieur du Canada (voir Services à l'extérieur de la province).

**Services hospitaliers pour patients externes** – le régime paie pour tous les services externes non couverts par votre régime gouvernemental (voir Services à l'extérieur de la province).

En plus de la garantie ci-dessus pour les frais d'hospitalisation, le régime couvre :

**Services d'ambulance professionnels** – les frais réels pour le transport par ambulance terrestre professionnel agréé à destination ou en provenance de l'hôpital le plus proche capable de fournir les soins requis lorsque, en

raison de l'état médical du patient, aucune autre forme de transport ne peut être utilisée.

Lorsqu'il existe un programme ou un régime gouvernemental de services d'ambulance, la garantie se limite aux frais d'utilisation des services d'ambulance applicables en vertu de ce programme ou régime gouvernemental. **Les frais de transport aller-retour pour les rendez-vous programmés sont exclus.**

**Services de diagnostic** – le coût total des services de diagnostic, y compris les services d'un établissement privé de radiologie (voir Services à l'extérieur de la province).

## Assurance-maladie complémentaire

Cette garantie offre une protection complète contre le coût des services de santé et des fournitures non couverts par les programmes gouvernementaux. Le régime vous rembourse **80 % des frais habituels et coutumiers**, sous réserve des limites indiquées, des frais couverts suivants, sur ordonnance du médecin traitant. (L'assurance-maladie complémentaire couvre les frais engagés à l'intérieur ou à l'extérieur de la province de résidence.)

**Services de soins infirmiers à domicile** – Les frais des services infirmiers d'un(e) infirmier(ère) diplômé(e) autorisé(e) pour les soins infirmiers médicalement nécessaires fournis au domicile d'un membre sur **l'ordre écrit du médecin traitant (pourvu que l'infirmier[ère] ne soit pas résident[e] du domicile du membre ou n'ait pas de lien avec le membre ou sa famille) ET ASSUJETTI(E) À L'APPROBATION PRÉALABLE PAR CROIX BLEUE MEDAVIE. Une réévaluation périodique peut être nécessaire. La garantie est axée sur les tâches et doit constituer la pratique des soins infirmiers. Les services qui peuvent être fournis par une personne moins qualifiée ne sont pas couverts.**

Les frais pour les services infirmiers d'un(e) infirmier(ère) auxiliaire autorisé(e) ou agréé(e) seront autorisés que lorsque cette personne n'est pas disponible, pourvu que ce service soit approuvé par le médecin traitant et Croix Bleue Medavie.

Le remboursement est fondé sur les frais raisonnables et coutumiers dans la province applicable. Il y a une limite de **10 000 $ dans toute période de 36 mois consécutifs par personne assurée.**

Ces services peuvent prendre la forme de :

- changement de pansements
- soins des pieds
- injections
- soin du cathéter

Ces services ne peuvent pas prendre la forme de :

- entretien ménager
- écriture de lettre
- soins personnels (soins capillaires, bains, etc.)
- préparation des repas
- assistance bancaire
- autres services de soins de garde ou de répit

**Soins infirmiers pour maladie grave** – Frais pour les services d'un(e) infirmier(ère) autorisé(e) (IA) ou d'un(e) infirmier(ère) auxiliaire autorisé(e) (IAA) pour les soins infirmiers prodigués à l'hôpital ou à domicile pour une maladie qui est réputée être de nature terminale. La documentation médicale du médecin traitant est nécessaire pour déterminer que l'état de santé est de nature terminale. **La prestation maximale à vie est de 5 000 $ par personne assurée.**

**Physiothérapie** – Frais pour les services d'un physiothérapeute agréé. Ce ne sont pas tous les services rendus par les physiothérapeutes qui sont admissibles au paiement. Les demandes de règlement doivent être soumises à l'aide d'un formulaire spécial de demande de règlement de frais de physiothérapie que vous pouvez vous procurer auprès de votre prestataire. Le prestataire remplira les sections appropriées du formulaire, confirmera que le

traitement a été demandé par le médecin (ou que le médecin est au courant du traitement) et le formulaire devra être signé par le prestataire avant la présentation de la demande. Le physiothérapeute doit être un prestataire approuvé par Croix Bleue Medavie.

**Oxygène** – Frais pour l'oxygène et la location d'équipement pour son administration au besoin en raison d'une hypoxémie chronique. Cette prestation s'ajoute à tout programme gouvernemental.

**Prothèses et autres appareils prothétiques** – Frais pour membres artificiels, yeux ou autres prothèses, béquilles, attelles, plâtres, orthèses et bandages. Les remplacements ne sont couverts qu'en cas de modification pathologique. Les demandes de règlement soumises doivent être accompagnées des documents du médecin, y compris la recommandation et le diagnostic. Les frais d'entretien sont inclus jusqu'à concurrence de 40 $ par période de 12 mois consécutifs. Un maximum de 40 $ est permis pour les plans d'occlusion lorsque cela est nécessaire en raison d'un dysfonctionnement articulaire.

Les prothèses mammaires seront couvertes une fois par période de 24 mois consécutifs et les soutiens-gorge chirurgicaux deux (2) fois par période de 12 mois consécutifs.

Les prothèses de perruque pour l'alopécie totale ou la perte de cheveux résultant de la chimiothérapie ou de la radiothérapie (calvitie totale et non-alopécie masculine) sont limitées à 400 $ pour toute période de 12 mois consécutifs.

**Chaussures orthopédiques et fournitures de modification de chaussures** – Limité à une paire par période de 12 mois consécutifs pour les chaussures orthopédiques; 200 $ pour les fournitures de modification de chaussures et les repose-pieds moulés sur mesure (orthèses) par période de 12 mois consécutifs, à compter de la date où les frais sont engagés.

Seules les chaussures ou les modifications qui sont faites sur mesure et conçues pour accommoder, soulager ou corriger les défauts ou anomalies mécaniques du pied, et qui sont fournies par un établissement orthopédique reconnu et non par un magasin de chaussures au détail sont considérées comme un avantage. **Une ordonnance écrite incluant le diagnostic d'un médecin est requise.**

Les chaussures achetées uniquement pour recevoir des orthèses et/ou des chaussures de marche confortables telles que Nike, Birkenstock, Brooks, Rockport, New Balance, Saucony, etc. ne sont pas couvertes.

**Équipement de stomie** – Frais pour l'équipement de stomie, y compris les appareils ménagers, les ensembles et les sacs d'irrigation, mais à l'exclusion des désodorisants, des serviettes hygiéniques, des adhésifs, des crèmes pour la peau et des autres fournitures.

**Location/achat d'équipement médical à des fins thérapeutiques** – Frais de location ou d'achat (à la discrétion de Croix Bleue Medavie) de l'équipement thérapeutique médicalement nécessaire (limité au niveau standard) comme :

- fauteuil roulant;
- poumon d'acier;
- lit d'hôpital/rambardes de lit (informations détaillées ci-dessous);
- marchette;
- tensiomètre;
- collier cervical;
- appareil respiratoire.
- Glucomètres : Les appareils de surveillance de la glycémie couverts jusqu'à concurrence de 200 $ si le médecin traitant le recommande.
- Deux (2) trousses de choc anaphylactique d'urgence (anakits/épipens) couvertes par période de 12 mois consécutifs par assuré; basé sur 80 % du prix de détail suggéré par le fabricant.

Lorsque plus d'un niveau ou d'une gamme d'équipement est disponible, la garantie en vertu du régime sera limitée au niveau standard, selon les besoins médicaux.

Au choix de Croix Bleue Medavie, l'équipement assuré peut être loué ou acheté.

Sous réserve de l'approbation expresse de Croix Bleue Medavie, d'autres équipements peuvent être assurés à condition qu'ils soient médicalement nécessaires et constituent une méthode de traitement acceptée. L'équipement utilisé à titre d'essai ou expérimental ou l'équipement requis principalement pour le confort ou la commodité ne constitue pas une prestation assurée.

L'équipement assuré est limité à l'achat original seulement, à moins qu'il ne soit nécessaire en raison d'un changement pathologique ou d'une considération indépendante approuvée par les fiduciaires. **Il y a une limite de 20 000 $ à vie par personne assurée.**

**Lit d'hôpital** – (inclus sous Équipement médical thérapeutique) La garantie, si elle est admissible, sera basée sur le coût d'un « lit d'hôpital standard ». Une demande de lit d'hôpital doit comprendre les éléments suivants :

- Une ordonnance écrite du médecin ou une lettre de l'ergothérapeute (cosignée par le médecin) indiquant le pronostic et le diagnostic;
- Temps que le patient doit passer au lit tous les jours;
- Durée pendant laquelle le lit est nécessaire;
- Type de lit requis (c.-à-d. électrique, manuel, rails, etc.);
- Coût du lit (deux estimations sont requises, ainsi que toute documentation).

**Transport d'urgence** – Frais de transport d'urgence par voie aérienne, ferroviaire ou maritime jusqu'à l'hôpital le plus proche en mesure de fournir les soins requis, y compris les frais de retour d'un(e) infirmier(ère) autorisé(e) accompagnateur(trice) lorsque cela est médicalement nécessaire. Le maximum est de 400,00 $ par période de 12 mois consécutifs.

**Sang** – Frais pour le sang et le plasma sanguin, lorsqu'ils ne sont pas fournis par un régime d'assurance public.

**Services d'un médecin à l'extérieur de la province** – Frais pour des services médicaux qui excèdent les indemnités prévues par votre régime d'assurance-maladie gouvernemental et qui sont engagés à l'extérieur de votre province de résidence pour des services d'urgence non liés à des affections médicales préexistantes (voir Services à l'extérieur de la province).

**Services dentaires** – Les services d'un dentiste pour la réparation ou le remplacement de dents naturelles lorsqu'ils sont engagés à la suite d'une blessure accidentelle subie pendant qu'il était couvert pour cette garantie. La blessure doit avoir été causée par un coup ou une force externe et non par quelque chose qui a été sciemment ou involontairement placé dans la bouche. Les services prodigués dans un délai d'un an après la date de l'accident sont couverts à condition que la protection de l'adhérent demeure en vigueur. Les frais acceptés aux fins de paiement seront limités au niveau de pratique générale du barème des tarifs de l'Association dentaire de la province où réside le membre et qui est en vigueur à la date où le service est rendu.

**Analyses en laboratoire** – Frais pour les analyses de laboratoire effectuées par un hôpital, un gouvernement ou un autre laboratoire (voir Services à l'extérieur de la province).

**Thérapie aux rayons X** – Frais thérapie aux rayons X, au radium et de radiothérapie aux isotopes radioactifs (à l'exclusion des cliniques privées d'IRM).

**Prothèses auditives** – Frais pour le coût et l'installation d'une prothèse auditive ou d'appareils auditifs jusqu'à concurrence de 600,00 $ par période de 36 mois consécutifs **(le contrat avec votre employeur prévoit 550 $ par période de 36 mois consécutifs. La couverture additionnelle est fournie par l'entremise d'une subvention du Fonds en fiducie d'assurance collective du NSTU)** par personne assurée, à compter de la date à laquelle les frais sont engagés. Cette ou ces prothèses doivent être achetées après la date d'une recommandation écrite d'un oto-rhino-laryngologiste. Croix Bleue Mediavie reconnaît également les audiologistes titulaires d'un permis d'exercice. Cette garantie est prolongée pour permettre l'utilisation d'une deuxième prothèse auditive s'il est médicalement nécessaire qu'un membre ait une prothèse auditive pour chaque oreille. Les frais de la deuxième prothèse auditive sont les mêmes que ceux de la première.

Si un enfant à charge a une déficience auditive qui nécessite un appareil auditif supplémentaire en plus de la garantie de base, les demandes de règlement seront examinées individuellement par les fiduciaires, en consultation avec Croix Bleue Medavie. La détermination du niveau de prestation sera la décision des fiduciaires de l'assurance collective du

NSTU. Les demandes de règlement soumises aux fiduciaires doivent être accompagnées de documents médicaux.

**Réfraction oculaire** – Frais habituels pour une réfraction oculaire effectuée par un ophtalmologiste ou un optométriste autorisé, une fois par période de 24 mois consécutifs pour les personnes âgées de moins de 10 ans et de 18 à 64 ans, et une fois par période de 12 mois consécutifs pour les personnes âgées de 10 à 17 ans.

**Lunettes de prescription** – Frais pour les montures et les lentilles simples jusqu'à 155,00 $, ou jusqu'à 170,00 $ pour les montures et les lentilles bifocales ou trifocales **(le contrat avec votre employeur prévoit 145 $ pour les lentilles simples, 160 $ pour les lentilles bifocales ou trifocales; la couverture additionnelle est fournie par l'entremise d'une subvention du Fonds en fiducie d'assurance collective du NSTU)**, une fois par période de 24 mois consécutifs ou une fois par période de 12 mois consécutifs pour les personnes à charge âgées de moins de 18 ans à compter de la date à laquelle les frais sont engagés pour chaque membre du contrat. Les ***implants intraoculaires*** ne sont pas couverts.

**Chirurgie laser des yeux** – Au lieu des montures et des lentilles, la garantie pour la chirurgie au laser des yeux jusqu'à concurrence de la limite monétaire et la fréquence pour les montures et les lentilles, si les prestations maximales pour les lunettes sur ordonnance n'ont pas été utilisées au cours des 24 derniers mois.

**Lentilles cornéennes** – Les frais pour les lentilles cornéennes jusqu'à 200,00 $ par période de 24 mois consécutifs, comme prescrit par un ophtalmologiste pour des affections telles que : kératocône, cicatrisation cornéenne sévère ou aphakie; à condition que la vision ne puisse être améliorée à un niveau satisfaisant par des verres de lunettes. Veuillez noter que l'assureur exige une lettre de l'ophtalmologiste afin d'approuver le paiement de la prestation de 200,00 $.

- Si des lunettes ont été achetées au cours de la même période de 24 mois consécutifs que les lentilles cornéennes requises, le montant payable est réduit du montant payé en vertu de la disposition sur les lunettes.
- L'achat de lentilles cornéennes pour des raisons autres que celles mentionnées ci-dessus est considéré comme l'achat de lunettes.

**Fournitures pour diabétique** – Frais de fournitures pour diabétiques – seringues, aiguilles et fournitures d'analyse telles que clinitest, clinistix, labstix et kétodiastix. **Les tampons d'alcool, les tampons de coton, les pré-jets, les auto-injecteurs et les trousses de perfusion ne sont pas inclus dans les dépenses admissibles.**

**Appareils de collecte urinaire** – Frais pour les systèmes de collecte et de rétention urinaires, y compris les tubes et sachets pour cathéters, mais à l'exclusion des autres fournitures.

**Services paramédicaux*** – Frais pour services paramédicaux – **80 %** des frais habituels par traitement et un maximum de 20 visites par année civile pour les services d'un naturopathe, acupuncteur, ostéopathe, chiropraticien, orthophoniste, podiatre/chiropédiste ou ergothérapeute. Le prestataire doit être approuvé par Croix Bleue Medavie.

**Services d'un psychologue*** – Les services d'un psychologue – **80 %** des frais habituels et coutumiers jusqu'à concurrence d'un maximum de 20 consultations par année. Un titulaire d'une maîtrise en travail social sera considéré comme un prestataire de services admissible en vertu de cette prestation. Le prestataire doit être un approuvé par Croix Bleue Medavie.

**Remarque : Pour la thérapie ou le counselling en groupe, une allocation réduite s'appliquerait, à déterminer par Croix Bleue Medavie.**

**Massothérapie*** – Les services d'un massothérapeute agréé seront couverts à **80 %** des frais habituels jusqu'à un maximum de 20 visites par année (août – juillet). Le prestataire doit être un approuvé par Croix Bleue Medavie.

* La garantie ci-dessus ne s'applique qu'aux appels au bureau. Les ordonnances, les médicaments, les radiographies et les appareils ne sont pas couverts s'ils sont prescrits par le praticien paramédical. Ils ne sont couverts que s'ils sont prescrits par un médecin traitant, c'est-à-dire un médecin, et s'ils sont par ailleurs admissibles à une garantie ailleurs dans le contrat.

# Services hors de la province

Dans la section Prestations hospitalières et de maladie complémentaire des soins complets/médicaux, ce qui suit s'applique :

> **« Les garanties hors province ne sont offertes qu'en cas de maladie imprévue ou de blessure accidentelle survenue pendant que vous voyagez à l'extérieur de votre province de résidence ».**

Les services accompagnés d'option et les services liés aux affections préexistantes décrits ci-dessous sont exclus ou limités en vertu du présent contrat, comme décrit.

1. Les services reçus par une personne qui a voyagé à l'extérieur de sa province de résidence dans le but d'obtenir des soins hospitaliers, des traitements médicaux ou des conseils ne sont pas couverts.
2. Aucune protection n'est offerte pour les services obtenus à l'extérieur de la province de résidence au choix d'une personne, y compris les chirurgies ou autres traitements dont on sait qu'ils sont nécessaires, qui pourraient être reportés jusqu'au retour au Canada.
3. La chirurgie cardiovasculaire ou vasculaire périphérique ou les autres interventions ne sont couvertes que si elles sont nécessaires en raison d'un épisode aigu d'ischémie myocardique ou d'ischémie périphérique qui survient pendant la durée de la garantie en vertu du présent contrat et seulement si ces interventions ne peuvent être reportées jusqu'au retour au Canada.
4. La chirurgie pour l'ablation de cataracte n'est pas couverte.
5. Les affections médicales connues, qui ne sont pas spécifiquement exclues, ne seront couvertes que lorsque le service est nécessaire en cas d'urgence. Les services de surveillance, de stabilisation ou de poursuite du traitement des affections existantes ne sont pas couverts.
6. La couverture pour la grossesse est limitée aux services liés à une fausse couche naturelle ou à un accouchement prématuré survenant avant deux mois de la date prévue de l'accouchement. Tous les autres services associés à la grossesse sont exclus.

**IL EST CONSEILLÉ AUX MEMBRES ET/OU AUX PERSONNES À CHARGE D'ACHETER UNE ASSURANCE VOYAGE INDIVIDUELLE POUR VOYAGES EN DEHORS DU CANADA. (Voir MEDOC® – Régime d'assurance voyage collective.)**

# Comment présenter une demande de règlement

**Services hospitaliers**

Il n'y a aucun formulaire à remplir pour obtenir des services hospitaliers. La présentation de votre carte d'indemnité pour soins complets NSTU vous assure un crédit à l'hôpital pour la garantie en chambre à deux lits. L'hôpital soumettra la demande de règlement directement à Croix Bleue Medavie.

**Assurance-maladie complémentaire**

La soumission électronique des demandes de règlement ou de paiement électronique a été établie pour de nombreux prestataires de services. Les prestataires peuvent régler les demandes de règlement en ligne en vous demandant de ne payer que la coassurance applicable. Demandez à votre prestataire de services s'il peut soumettre les demandes de règlement directement à Croix Bleue Medavie. Pour obtenir le remboursement d'autres services et fournitures, vous pouvez présenter une demande de règlement par voie électronique sur le site sécurisé des Services aux membres de Croix Bleue Medavie **medaviebc.ca/en/members/member-services-site**, au moyen de l'application pour appareil mobile Croix Bleue Mediavie **medaviebc.ca/en/members/medavie-mobile**, ou en remplissant un formulaire de demande de remboursement (disponible auprès de Croix Bleue Medavie ou de Johnson Inc.) et en l'envoyant directement à l'assureur accompagné des reçus détaillés et de l'ordonnance du médecin traitant. Le paiement sera effectué directement à vous et si vous vous inscrivez pour le dépôt direct sur le site des Services aux membres, votre remboursement sera automatiquement déposé dans votre compte bancaire.

**Coordination des prestations**

Le régime comprend une disposition de coordination des prestations.

Si vous êtes le titulaire principal de la carte, vos demandes de règlement personnelles doivent d'abord être soumises à Croix Bleue Medavie. Si votre conjoint a un régime d'avantages sociaux, il doit d'abord présenter une demande de règlement à son assureur. Vous pouvez ensuite soumettre toute portion impayée au régime de votre conjoint pour la coordination des prestations, si elles sont admissibles, en vue d'un remboursement. Lorsque vous et votre conjoint êtes couverts par deux régimes distincts, les demandes de règlement pour vos enfants à charge seront traitées en vertu du régime du parent dont le mois de naissance tombe en premier dans l'année civile.

Cette disposition s'applique dans le cas où vous ou les personnes à votre charge êtes couverts par plus d'un régime collectif d'assurance-maladie et fait en sorte que, même si une demande de remboursement peut être présentée en vertu de tous les régimes, le remboursement total reçu ne dépasse pas les frais réels engagés.

**LES DEMANDES DE RÈGLEMENT DOIVENT ÊTRE SOUMISES AU COURS D'UNE ANNÉE À PARTIR DE LA DATE À LAQUELLE LES DÉPENSES SONT ENGAGÉES.**

**Médicaments sur ordonnance**

Vous offre, à vous et à votre famille, une protection complémentaire contre le coût des médicaments d'ordonnance délivrés sur ordonnance d'un médecin.

Tous les médicaments en vente libre (les médicaments qui ne sont pas soumis à une ordonnance en vertu des lois fédérales ou provinciales), à l'exception des médicaments essentiels à la survie, ne sont pas couverts en vertu du régime. Médicaments interchangeables (génériques)* – à moins qu'ils ne conviennent pas sur le plan médical, les médicaments interchangeables, lorsqu'ils sont disponibles, seront utilisés à la place des médicaments de marque.

**La garantie des médicaments interchangeables (génériques) pour les médicaments d'ordonnance sera limitée au coût du produit le moins cher lorsque des produits interchangeables sont disponibles chez plus d'un fabricant.*

Seuls les médicaments désignés comme étant interchangeables dans le formulaire provincial des médicaments sont visés par cette disposition. Ces médicaments interchangeables doivent contenir le même médicament et avoir la même posologie que celle prescrite par le médecin. Le pharmacien est autorisé à choisir la marque la moins chère en fonction de son jugement professionnel.

Il peut y avoir des situations où le médicament générique produit un effet indésirable grave ou d'autres préoccupations légitimes au sujet de l'utilisation d'un médicament générique à la place d'une marque nominative. Dans ce cas, le médecin peut demander sur l'ordonnance qu'il n'y ait **« aucune substitution »** et le pharmacien peut délivrer le médicament d'origine dont le prix est plus élevé et le régime couvre le coût du médicament d'origine à la place du médicament générique.

**LISTE DES MÉDICAMENTS D'USAGE RESTREINT – TOUS LES NOUVEAUX MÉDICAMENTS DEVRONT ÊTRE APPROUVÉS PAR UN COMITÉ D'EXAMEN.**

Voici la procédure actuelle d'examen des nouveaux médicaments en vue de leur inscription éventuelle sur la liste des médicaments d'ordonnance approuvés. Santé Canada doit d'abord approuver la distribution et la vente des nouveaux médicaments au Canada. Ces nouveaux médicaments sont ensuite examinés par Croix Bleue Medavie en mettant l'accent sur le coût et la valeur thérapeutique du médicament par rapport à d'autres médicaments similaires qui sont déjà sur le marché. L'assureur prépare ensuite une recommandation à l'intention des fiduciaires d'assurance collective du NSTU. La recommandation pour chaque médicament prendra l'une des trois formes suivantes : une recommandation d'approbation générale, une recommandation d'approbation sur une base individuelle ou une recommandation de refus.

Si votre médecin ou votre spécialiste prescrit un médicament figurant sur la liste des médicaments d'usage restreint qui nécessite une approbation individuelle, on vous demandera de fournir des renseignements médicaux à Croix Bleue Medavie pour évaluation. Votre pharmacien vous remettra les formulaires appropriés lorsque vous présenterez votre ordonnance à la pharmacie ou vous pourrez en obtenir un auprès de Croix Bleue Medavie.

**Caractéristique de la carte de service pratique**

Lorsque vous adhérez au régime, vous recevez une « carte de soins de santé complets du NSTU » qui vous permet, ainsi qu'aux personnes à votre charge admissibles, d'obtenir des médicaments sur ordonnance dans le cadre du régime. Vous devez présenter la carte à une pharmacie participante au moment où l'ordonnance est remplie.

**Quote-part**

En vertu du régime, vous devez payer **5,00 $** pour chaque ordonnance. **Votre pharmacien soumettra la demande de règlement à Croix Bleue Medavie pour le paiement de la prestation assurée et vous informera de tout montant payable par vous-même, y compris la quote-part ou tout montant non couvert par votre assurance médicaments.**

Si vous payez plus que la quote-part de 5,00 $ pour chaque ordonnance, les fiduciaires d'assurance vous recommandent de communiquer avec d'autres pharmacies pour obtenir le meilleur rapport qualité-prix.

**Le régime ne couvre pas :**

- Médicaments exclusifs et brevetés, aides cosmétiques;
- Appareils mécaniques – cannes, béquilles, appareils orthopédiques, bandages herniaires, etc. (ces appareils pourraient être couverts par l'assurance-maladie complémentaire);
- Bandages, pansements, fournitures de premiers soins, accessoires de prescription;
- Dispositifs et appareils contraceptifs (sauf la plupart des contraceptifs d'ordonnance);
- Préparations préventives ou immunisantes (sauf l'insuline et les sérums contre les allergies);
- Agents ou préparations diagnostiques;
- Préparations à base de vitamines, sauf si approuvées;
- Médicaments expérimentaux et de recherche;
- Compléments et produits alimentaires;
- Préparations couramment achetées sans ordonnance;
- Médicaments pour la fertilité;
- Médicaments jugés non thérapeutiques ou non médicalement nécessaires;
- Médicaments homéopathiques;
- Médicaments obtenus dans le cadre d'une hospitalisation ou d'une consultation externe, ou fournis par un programme de soins à domicile qualifié;
- Médicaments disponibles par l'entremise du Programme de médicaments d'urgence;
- Toute partie des médicaments qui sont admissibles à l'assurance en vertu des programmes gouvernementaux;
- Médicaments qui ne seraient pas à la charge du patient en l'absence de cette assurance.

**Quantités des ordonnances**

En vertu de l'accord que Croix Bleue Medavie a avec les pharmacies, il est permis à un abonné d'obtenir des médicaments pour certaines préparations à long terme ou d'entretien en quantité suffisante pour 100 jours. Certaines des catégories de médicaments qui peuvent être obtenus sur cette base sont énumérées ci-dessous. Si vous ou un membre de votre famille recevez actuellement l'un de ces types de médicaments ou d'autres types de médicaments en petites quantités et qu'il est probable qu'ils seront nécessaires pendant une longue période de temps, il serait dans votre intérêt d'en discuter avec **votre médecin** pour obtenir un approvisionnement ou une quantité plus pratique**.**

**CATÉGORIE**

| | |
|---|---|
| Médicaments cardiovasculaires | Médicaments anticonvulsivants |
| Hypoglycémiants oraux | Préparations thyroïdiennes |
| Agents antituberculeux | Médicaments anti-inflammatoires |
| Diurétiques | Vitamines thérapeutiques |
| Antihypertenseurs | Antiarthritiques |
| Thérapie de remplacement du potassium | |

Il faut comprendre que tous les médicaments ne sont pas appropriés en quantités de 100 jours.

## Médicaments sur ordonnance (plus de 65 ans)

Pour les personnes assurées âgées de 65 ans ou plus, **il n'y a pas de garantie pour les médicaments sur ordonnance dans le cadre programme de soins complets/médicaux** (les résidents de la Nouvelle-Écosse peuvent s'inscrire au régime d'assurance médicaments pour les aînés de la Nouvelle-Écosse). L'assurance médicaments est annulée à compter du premier jour du mois au cours duquel le participant ou son conjoint atteint l'âge de 65 ans (selon le cas).

Pour les membres assurés âgés de 65 ans et plus ayant un régime familial et dont le conjoint est âgé de moins de 65 ans, les médicaments pour le **conjoint seulement** sont couverts à 80 % après qu'une franchise de 25,00 $ a été acquittée. La franchise doit être acquittée chaque année entre le 1er juin et le 31 mai de l'année suivante. Lorsque des reçus de médicaments totalisant plus de 25,00 $ ont été accumulés, veuillez les faire parvenir à l'assureur pour remboursement.

### Exonération de prime

Si vous devenez totalement invalide avant l'âge de 60 ans, votre assurance demeure en vigueur et la prime est exonérée après six (6) mois consécutifs d'invalidité totale, à condition que votre demande d'exonération de prime ait été approuvée en vertu de votre police d'assurance vie principale provinciale. La garantie demeurera en vigueur jusqu'à votre retour au travail, jusqu'à ce que vous atteigniez l'âge de 65 ans, jusqu'à la résiliation de votre police, jusqu'à la cessation de votre emploi ou jusqu'à la date de votre invalidité totale.

### Régime de soins de santé des enseignants retraités

Les membres qui prennent leur retraite avant l'âge de 65 ans en vertu d'un régime de retraite des enseignants de la Nouvelle-Écosse pourront continuer à participer au régime de soins complets – Médicaux.

Les membres doivent présenter une demande de garantie dans les 60 jours suivant la réception de leur premier chèque de pension. La prime mensuelle est payée à **100 %** par la province de la Nouvelle-Écosse pour un régime individuel ou familial.

À l'âge de 65 ans, le membre sera admissible à un transfert au régime d'assurance collective des enseignants retraités. La prime mensuelle est payée à **100 %** par la province de la Nouvelle-Écosse pour un régime individuel ou familial.

# SOINS DENTAIRES

Votre régime de soins dentaires a été conçu pour vous rembourser, ainsi qu'à vos personnes à charge admissibles, les services de base de prévention, de restauration majeure, de prosthodontie et d'orthodontie en fonction des montants admissibles.

## Admissibilité

Tous les membres actifs du NSTU et tous les employés permanents du Teachers *Plus* Credit Union sont admissibles à cette prestation si la garantie n'est **pas automatique** et qu'ils sont au travail. Un membre du régime qui est en congé autorisé et qui devient membre associé du NSTU peut continuer à recevoir des prestations sur une base de rémunération directe en communiquant avec l'administrateur, Johnson Inc.

**En tant que membre du NSTU, vous n'avez droit qu'à un seul régime familial, peu importe l'employeur, dans le cadre du régime de soins dentaires du NSTU.**

Si vous souhaitez modifier votre statut de garantie, vous devez aviser dans les 30 jours suivant le changement réel. Si l'avis de changement de statut n'est pas reçu dans les 30 jours, la date de prise d'effet de la garantie sera le 1er septembre suivant la réception de l'avis.

(a) Les nouveaux membres qui commencent à travailler avant le 1er octobre doivent communiquer avec Johnson et s'inscrire au plus tard le 15 octobre. La garantie entrera en vigueur le premier jour du mois suivant la réception du formulaire de demande ou de la demande de garantie.

(b) Les nouveaux membres qui commencent à travailler après le 1er octobre doivent s'inscrire dans les 31 jours suivant leur entrée en fonction. La garantie prend effet le premier jour du mois suivant la réception de la demande.

Si vous choisissez de participer au programme, la garantie demeurera en vigueur pendant une période complète de douze mois, pourvu que vous demeuriez un membre actif du NSTU, un employé permanent du NSTU ou du Teachers *Plus* Credit Union.

**Si vous choisissez de ne pas participer au régime, mais que vous souhaitez y participer à une date ultérieure, la garantie entrera en vigueur le 1er septembre suivant la réception de votre demande.**

## Définition des personnes à charge

**« Conjoint »** a l'une des significations suivantes :

(a) le conjoint légalement marié du membre;

(b) une personne qui vit avec le membre de façon continue dans une relation conjugale qui n'est pas un mariage légal, pourvu que cette relation existe depuis au moins douze (12) mois consécutifs au moment de la proposition et immédiatement avant le moment où le statut de cette personne doit être déterminé aux fins de la garantie et que le participant la représente publiquement comme son conjoint.

Si un membre a eu plus d'un conjoint, le conjoint du membre ne doit être que la personne qui était le conjoint le plus récent du membre, selon les critères énoncés aux alinéas (a) et (b) ci-dessus.

**« Enfants à charge »** signifie soit des enfants naturels (légitimes ou illégitimes), des enfants adoptés, ou les beaux-enfants d'un employé qui sont :

(a) âgés de moins de 21 ans, célibataires et dépendant de vous pour l'entretien et le soutien;

(b) âgés de moins de 27 ans, célibataires et fréquentant* un établissement d'enseignement supérieur et dépendant de vous pour l'entretien et le soutien;

(c) tout enfant ayant une déficience fonctionnelle peut demeurer assuré au-delà de l'âge maximal. Lorsque l'enfant

atteint l'âge maximal, il doit encore être incapable de subvenir à ses besoins et dépendre entièrement de vous pour son soutien et sa subsistance.

**« Personne à charge ayant dépassé l'âge »** – Au 21e anniversaire de naissance de votre personne à charge, vous devez fournir à Johnson Inc. une preuve de fréquentation à temps plein d'un établissement d'enseignement postsecondaire.

Tous les enfants à charge âgés de 21 à 27 ans fréquentant un établissement d'enseignement supérieur doivent fournir à Johnson Inc. en septembre de chaque année une preuve de fréquentation à temps plein d'un établissement d'enseignement postsecondaire.

La preuve doit indiquer clairement le nom de votre personne à charge, son statut à temps plein et le semestre et peut comprendre, sans toutefois s'y limiter, l'un des éléments suivants :

1. Horaire des cours confirmant le statut d'étudiant à temps plein.
2. Facture des frais de scolarité payés confirmant le statut d'étudiant à temps plein.
3. Une lettre de l'établissement d'enseignement confirmant le statut d'étudiant à temps plein (tous les frais associés sont à votre charge).

Indiquer sur la preuve de statut à temps plein, votre nom plus le numéro professionnel.

**Apprentissage en ligne examiné sur une base individuelle.***

**Si votre personne à charge ayant dépassé l'âge cesse de s'inscrire à un programme d'études officiel ou qu'elle obtient son diplôme, vous devez aviser Johnson Inc. immédiatement pour mettre fin à la garantie en cas de dépassement de l'âge.**

Croix Bleue Medavie ne peut traiter les demandes de règlement pour enfants à charge ayant dépassé l'âge tant que cette personne n'est pas inscrite auprès de Johnson Inc.

La personne à charge ayant dépassé l'âge peut utiliser votre carte de prestations. Une carte supplémentaire peut être émise sur demande.

## Services préventifs de base

Les services suivants sont fournis à **80 %** du tarif habituel du dentiste ou du tarif en vigueur de l'Association dentaire en vigueur dans la province de résidence du membre, selon le moindre des deux montants.

Le régime paiera les services d'un dentiste spécialiste aux tarifs courants, lorsque le patient a été dirigé par un dentiste à un dentiste spécialiste pour consultation et/ou traitement d'une affection considérée comme faisant partie de la spécialité du spécialiste.

**Diagnostic** – examens buccaux cliniques (un examen de rappel par année civile);

**Services préventifs** – nettoyage (huit [8] unités maximum tous les 12 mois consécutifs pour le détartrage) et polissage, traitements au fluorure (une fois par année civile), scellants pour fosses et fissures ou molaires permanentes (jusqu'à 18 ans), appareils d'entretien de l'espace et appareils sportifs de protection (un tous les 24 mois pour les enfants jusqu'à 16 ans – un par vie après 16 ans);

**Services de restauration** – obturations, le recollage des incrustations et couronnes, le retrait des incrustations et couronnes, et les restaurations en ciment;

**Services d'endodontie** – diagnostic et le traitement de la pulpe (nerf) et des tissus qui soutiennent la fin de la racine, du traitement de canal et des procédures d'urgence;

**Services de parodontie** – le diagnostic et le traitement des maladies qui affectent les tissus de soutien des dents, tels que les gencives et les os entourant les dents (huit [8] unités maximum tous les 12 mois consécutifs pour le surfaçage radiculaire);

**Services d'entretien prosthodontique – Retirable** – la réparation des prothèses, le rebasage et le réalignement

des prothèses (une fois tous les 24 mois) et le conditionnement des tissus;

**Services chirurgicaux** – extraction de dents;

**Services généraux auxiliaires** – traitement d'urgence de la douleur, anesthésie locale ou sédation consciente, et consultation avec un autre dentiste.

## Services de restauration majeure

Les services suivants sont fournis à **60 %** du tarif habituel du dentiste ou du tarif de l'Association dentaire en vigueur dans la province de résidence du membre, sous réserve d'un paiement maximal de **1 500 $ par personne par année civile**, selon le moins élevé des deux montants;

- Restaurations de couronnes, restaurations d'incrustations et d'appositions, obturations en or lorsque les dents ne peuvent être restaurées avec un autre matériau (limité à une [1] par période de cinq [5] ans). Cette indemnité ne comprend pas les ponts, les prothèses ou les couronnes, les incrustations ou les appositions associés à la pose de ponts ou de prothèses (voir Services de prosthodontie).

## Services de prosthodontie et d'orthodontie

Voici un résumé des prestations :

**Services de prosthodontie** – Les services suivants sont fournis à **50 %** du moindre des frais habituels du dentiste/prosthodontiste ou du barème des tarifs de l'Association dentaire en vigueur dans la province de résidence du membre, sous réserve d'un paiement maximal de **1 500 $ par personne par année civile.**

- Pont fixe (limité à un par période de 5 ans);
- Prothèses partielles et complètes (limitées à une prothèse par période de 5 ans);
- Services de restauration, y compris les couronnes, les incrustations et les appositions, associés à la pose de prothèses dentaires (limité à un par période de 5 ans);
- Implants et restaurations sur implants (limité à un par période de 5 ans – combiné avec toutes les couronnes, ponts et prothèses).

**Limitations**

- Le remplacement n'est couvert que si la prothèse existante est inutilisable et ne peut être rendue utilisable.
- La garantie ne couvre pas le remplacement d'une prothèse perdue, volée ou égarée.

**Services d'orthodontie** – Les services suivants sont fournis à **50 %** du moindre des frais habituels et coutumiers du dentiste ou de l'orthodontiste ou du barème des tarifs de l'Association dentaire en vigueur dans la province de résidence du membre, sous réserve d'un paiement maximal de **2 000 $ par personne à vie.**

- La garantie comprend les examens orthodontiques et les procédures diagnostiques, les extractions et les interventions chirurgicales liées aux services d'orthodontie et au traitement par appareil.
- Les frais de soins orthodontiques ne deviennent admissibles que lorsque les services liés à ces frais sont réellement rendus.

**Prédétermination des prestations** – Lorsqu'on s'attend à ce qu'un traitement prévu entraîne des frais dentaires couverts de 500 $ ou plus, le dentiste doit soumettre une description détaillée des interventions prévues et une estimation des frais à Croix Bleue Medavie. Croix Bleue Medavie confirmera ensuite le niveau des prestations disponibles.

## Exclusions

- Frais liés aux services pour des raisons esthétiques;
- Frais pour rendez-vous non respectés, remplissage de formulaires ou tout autre service non lié au traitement;

- Frais pour des services ou des fournitures qui ne sont pas nécessaires du point de vue dentaire ou qui ne répondent pas aux normes reconnues de la pratique dentaire;
- Frais pour les services énumérés comme étant inclus lorsqu'ils sont fournis aux enfants couverts par le régime de soins dentaires pour enfants de la province de la Nouvelle-Écosse ou par d'autres programmes gouvernementaux semblables.

## Comment présenter une demande de règlement

Pour présenter une demande de règlement pour soins dentaires, vous devez d'abord déterminer si votre dentiste est un dentiste participant, c.-à-d. un dentiste qui a accepté de présenter des demandes de remboursement directement à Croix Bleue Medavie aux fins de remboursement. Si c'est le cas, vous n'avez qu'à présenter votre carte Soins complets. Votre dentiste soumettra sa facture pour la portion des frais payables en vertu du programme NSTU directement à Croix Bleue Medavie pour paiement.

Si votre dentiste est un dentiste non participant, vous devrez payer pour les services rendus. Vous pouvez soumettre une demande de règlement par voie électronique par l'entremise du système de demandes de règlement électroniques de Croix Bleue Medavie sur son site sécurisé des Services aux membres **medaviebc.ca/en/members/member-services-site**, au moyen de l'application pour appareil mobile Croix Bleue Mediavie **medaviebc.ca/en/members/medavie-mobile**, ou avec un formulaire de demande de remboursement dûment rempli, accompagné d'un reçu officiel, à la Croix Bleue Medavie pour remboursement. Le paiement sera effectué directement à vous et si vous vous inscrivez pour le dépôt direct sur le site des Services aux membres, votre remboursement sera automatiquement déposé dans votre compte bancaire.

Si votre dentiste ne participe pas au régime, mais qu'il accepte une cession de prestations, soumettez un formulaire de demande de règlement pour soins dentaires dûment rempli à la Croix Bleue Medavie et le paiement sera fait directement à votre dentiste, conformément aux modalités du contrat du programme dentaire du NSTU.

**Coordination des prestations** – Le régime comprend une disposition de coordination des prestations.

Si vous êtes le titulaire principal de la carte, vos demandes de règlement personnelles doivent d'abord être soumises à Croix Bleue Medavie. Si votre conjoint a un régime d'avantages sociaux, il doit d'abord présenter une demande de règlement à son assureur. Vous pouvez ensuite soumettre toute portion impayée au régime de votre conjoint pour la coordination des prestations, si elles sont admissibles, en vue d'un remboursement. Lorsque vous et votre conjoint êtes couverts par deux régimes distincts, les demandes de règlement pour vos enfants à charge seront traitées en vertu du régime du parent dont le mois de naissance tombe en premier dans l'année civile.

Cette disposition s'applique dans le cas où vous ou les personnes à votre charge êtes couverts par plus d'un régime collectif d'assurance-maladie et fait en sorte que, même si une demande de règlement peut être présentée en vertu de tous les régimes, le remboursement total reçu ne dépasse pas les frais réels engagés.

**LES DEMANDES DE RÈGLEMENT DOIVENT ÊTRE SOUMISES AU COURS D'UNE ANNÉE À PARTIR DE LA DATE À LAQUELLE LES DÉPENSES SONT ENGAGÉES.**

### Clause de prestations de remplacement

Afin de maintenir des coûts raisonnables, lorsque plus d'une méthode de traitement peut être offerte, ou lorsque plus d'un type de matériel ou d'appareil peut être choisi pour obtenir un résultat professionnellement adéquat, l'assureur peut choisir de payer la méthode de traitement la moins coûteuse. Par exemple, s'il manque trois dents ou plus, l'assureur peut payer jusqu'à concurrence d'une prothèse partielle au lieu d'un pont.

### Exonération de prime

Si vous devenez totalement invalide avant l'âge de 60 ans, votre assurance demeure en vigueur et la prime est exonérée après six (6) mois consécutifs d'invalidité totale, à condition que votre demande d'exonération de prime ait été approuvée en vertu de votre police d'assurance vie principale provinciale. La garantie demeurera en vigueur

jusqu'à votre retour au travail, jusqu'à ce que vous atteigniez l'âge de 65 ans, jusqu'à la résiliation de votre police, jusqu'à la cessation de votre emploi ou jusqu'à la date de votre invalidité totale.

**Régime de soins dentaires des enseignants retraités**

Tous les participants inscrits au régime de soins dentaires complets au moment de leur retraite et qui recevront une rente d'enseignant de la Nouvelle-Écosse sont admissibles à continuer à faire partie du régime. Si vous continuez à faire partie du régime et que vous annulez la garantie, vous **ne pourrez pas** vous y inscrire à une date ultérieure. La prime mensuelle est payée à **100 %** par le membre et déduite du chèque de rente d'enseignant de la Nouvelle-Écosse.

Il n'y a pas d'âge butoir. **Cette disposition est entrée en vigueur le 1er janvier 2010 et ne s'applique qu'aux membres inscrits au régime de soins dentaires complets au moment de ce changement.**

Si vous désirez changer votre statut de protection (c.-à-d. passer d'individuelle à familiale ou de famille à famille unique), nous en aviser dans les 30 jours suivant le changement réel.

**La garantie ne peut être annulée qu'en septembre de chaque année.**

# II. Assurance vie et assurance en cas de décès ou de mutilation par accident principales provinciale

## Assurance vie

**ÉCOLE PUBLIQUE** – Depuis le 1er août 2000, chaque membre actif du NSTU a une police d'assurance vie temporaire automatique de 50 000 $.

**Pour les membres des écoles publiques, cette augmentation des prestations de 30 000 $ ne s'appliquait qu'aux membres qui étaient activement au travail le 1er août 2000. Si vous n'étiez pas activement au travail le 1er août 2000, la garantie commence lorsque vous reprenez un emploi à temps plein.**

**CESPA** – Depuis le 1er juillet 2003, chaque membre actif a une police d'assurance vie temporaire automatique de 50 000 $.

**Pour les membres de la CESPA, cette augmentation des prestations de 30 000 $ ne s'appliquait qu'aux membres qui étaient activement au travail le 1er août 2003. Si vous n'étiez pas activement au travail le 1er juillet 2003, la garantie commence lorsque vous reprenez un emploi à temps plein.**

## Assurance vie pour personnes à charge

La prestation de vie de personne à charge prévoit 3 000 $ pour votre conjoint et 1 500 $ pour chaque enfant à charge.

**« Conjoint »** a l'une des significations suivantes :

(a) le conjoint légalement marié du membre;

(b) une personne qui vit avec le membre de façon continue dans une relation conjugale qui n'est pas un mariage légal, pourvu que cette relation existe depuis au moins douze (12) mois consécutifs au moment de la proposition et immédiatement avant le moment où le statut de cette personne doit être déterminé aux fins de la garantie et que le participant la représente publiquement comme son conjoint.

Si un membre a eu plus d'un conjoint, le conjoint du membre ne doit être que la personne qui était le conjoint le plus récent du membre, selon les critères énoncés aux alinéas (a) et (b) ci-dessus.

**« Enfants à charge »** signifie soit des enfants naturels (légitimes ou illégitimes), des enfants adoptés, ou les beaux-enfants d'un employé qui sont :

(a) âgés de moins de 21 ans, célibataires et dépendant de vous pour l'entretien et le soutien; ou

(b) de moins de 27 ans et célibataires et qui fréquentent* un établissement d'enseignement supérieur et qui dépend de vous pour entretien et soutien;

(c) tout enfant ayant une déficience fonctionnelle peut demeurer assuré au-delà de l'âge maximal. Lorsque l'enfant atteint l'âge maximum, il doit encore être incapable de subvenir à ses besoins et dépendre entièrement de vous pour son soutien et son entretien.

**REMARQUE :** Un enfant du membre sera considéré comme étant à la charge du membre aux fins de la présente police, à compter de la date de naissance, sous réserve des conditions susmentionnées (voir Assurance vie facultative).

« **Personnes à charge ayant dépassé l'âge »** – Au 21e anniversaire de naissance de votre personne à charge, vous devez fournir à Johnson Inc. une preuve de fréquentation à temps plein d'un établissement d'enseignement postsecondaire.

Tous les enfants à charge âgés de 21 à 27 ans fréquentant un établissement d'enseignement supérieur doivent fournir à Johnson Inc. en septembre de chaque année une preuve de fréquentation à temps plein d'un établissement d'enseignement postsecondaire.

La preuve doit indiquer clairement le nom de votre personne à charge, son statut à temps plein et le semestre et peut comprendre, sans toutefois s'y limiter, l'un des éléments suivants :

1. Horaire des cours confirmant le statut d'étudiant à temps plein.
2. Facture des frais de scolarité payés confirmant le statut d'étudiant à temps plein.
3. Une lettre de l'établissement d'enseignement confirmant le statut d'étudiant à temps plein (tous les frais associés sont à votre charge).

Indiquer sur la preuve de statut à temps plein, votre nom plus le numéro professionnel.

**Apprentissage en ligne examiné sur une base individuelle.***

**Si votre personne à charge ayant dépassé l'âge cesse de s'inscrire à un programme d'études officiel ou qu'elle obtient son diplôme, vous devez aviser Johnson Inc. immédiatement pour mettre fin à la garantie en cas de dépassement de l'âge.**

## Assurance vie des retraités

Si vous prenez votre retraite après l'âge de 65 ans ou lorsque vous atteignez l'âge de 65 ans, vous serez automatiquement transféré à la prestation d'assurance vie du retraité avec la possibilité de vous retirer.

La garantie s'élève à 10 000 $. La prime mensuelle est payée à 100 % par vous et déduite de votre chèque de rente d'enseignant de la Nouvelle-Écosse. **Le montant a été majoré le 1er septembre 2009, par conséquent, le membre retraité peut être assuré pour un montant inférieur.**

Pour être admissible à l'assurance vie des retraités, vous devez avoir été assuré en vertu de la police d'assurance vie principale provinciale immédiatement avant l'âge de 65 ans.

**Si vous souhaitez résilier cette police, veuillez soumettre votre demande par écrit à l'administrateur, Johnson Inc. Si vous choisissez de résilier, vous ne pourrez pas présenter une nouvelle demande à l'avenir.**

## Indemnité en espèces pour frais hospitaliers

Une indemnité quotidienne de 20,00 $ vous sera versée, lorsque vous, **le membre** assuré, êtes hospitalisé et sous les soins réguliers d'un médecin, mais seulement pendant cette période d'hospitalisation :

1. Est nécessaire pour le traitement des blessures; et
2. Commence pendant que l'assurance en vertu de la police est en vigueur à l'égard de ce membre.

L'indemnité journalière n'est versée qu'à compter du premier jour d'hospitalisation, si l'hospitalisation dure au moins quatre (4) jours, mais en aucun cas plus de trois cent soixante-cinq (365) jours par blessure ou maladie, pourvu que le membre soit à l'hôpital et sous la surveillance d'un médecin.

Invalidité récurrente

Si une affection particulière entraîne plus d'une période d'hospitalisation pour la même cause ou pour des causes connexes, la prestation maximale (trois cent soixante-cinq [365] jours dans un hôpital) sera rétablie, pourvu qu'une période de cent quatre-vingt-trois (183) jours se soit écoulée entre les périodes d'hospitalisation.

La police ne couvre pas les périodes d'hospitalisation causées par :

Exclusions

1. Le suicide ou toute tentative de suicide ou d'autodestruction saine d'esprit, ou toute tentative de suicide ou d'autodestruction;

2. Déclaré ou non déclaré ou tout acte de cette nature;
3. Service actif à plein temps dans les forces armées de n'importe quel pays;
4. Grossesse ou accouchement normal.

**Cette prestation est subventionnée par le fonds fiduciaire d'assurance collective du NSTU.**

## Décès et mutilation par accident de base

**ÉCOLE PUBLIQUE** Depuis le 1er août 2000, cette police prévoit des prestations de 50 000 $ en cas de décès ou de mutilation par accident pour chaque membre actif du NSTU.

**Cette augmentation des prestations de 30 000 $ ne s'appliquait qu'aux membres qui étaient activement au travail le 1er août 2000. Si vous n'étiez pas activement au travail le 1er août 2000, la protection commence lorsque vous reprenez un emploi à temps plein.**

**CESPA** – Depuis le 1er juillet 2003, cette police prévoit des prestations de décès et mutilation par accident de 50 000 $ pour chaque membre actif.

**Cette augmentation des prestations de 30 000 $ ne s'appliquait qu'aux membres qui étaient activement au travail le 1er juillet 2003. Si vous n'étiez pas activement au travail le 1er juillet 2003, la protection commence lorsque vous reprenez un emploi à temps plein.**

La police prévoit également une prestation d'invalidité totale permanente. Cette garantie est offerte au **membre seulement** et non à son conjoint.

Le « barème des pertes » est le même que celui du programme volontaire de décès et mutilation par accident, comme indiqué aux pages 47 et 48. De plus, en tant que membre du régime provincial d'assurance vie de base, qui comprend une assurance en cas de décès ou de mutilation par accident, vous seul êtes assuré pour les garanties suivantes, telles qu'elles sont décrites dans le programme volontaire de décès et mutilation par accident, aux pages 35 à 48.

- Indemnité de rapatriement;
- Indemnité d'identification;
- Prestation de réadaptation;
- Prestation pour les études des enfants;
- Prestation de recyclage du conjoint;
- Prestation pour le transport familial;
- Indemnité d'hospitalisation;
- Prestation de ceinture de sécurité;
- Prestation de soins journaliers à domicile;
- Indemnité de modification de domicile et/ou de modification de véhicule;
- Prestation pour coma;
- Indemnité de modification et d'adaptation du lieu de travail;
- Indemnité pour préjudice esthétique.

**Invalidité permanente et totale** – La compagnie d'assurance paiera le capital assuré (moins toute somme payée en vertu du barème des pertes) pour votre invalidité permanente et totale si :

(a) vous souffrez d'une invalidité permanente et totale en raison d'une blessure dans les trois cent-soixante-cinq (365) jours suivant la date de l'accident;

(b) l'invalidité se poursuit pendant douze (12) mois; et

(c) la blessure survient avant l'âge de 70 ans, si le membre est activement au travail.

Aux fins de la présente garantie, l'invalidité permanente et totale signifie que vous êtes incapable d'exercer une profession ou d'occuper un emploi pour lequel vous pourriez être apte en raison de vos études, de votre formation

ou de votre expérience pour le reste de votre vie. L'invalidité permanente et totale doit avoir existé pendant douze (12) mois consécutifs et être déterminée par les autorités médicales compétentes comme étant permanente, totale et continue.

**Frais funéraires**

Si vous subissez une perte accidentelle de vie, l'assureur paiera les frais suivants :

- Cercueil, services funéraires professionnels, plus l'utilisation du salon funéraire (prix unitaire);
- Services funéraires professionnels;
- Installations et équipement du salon funéraire;
- Matériel automobile;
- Cercueil tel que choisi;
- Enceinte extérieure;
- Taxe sur les services de santé;
- Incinération : urne, frais d'incinération;
- Frais supplémentaires et avances en espèces :
- Transport;
- Cimetière;
- Registre des invités;
- Organiste;
- Honoraires du célébrant;
- Autres frais de salon funéraire (lorsque les services d'un deuxième salon funéraire sont requis).

Le remboursement de ces frais ne dépassera par **cinq mille dollars (5 000 $)** pour tous les services relatifs à une (1) personne décédée, moins les frais de préparation de la dépouille qui sont remboursés en vertu de la section intitulée « **Indemnité de rapatriement »**.

**Exposition et disparition** – Si la perte résulte d'une exposition inévitable aux éléments, elle sera payable en vertu des modalités de la police.

L'assureur présume la perte accidentelle de la vie d'un assuré si son corps n'a pas été retrouvé dans l'année suivant la date de la disparition, du naufrage, de l'atterrissage forcé, de l'échouement ou du naufrage du véhicule dont il était un occupant au moment de l'accident.

**Exclusions** – Le programme ne couvre pas les pertes, mortelles ou non, causées par :

1. Suicide ou blessure auto-infligée intentionnellement;
2. Guerre, déclarée ou non;
3. Participation à une émeute, une insurrection, une agitation civile ou une perturbation;
4. Service actif à plein temps, à temps partiel ou temporaire dans les forces armées de tout pays;
5. Le fait de voyager en tant que passager ou autrement dans un véhicule ou un appareil de navigation aérienne, à l'exception de ce qui est prévu à la section intitulée « Garantie relative aux aéronefs »;
6. Traitement médical ou chirurgie, sauf si le traitement médical ou la chirurgie était nécessaire en raison d'un accident.

## Résiliation de la garantie

Votre assurance vie principale provinciale et votre garantie en cas de décès ou de mutilation par accident prendront fin à la première des éventualités suivantes :

1. Cessation d'emploi.
2. Si vous ne répondez plus à la définition d'un salarié.
3. Si vous deviez mourir.

4. Résiliation de la police ou de la garantie du groupe, de la division ou de la catégorie à laquelle vous appartenez.
5. À la date à laquelle les cotisations ne sont plus versées pour couvrir le coût de votre assurance.
6. À la fin du mois, vous atteignez l'âge de 70 ans, si vous travaillez activement.
7. À la date de votre retraite, à moins que vous ne preniez votre rente d'enseignant de la Nouvelle-Écosse avant l'âge de 65 ans, auquel cas la protection prend fin à l'âge de 65 ans.

**REMARQUE : Si vous prenez votre retraite après 65 ans, ou lorsque vous atteignez 65 ans, votre garantie d'assurance vie est réduite à 10 000 $ et prend fin à votre décès (voir Assurance vie des retraités). Le montant a augmenté le 1er août 2009, par conséquent, les retraités peuvent être assurés pour un montant moindre.**

## Généralités

**Bénéficiaire** – Votre prestation en cas de décès sera versée au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) comme indiqué sur votre demande ou votre carte de désignation de bénéficiaire. S'il n'y a pas de désignation de bénéficiaire, la prestation sera versée à votre succession.

En cas de décès ou de mutilation par accident, toutes les autres indemnités payables vous seront versées, à l'exception des indemnités payables en vertu des sections suivantes :

Rapatriement;
Frais d'études;
Soins de jour;
Indemnité de modification et d'adaptation du lieu de travail;
Recyclage du conjoint;
Transport familial; et
Identification.

**Retraite (École publique)** – Si vous avez pris votre rente d'enseignant de la Nouvelle-Écosse avant l'âge de 65 ans et avant le 1er août 2000 et que vous avez maintenu votre garantie, votre assurance est demeurée à 30 000 $ à vie, 3 000 $ pour le conjoint et 1 500 $ par enfant à charge et 30 000 $ en cas de décès et mutilation par accident.

Si vous prenez votre rente d'enseignant de la Nouvelle-Écosse avant l'âge de 65 ans et après le 1er août 2000 et que vous continuez d'être protégé, votre assurance est de 50 000 $ à vie, 3 000 $ pour le conjoint et 1 500 $ par enfant à charge et 50 000 $ en cas de décès ou de mutilation par accident (si vous recevez un avis écrit dans les 31 jours suivant la retraite).

La garantie cesse à l'âge de 65 ans. La prime mensuelle est payée à 100 % par vous et déduite de votre chèque de rente d'enseignant de la Nouvelle-Écosse. **(Voir Assurance vie des retraités.)**

**Retraite (CESPA)** – Si vous avez pris votre rente d'enseignant de la Nouvelle-Écosse avant l'âge de 65 ans et avant le 1er juillet 2003 et que vous avez maintenu votre protection, votre assurance est demeurée à 30 000 $ à vie, 3 000 $ pour votre conjoint et 1 500 $ par enfant à charge et 30 000 $ en cas de décès ou mutilation par accident.

Si vous prenez votre rente d'enseignant de la Nouvelle-Écosse avant l'âge de 65 ans et après le 1er août 2003 et que vous continuez d'être protégé, votre assurance est de 50 000 $ à vie, 3 000 $ pour le conjoint et 1 500 $ par enfant à charge et 50 000 $ en cas de décès ou de mutilation par accident (si vous recevez un avis écrit dans les 31 jours suivant la retraite).

La garantie cesse à l'âge de 65 ans. La prime mensuelle est payée à **100 %** par vous, le membre, et déduite de votre chèque de rente d'enseignant de la Nouvelle-Écosse. **(Voir Assurance vie des retraités.)**

Votre avis de départ à la retraite doit être envoyé à l'administrateur, Johnson Inc.

**Exonération de prime** – Si vous devenez totalement et continuellement invalide avant l'âge de 60 ans, votre

assurance vie principale provinciale et votre assurance de base en cas de décès ou de mutilation par accident demeurent en vigueur et la prime est exonérée après six mois consécutifs d'invalidité totale. Si l'exonération de prime est approuvée, la protection se poursuit jusqu'à ce que vous atteigniez l'âge de 65 ans ou jusqu'à la date à laquelle vous cessez d'être totalement invalide. L'exonération de prime en cas de décès ou de mutilation par accident de base prend fin à la résiliation du contrat, à l'âge de 65 ans, à la date du décès ou du rétablissement. L'exonération de prime pour la vie de la personne à charge prend fin à la résiliation du contrat, à la date à laquelle l'exonération de prime pour l'assurance vie prend fin ou à la date à laquelle la personne à charge n'est plus admissible selon les modalités du contrat.

Les employés invalides en congé de maladie complet sont considérés comme étant activement au travail et, par conséquent, ne sont pas admissibles à l'exonération de prime tant que leur congé de maladie n'est pas expiré. L'employé doit ensuite payer la prime pendant six mois et, s'il est toujours invalide, il doit présenter une demande d'exonération de prime dans les 12 mois suivant la date d'expiration de son congé de maladie.

# Option de conversion – Assurance vie de base provinciale

## Assurance vie

Vous pouvez convertir votre assurance vie à l'âge de 65 ans ou au moment de votre retraite et bénéficier d'une garantie en vertu d'un régime d'assurance vie ordinaire, d'un régime temporaire d'un an ou d'un régime à terme à l'âge de 65 ans.

À 65 ans, lorsque votre garantie d'assurance vie diminue **(voir Assurance vie des retraités)**, vous pouvez convertir le montant d'assurance que vous perdez à ce moment-là en assurance vie ordinaire ou en assurance temporaire d'un an. Cette conversion est au taux standard et n'exige pas de preuve d'assurabilité, à condition que la demande soit faite dans les 31 jours suivant la date à laquelle vous cessez d'être un membre.

L'option de conversion est également offerte au conjoint en vertu de l'assurance vie pour personnes à charge, mais elle n'est pas offerte aux enfants à charge.

## Décès et mutilation par accident

Si, à l'exception de la résiliation du contrat, votre assurance est résiliée pour les raisons suivantes :

(1) cessation d'emploi;

(2) cessation de l'admissibilité à l'assurance en vertu de la police;

(3) cessation d'invalidité totale après laquelle vous n'êtes pas retourné au travail pour l'employeur et que la police est toujours en vigueur, vous pouvez transformer votre propre assurance, sans preuve d'assurabilité, en une police individuelle accident. Vous devez en faire la demande avant d'atteindre l'âge de 65 ans et dans les 60 jours suivant la résiliation de votre assurance.

Les prestations fournies sont un barème de pertes spécifique disponible auprès de l'assureur à la date de la conversion. Le montant d'assurance qui peut être converti ne peut excéder le moindre du montant alors en vigueur à la date de résiliation ou 150 000 $. La prime est calculée aux taux de prime manuels des assureurs en vigueur à la date de la conversion.

Les primes sont payables à l'avance. La police individuelle accident entre en vigueur au plus tard 60 jours après la fin de la garantie de la police et est émise sur une base annuelle renouvelable.

Si vous subissez une perte de vie résultant d'une blessure au cours de la période de 60 jours pendant laquelle la conversion est possible, l'assureur verse à votre bénéficiaire une prestation de décès égale au maximum auquel vous aviez droit en vertu de cette disposition.

# Maladie grave

Vous, le membre, êtes automatiquement assuré si vous êtes membre du NSTU avant l'âge de 65 ans et assuré en vertu de l'assurance vie principale provinciale/assurance décès et mutilation par accident de base.

L'assurance maladies graves est conçue pour fournir un paiement forfaitaire de 2 000 $ si le membre reçoit un diagnostic de l'une des affections précisées ci-dessous :

- Crise cardiaque
- Pontage coronarien
- Accident vasculaire cérébral
- Cancer mettant la vie en danger

Les membres doivent prendre note qu'il existe une limitation de l'état de santé préexistant.

# Définitions

**Crise cardiaque** désigne un diagnostic de la mort d'une partie du muscle cardiaque, résultant du blocage d'une ou de plusieurs artères coronaires en raison d'une maladie cardiaque athéroscléreuse. Le diagnostic doit être fondé sur tous les critères suivants survenus en même temps : a) nouvel épisode de douleur thoracique typique ou symptômes équivalents, b) nouveaux changements électrocardiographiques (ECG) indiquant tout infarctus aigu du myocarde et c) signes biochimiques de nécrose du myocarde (mort du muscle cardiaque) incluant une augmentation des enzymes cardiaques et/ou de troponine. Les petits syndromes coronariens aigus, y compris l'angine instable et l'insuffisance coronarienne aiguë, sont expressément exclus.

Pontage coronarien désigne la chirurgie cardiaque visant à corriger le rétrécissement ou le blocage d'une ou de plusieurs artères coronaires à l'aide d'un pontage aortocoronarien. La chirurgie doit être recommandée par un cardiologue autorisé et pratiquant au Canada.

Les techniques non chirurgicales **NON** couvertes par cette définition incluent :

- Angioplastie par ballonnet;
- Embolectomie au laser;
- Autres techniques sans dérivation.

**Accident vasculaire cérébral** désigne le diagnostic sans équivoque par un neurologue de la mort d'un tissu cérébral causée par une thrombose, une embolie ou une hémorragie. Le diagnostic doit être fondé sur tous les éléments suivants : a) l'apparition soudaine de nouveaux symptômes neurologiques, b) de nouveaux déficits neurologiques objectifs aux examens cliniques qui persistent de façon continue pendant au moins trente (30) jours après le diagnostic de l'AVC et c) de nouveaux résultats à l'examen TDM ou IRM, si le diagnostic clinique le permet. Cette définition exclut spécifiquement les attaques ischémiques transitoires (AIT).

**Cancer mettant la vie en danger** désigne le diagnostic d'une tumeur maligne, qui se caractérise par la croissance incontrôlée de cellules cancéreuses avec invasion des tissus. Les affections suivantes sont exclues de cette définition :

- Cancer de la prostate précoce, diagnostiqué comme T1A NO MO et T1B NO MO ou stade équivalent;
- Cancer non invasif (in situ);
- Lésions précancéreuses, tumeurs bénignes ou polypes;
- Tout cancer de la peau autre qu'un mélanome malin invasif supérieur à 0,75 mm;
- Toute tumeur en présence d'un virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

La présente définition ne s'applique pas si, dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la prise d'effet de la garantie de la personne assurée : a) un diagnostic de cancer est posé ou b) des symptômes ou des problèmes médicaux ont commencé et ont donné lieu à des investigations menant au diagnostic ultérieur de tout cancer.

**Capital assuré** désigne le montant indiqué à la section intitulée « Montant d'assurance ».

**Diagnostic** désigne le diagnostic certifié d'une maladie grave par un médecin ou un spécialiste autorisé à exercer la médecine au Canada, autre que la personne assurée, un associé en affaires ou un parent.

**Période de survie** signifie trente (30) jours suivant la date du diagnostic du pontage coronarien.

**Affection préexistante** désigne a) l'existence de symptômes qui amèneraient une personne normalement prudente à demander un diagnostic, des soins ou un traitement dans les vingt-quatre (24) mois précédant la date de prise d'effet de la garantie de la personne assurée, ou b) une maladie ou un état pour lequel la personne assurée, pendant les vingt-quatre (24) mois précédant cette date, a engagé des frais médicaux, suivi un traitement médical, pris des médicaments ou a consulté un médecin.

## Exceptions

Le capital assuré ne sera pas versé si une maladie grave résulte directement ou indirectement d'une ou de plusieurs des causes suivantes :

1. Dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de prise d'effet de la garantie de la personne assurée, a) un diagnostic de cancer est posé, ou b) des symptômes ou des problèmes médicaux sont apparus et ont donné lieu à des investigations qui ont mené au diagnostic ultérieur de cancer.
2. Une blessure ou une maladie auto-infligée intentionnellement, que la personne assurée soit saine d'esprit ou non.
3. L'usage de drogues illicites autres que celles qui sont prescrites et administrées par un médecin légalement autorisé ou conformément à ses instructions.
4. D'une affection préexistante, sauf si une telle maladie grave est diagnostiquée vingt-quatre (24) mois après la date de prise d'effet de la garantie de la personne assurée.

### Domaine de diagnostic

Si une maladie grave survient ou est diagnostiquée à l'extérieur du Canada, le paiement du capital assuré peut être considéré à votre retour au Canada pour une évaluation médicale et la confirmation du diagnostic d'une maladie grave.

### Réclamations

En cas de réclamation, l'administrateur, Johnson Inc. doit être contacté immédiatement.

Un avis écrit de la demande de règlement doit être remis à l'assureur dans les trente (30) jours suivant la date du diagnostic et une demande d'indemnité écrite doit être soumise quatre-vingt-dix (90) jours après la date du diagnostic.

Le défaut de fournir un tel avis ou une telle preuve dans ce délai n'invalidera ni ne réduira aucune réclamation s'il est démontré qu'il n'a pas été raisonnablement possible de fournir un tel avis ou une telle preuve et que cet avis ou cette preuve a été fourni dès que raisonnablement possible, mais en aucun cas après **un (1) an après la date du diagnostic ou de l'avis.**

# III. Assurance vie collective facultative

Ce régime offre une importante couverture d'assurance vie pour vous protéger, vous et votre famille, en cas de décès.

## Admissibilité

Tous les membres actifs du NSTU et tous les membres permanents du NSTU ou du Teachers *Plus* Credit Union de moins de 65 ans sont admissibles à cette prestation. Un membre du régime qui est en congé autorisé et qui devient membre associé du NSTU peut continuer à recevoir des prestations sur une base de rémunération directe en communiquant avec l'administrateur, Johnson Inc.

Vous pouvez souscrire une assurance vie facultative en tout temps, si vous êtes actif au travail. La garantie entre en vigueur le premier du mois suivant la réception de la proposition si aucune preuve médicale d'assurabilité n'est exigée et approuvée par la compagnie de production, ou le premier du mois suivant l'approbation par la compagnie de production, si une preuve médicale d'assurabilité est exigée. Le membre paie la **totalité** de la prime.

**En tant que nouveau membre, le montant initial de la garantie de 30 000 $ n'est pas assujetti à une preuve d'assurabilité médicale si votre demande est reçue dans les 31 jours suivant la date de votre lettre de confirmation de nouveau membre de Johnson Inc. *Un nouveau membre embauché à plus de 69 ans sera tenu de présenter une preuve médicale d'assurabilité dès le premier dollar.**

## Assurance vie facultative – Montant initial

Le montant initial est 30 000 $. **Le montant initial de l'assurance vie facultative a augmenté au fil des ans, par conséquent, vous pouvez être assuré pour un montant inférieur.**

## Assurance vie facultative – Montant additionnel

Vous êtes admissible en tout temps à demander un montant d'assurance supplémentaire en unités de 5 000 $, si vous êtes activement au travail. Le montant maximal global de l'assurance vie facultative que vous pouvez souscrire est de 300 000 $. À l'âge de 70 ans, la prestation sera réduite à un maximum de 50 000 $. Quiconque a moins de 50 000 $ de garantie continuerait avec le moindre montant. La couverture d'assurance vie facultative est assujettie à la présentation d'une preuve d'assurabilité médicale satisfaisante.

**Garantie** – Ces régimes prévoient le versement d'un capital-décès à vos bénéficiaires en cas de décès, quelle qu'en soit la cause. La protection est en vigueur 24 heures sur 24, que vous travailliez ou non.

**Clause Suicide** – Aucune assurance vie facultative ne sera payée pour toute demande de règlement de suicide dans les 2 ans suivant la date de prise d'effet, la date de remise en vigueur ou la date de prise d'effet de toute augmentation du montant de toute assurance vie facultative.

**Préretraite** – Si vous êtes un participant actif qui n'est pas actuellement inscrit aux régimes facultatifs d'assurance vie ou d'assurance vie du conjoint, ou si vous souhaitez augmenter votre garantie, vous devriez en faire la demande au moins trois mois avant votre 65e anniversaire. Vous devez être activement au travail à la date de prise d'effet de la garantie et des preuves médicales d'assurabilité sont requises.

**Retraite** – Si vous prenez votre retraite en vertu d'un régime de retraite des enseignants de la Nouvelle-Écosse, votre couverture d'assurance demeure en vigueur. Les membres à la retraite peuvent demander ou augmenter leur garantie (sous réserve d'une preuve médicale d'assurabilité) s'ils ont moins de 65 ans. Les membres peuvent également réduire la garantie en soumettant une demande écrite à Johnson Inc. La garantie prend fin à la fin du mois au cours duquel vous atteignez l'âge de 85 ans. La prime mensuelle est payée à **100 %** par le membre et déduite du chèque de rente d'enseignant de la Nouvelle-Écosse.

**Conversion** – Si vous en faites la demande dans les 31 jours suivant la date à laquelle vous cessez d'être membre, votre assurance peut être convertie, sans preuve médicale, en un régime à terme non convertible venant à échéance à l'âge de 65 ans; ou en un régime à terme convertible non renouvelable d'un an (pourvu que le participant ait moins de 65 ans); ou tout régime permanent établi par l'assureur au moment de conversion. Le montant maximal admissible à la conversion est le moindre de 200 000 $ ou du montant en vigueur au moment de la résiliation.

**Résiliation** – Votre assurance vie facultative prendra fin à la première des éventualités suivantes :

1. Cessation d'emploi.
2. Si vous deviez mourir.
3. Si vous entrez dans les forces armées à plein temps.
4. Résiliation de la police ou de la couverture du groupe, de la division ou de la catégorie à laquelle vous appartenez.
5. La date à laquelle vous ne cotisez plus au coût de votre assurance, le cas échéant.
6. La date de votre retraite, à moins que vous ne touchiez une rente d'enseignant de la Nouvelle-Écosse avant l'âge de 65 ans.
7. À la fin du mois, vous atteignez l'âge de 85 ans, si vous travaillez activement.

## Assurance vie pour personnes à charge

Votre conjoint est assuré pour 10 000 $ et chaque enfant à charge pour 5 000 $. Si vous êtes actuellement assuré en vertu de la garantie d'assurance vie facultative et que vous souhaitez passer d'une protection individuelle à une protection familiale, vous devez en être avisé dans les 31 jours suivant le changement afin d'éviter d'avoir à présenter une preuve médicale d'assurabilité.

Le souscripteur a le droit d'accepter ou de refuser l'assurance vie des personnes à charge pour toutes les demandes tardives, sous réserve de preuves médicales d'assurabilité.

**Résiliation** – Votre assurance vie des personnes à charge prendra automatiquement fin à la première des éventualités suivantes :

1. La date à laquelle votre garantie prend fin.
2. La date à laquelle vous n'êtes plus admissible à la garantie des personnes à charge.
3. La date à laquelle votre personne à charge ne répond plus à la définition de personne à charge.
4. La couverture d'assurance vie à la date à laquelle l'assurance vie des personnes à charge est résiliée en vertu de la police.

## Définition des personnes à charge

**« Conjoint »** a l'une des significations suivantes :

(a) le conjoint légalement marié du membre;

(b) une personne qui vit avec le membre de façon continue dans une relation conjugale qui n'est pas un mariage légal, pourvu que cette relation existe depuis au moins douze (12) mois consécutifs au moment de la proposition et immédiatement avant le moment où le statut de cette personne doit être déterminé aux fins de la garantie et que le participant la représente publiquement comme son conjoint.

Si un membre a eu plus d'un conjoint, le conjoint du membre ne doit être que la personne qui était le conjoint le plus récent du membre, selon les critères énoncés aux alinéas (a) et (b) ci-dessus.

**« Enfants à charge »** signifie soit des enfants naturels (légitimes ou illégitimes), des enfants adoptés, ou les beaux-enfants d'un employé qui sont :

(a) âgés de moins de 21 ans, célibataires et dépendant de vous pour l'entretien et le soutien;

(b) de moins de 27 ans et célibataires et qui fréquentent* un établissement d'enseignement supérieur et qui dépend de vous pour entretien et soutien;

(c) tout enfant ayant une déficience fonctionnelle peut demeurer assuré au-delà de l'âge maximal. Lorsque l'enfant atteint l'âge maximal, il doit encore être incapable de subvenir à ses besoins et dépendre entièrement de vous pour son soutien et sa subsistance.

**REMARQUE :**Un enfant du membre sera considéré comme étant à la charge du membre aux fins de la présente police, à compter de la date de naissance, sous réserve des conditions susmentionnées.

**Naissance**, au sens de la présente disposition, l'expulsion ou l'extraction complète d'un enfant de sa mère, au cours de laquelle, après cette expulsion ou extraction, il y a respiration, battements du cœur, pulsations du cordon ombilical ou mouvement indubitable d'un muscle volontaire.

Si vous n'êtes pas activement au travail ou si vos personnes à charge sont hospitalisées au moment de la souscription, vous ou vos personnes à charge n'avez pas droit à la garantie. La garantie prendra effet à votre retour au travail ou, dans le cas d'une personne à charge hospitalisée, au moment de son congé de l'hôpital.

**« Personnes à charge ayant dépassé l'âge »** – Au 21e anniversaire de naissance de votre personne à charge, vous devez fournir à Johnson Inc. une preuve de fréquentation à temps plein d'un établissement d'enseignement postsecondaire.

Tous les enfants à charge âgés de 21 à 27 ans fréquentant un établissement d'enseignement supérieur doivent fournir à Johnson Inc. en septembre de chaque année une preuve de fréquentation à temps plein d'un établissement d'enseignement postsecondaire.

La preuve doit indiquer clairement le nom de votre personne à charge, son statut à temps plein et le semestre et peut comprendre, sans toutefois s'y limiter, l'un des éléments suivants :

1. Horaire des cours confirmant le statut d'étudiant à temps plein.
2. Facture des frais de scolarité payés confirmant le statut d'étudiant à temps plein.
3. Une lettre de l'établissement d'enseignement confirmant le statut d'étudiant à temps plein (tous les frais associés sont à votre charge).

Indiquer sur la preuve de statut plein temps, votre nom et le numéro professionnel.

**Apprentissage en ligne examiné sur une base individuelle.**

**Si votre personne à charge ayant dépassé l'âge cesse de s'inscrire à un programme d'études officiel ou qu'elle obtient son diplôme, vous devez aviser Johnson Inc. immédiatement pour mettre fin à la garantie en cas de dépassement de l'âge.**

## Assurance vie du conjoint

Votre conjoint peut souscrire une assurance vie de conjoint égale ou inférieure à votre montant d'assurance vie facultative, en unités de 5 000 $ jusqu'à concurrence de 300 000 $ (minimum de 10 000 $), s'il a moins de 65 ans. À l'âge de 70 ans, la prestation sera réduite à un maximum de 50 000 $. **Quiconque a moins de 50 000 $ de garantie continuerait avec le moindre montant.**

La couverture est assujettie à des « preuves médicales d'assurabilité », ce qui signifie que la compagnie de production a le droit d'accepter ou de rejeter la proposition en fonction des antécédents médicaux de votre conjoint.

Les garanties d'assurance vie facultative du conjoint cesseront à la première des éventualités suivantes à survenir :

1. La fin du mois au cours duquel le conjoint atteint l'âge de 85 ans.

2. Le jour où votre assurance prend fin en vertu de l’assurance vie facultative.
3. Votre demande par écrit de résilier l’assurance vie du conjoint.
4. Votre conjoint ne répond plus à la définition de conjoint.

## Conversion de l’assurance vie du conjoint

Si l’assurance vie de votre conjoint prend fin, il peut être admissible à convertir l’assurance résiliée en une police individuelle sans preuve médicale. La proposition d’assurance individuelle doit être faite et la première prime doit être payée dans les 31 jours suivant la date de résiliation.

Si votre conjoint décède au cours de la période de 31 jours, le montant de l’assurance vie facultative du conjoint plus la partie de l’assurance vie facultative des personnes à charge disponible pour la conversion vous sera versée, même si votre conjoint ne demande pas la conversion.

Pour de plus amples renseignements sur le droit de conversion, veuillez communiquer avec l’administrateur, Johnson Inc.

## Bénéficiaire

Les prestations viagères facultatives seront versées au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) comme indiqué sur la demande ou sur la carte de désignation du bénéficiaire. S’il n’y a pas de désignation de bénéficiaire, la prestation sera versée à votre succession. L’assurance vie des personnes à charge vous sera payable (le membre). L’assurance vie du conjoint vous sera versée (au membre) à condition que l’assureur reçoive une preuve du décès de votre conjoint.

# IV. Assurance volontaire en cas de décès ou de mutilation par accident

Ce régime couvre tout accident entraînant la mort, la mutilation, la paralysie, la perte de l'usage d'un membre, la perte de la vue, de la parole ou de l'ouïe partout dans le monde – 24 heures sur 24 – au travail ou en dehors.

## Admissibilité

Tous les membres actifs du NSTU et tous les employés permanents du NSTU et de Teachers *Plus* Credit Union sont admissibles à cette prestation.

Un membre du régime qui est en congé autorisé et qui devient membre associé du NSTU peut continuer à recevoir des prestations sur une base de rémunération directe en communiquant avec l'administrateur, Johnson Inc.

**Si vous n'êtes pas activement au travail ou si vos personnes à charge sont hospitalisées au moment de la souscription, vous ou vos personnes à charge n'avez pas droit à la garantie. La garantie prendra effet à votre retour au travail ou, dans le cas d'une personne à charge hospitalisée, au moment de son congé de l'hôpital.**

**« Conjoint »** a l'une des significations suivantes :

(a) le conjoint légalement marié du membre; ou

(b) une personne qui vit avec le membre de façon continue dans une relation conjugale qui n'est pas un mariage légal, pourvu que cette relation existe depuis au moins douze (12) mois consécutifs au moment de la proposition et immédiatement avant le moment où le statut de cette personne doit être déterminé aux fins de la garantie et que le participant la représente publiquement comme son conjoint.

Si un membre a eu plus d'un conjoint, le conjoint du membre ne doit être que la personne qui était le conjoint le plus récent du membre, selon les critères énoncés aux alinéas (a) et (b) ci-dessus.

**« Enfants à charge »** signifie soit des enfants naturels (légitimes ou illégitimes), des enfants adoptés, ou les beaux-enfants d'un employé qui sont :

(a) âgés de moins de 21 ans, célibataires et dépendant de vous pour l'entretien et le soutien;

(b) de moins de 27 ans et célibataires et qui fréquentent* un établissement d'enseignement supérieur et qui dépend de vous pour entretien et soutien;

(c) tout enfant ayant une déficience fonctionnelle peut demeurer assuré au-delà de l'âge maximal. Lorsque l'enfant atteint l'âge maximal, il doit encore être incapable de subvenir à ses besoins et dépendre entièrement de vous pour son soutien et sa subsistance.

**REMARQUE :** Un enfant du membre sera considéré comme étant à la charge du membre aux fins de la présente police, à compter de la date de naissance, sous réserve des conditions susmentionnées.

**« Personnes à charge ayant dépassé l'âge »** – Au 21e anniversaire de naissance de votre personne à charge, vous devez fournir à Johnson Inc. une preuve de fréquentation à temps plein d'un établissement d'enseignement postsecondaire.

Tous les enfants à charge âgés de 21 à 27 ans fréquentant un établissement d'enseignement supérieur doivent fournir à Johnson Inc. en septembre de chaque année une preuve de fréquentation à temps plein d'un établissement d'enseignement postsecondaire.

La preuve doit indiquer clairement le nom de votre personne à charge, son statut à temps plein et le semestre et peut comprendre, sans toutefois s'y limiter, l'un des éléments suivants :

1. Horaire des cours confirmant le statut d'étudiant à temps plein.

2. Facture des frais de scolarité payés confirmant le statut d'étudiant à temps plein.
3. Une lettre de l'établissement d'enseignement confirmant le statut d'étudiant à temps plein (tous les frais associés sont à votre charge).

Indiquer sur la preuve de statut plein temps, votre nom et le numéro professionnel.

**Apprentissage en ligne examiné sur une base individuelle.***

**Si votre personne à charge ayant dépassé l'âge cesse de s'inscrire à un programme d'études officiel ou qu'elle obtient son diplôme, vous devez aviser Johnson Inc. immédiatement pour mettre fin à la garantie en cas de dépassement de l'âge.**

**Inscription**

Vous pouvez vous inscrire au programme en remplissant une proposition, en choisissant le montant d'assurance qui vous convient le mieux et en le retournant à Johnson Inc.

**Si vous avez un conjoint et/ou des enfants à charge admissibles, vous êtes automatiquement assuré pour le régime familial.**

La garantie entrera en vigueur le premier jour du mois suivant la réception de votre demande par Johnson Inc.

Vous pouvez augmenter ou diminuer votre couverture ou modifier votre régime en faisant la demande par écrit à Johnson Inc.

**Quels sont les montants disponibles?**

A. Régime à l'intention des employés seulement

   Vous pouvez choisir un montant d'assurance parmi un minimum de 5 000 $ et un maximum de 300 000 $ en unités de 5 000 $.

B. Employé : Régime familial

   Vous pouvez choisir un montant d'assurance parmi un minimum de 5 000 $ et un maximum de 300 000 $ en unités de 5 000 $ et votre famille sera automatiquement assurée pour ce qui suit :

   i. Conjoint

      Votre conjoint sera assuré pour 60 % de la prestation que vous choisissez vous-même si vous n'avez pas d'enfants à charge, ou pour 50 % de votre prestation si vous avez des enfants à charge.

   ii. Enfants

      Chaque enfant à charge sera assuré pour 15 % de votre prestation si vous avez un conjoint ou de 20 % si vous n'avez pas de conjoint, jusqu'à concurrence de 60 000 $.*

***Si un mari et sa femme (ou partenaires), qui sont tous deux membres du titulaire du contrat, sont couverts par le régime familial avec enfants, le capital assuré maximal payable en cas de décès ou de mutilation d'enfants ne doit pas dépasser 90 000 $ dans les deux régimes familiaux combinés.

**A qui sont versées les prestations?**

Votre prestation de décès par accident sera versée au bénéficiaire désigné sur votre proposition. S'il n'y a pas de désignation de bénéficiaire, la prestation sera versée à votre succession.

Toutes les autres indemnités payables seront versées à la personne assurée (y compris celles payables pour les personnes à charge), à l'exception des indemnités payables en vertu des articles suivants :

Indemnité de rapatriement;
Prestation pour frais d'études;
Prestation de soins journaliers à domicile;
Indemnité de modification et d'adaptation du lieu de travail;
Prestation de recyclage du conjoint;
Prestation pour le transport familial;

Indemnité d'identification;
Prolongation des prestations familiales.

**Barème des pertes**

Lorsque la blessure entraîne l'une des pertes suivantes dans les trois cent-soixante-cinq (365) jours suivant la date de l'accident, l'assureur paie :

**Pour la perte de**

La vie ..... Le capital assuré
La vue entière des deux yeux ..... Le capital assuré
La parole et l'ouïe dans les deux oreilles ..... Le capital assuré
Une main et la vue entière d'un œil ..... Le capital assuré
Un pied et la vue entière d'un œil ..... Le capital assuré
La vue entière d'un œil ..... Le capital assuré
La parole ..... Le capital assuré
L'ouïe dans les deux oreilles ..... Le capital assuré
L'ouïe d'une oreille ..... Les deux tiers du capital assuré
Tous les orteils d'un pied ..... Un tiers du capital assuré

**Pour la perte ou la perte d'usage**

Des deux mains ..... Le capital assuré
Des deux pieds ..... Le capital assuré
Une main et un pied ..... Le capital assuré
Un bras ..... Le capital assuré
Une jambe ..... Le capital assuré
Une main ..... Le capital assuré
Un pied ..... Le capital assuré
Du pouce et de l'index de la même main ..... Les deux tiers du capital assuré
De quatre doigts d'une main ..... Les deux tiers du capital assuré

**Pour la paralysie des**

Membres supérieurs et inférieurs (quadriplégie) ... Deux fois le capital assuré
Deux membres inférieurs (paraplégie) ..... Deux fois le capital assuré
Membres supérieurs et inférieurs d'un côté du corps (hémiplégie) ..... Deux fois le capital assuré

« Perte de vie » désigne le décès de la personne assurée.

« Perte », comme elle est utilisée ci-dessus en ce qui concerne la main ou le pied, signifie une section complète à travers ou au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville, mais sous l'articulation du coude ou du genou; en ce qui concerne le bras ou la jambe, une section complète à travers ou au-dessus du coude ou du genou; en ce qui concerne le pouce, une section complète de la phalange entière d'un (1) pouce; comme utilisé en référence au doigt signifie la séparation complète de deux (2) phalanges entières du doigt; comme utilisé en référence aux orteils signifie la séparation complète d'une (1) phalange entière du gros orteil et toutes les phalanges des autres orteils; comme utilisé en référence aux yeux signifie la perte irrémédiable de la vue entière de ceux-ci.

Par « perte », de la parole on entend la perte totale et irrémédiable de la capacité de prononcer des sons intelligibles; par « perte », on entend la perte totale et irrémédiable de l'ouïe.

Par « paralysie », on entend la perte de la capacité de bouger la totalité ou une partie du corps.

« Quadriplégie » signifie la paralysie permanente et la perte fonctionnelle de l'usage des membres supérieurs et inférieurs.

« Paraplégie » signifie la paralysie permanente et la perte fonctionnelle de l'usage des deux membres inférieurs.

« Hémiplégie » signifie la paralysie permanente et la perte fonctionnelle de l'usage des membres supérieurs et inférieurs du même côté du corps.

Par « perte », on entend la perte totale et irrécouvrable de l'usage, à condition que la perte soit continue pendant douze (12) mois consécutifs et que cette perte d'usage soit considérée comme permanente à la fin de la période en question.

L'indemnité prévue au présent article pour toutes les pertes subies par une (1) personne assurée à la suite d'un (1) accident ne dépassera pas ce qui suit :

(a) à l'exception de la quadriplégie, de la paraplégie et de l'hémiplégie, le capital assuré;

(b) en ce qui concerne la quadriplégie, la paraplégie et l'hémiplégie, deux fois le capital assuré ou le capital assuré si le décès survient dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de l'accident.

En aucun cas, l'indemnité payable pour toutes les pertes en vertu de la présente section ne dépassera, au total, le double du capital assuré à la suite du même accident.

## Définitions

« Vous » et « Votre » s'entendent de l'employé admissible et/ou du membre admissible qui est inscrit auprès du titulaire du contrat.

« Nous », « L'assureur » et « SSQ » désignent SSQ Assurance inc.

Le terme « contrat » désigne les polices collectives qui sont en dossier auprès du titulaire du contrat.

« Blessure » s'entend d'un dommage corporel causé par un accident survenu pendant que le présent contrat est en vigueur à l'égard de la personne assurée dont la blessure fait l'objet d'une demande de règlement et résultant directement et indépendamment de toute autre cause de perte couverte par le présent contrat, 24 heures par jour, partout dans le monde, mais en aucun cas, une blessure ne doit signifier une maladie, quelle qu'en soit la cause, sauf en raison d'un accident.

« Accident » signifie tout accident ou événement inattendu qui n'est pas prévu ou conçu.

« Maladie » signifie une altération de la fonction physiologique normale et comprend les maladies et les infections.

« Maladie » signifie tout état malsain du corps ou d'une partie du corps.

Le « capital assuré », lorsqu'il s'agit de vous, désigne le montant indiqué sur votre proposition que vous avez remplie et déposée auprès de Johnson Inc.

Le « capital assuré », lorsqu'il s'agit de vos personnes à charge assurées, désigne les pourcentages indiqués dans le présent profil.

Le « titulaire du contrat » désigne les fiduciaires d'assurance collective du NSTU.

« Personne assurée » s'entend d'un employé et/ou d'un membre et de ses personnes à charge assurées en vertu du contrat.

« Membre de la famille immédiate » désigne une personne âgée d'au moins 18 ans qui est votre conjoint, fils, fille, père, mère, frère, sœur, gendre, belle-fille, beau-père, belle-mère, beau-frère, belle-sœur (toutes ces personnes comprennent les relations naturelles, adoptées ou par alliance), petit-fils, petite-fille, grand-père ou grand-mère.

« Hôpital » désigne un établissement autorisé à titre d'hôpital, qui est ouvert en tout temps pour les soins et le traitement des personnes malades et blessées, qui compte un (1) ou plusieurs médecins disponibles en tout temps et qui fournit en permanence un service infirmier de vingt-quatre (24) heures par du personnel infirmier diplômé autorisé. Il fournit des installations organisées pour le diagnostic et la chirurgie, est un hôpital de traitement actif et non principalement une clinique, une maison de repos, une maison de soins infirmiers, un hôpital de convalescence ou un établissement similaire. Pour l'application de cette définition, un hôpital comprendra une installation ou une partie d'une installation utilisée pour des soins de réadaptation.

On entend par « soins réguliers et assistance » l'observation et le traitement, dans la mesure où les normes de pratique médicale en vigueur l'exigent, de l'affection à l'origine de l'hospitalisation.

« Médecin » désigne une personne (autre que la personne assurée ou un membre de la famille immédiate) qui est autorisée à exercer la médecine par :

1) un organisme d'agrément médical reconnu dans la région où le traitement est dispensé, pourvu qu'il soit membre en règle d'un tel organisme d'agrément; ou
2) un organisme gouvernemental ayant compétence sur la délivrance d'un tel permis dans le lieu où le traitement est administré.

« Hébergement » désigne l'hébergement à proximité de l'hôpital où la personne assurée est hospitalisée.

Le pronom masculin sera interprété comme le féminin lorsque la personne est une femme.

## Rapatriement**

Si vous ou vos personnes à charge assurées subissez une perte de vie résultant d'une blessure à au moins 50 kilomètres de vous ou de votre lieu de résidence habituel et que l'indemnité pour cette perte devient payable en vertu du programme, nous paierons les frais raisonnables et habituels réellement engagés pour le transport du corps au premier lieu de repos (y compris, mais sans limitation, un salon funéraire ou le lieu de l'enterrement) à proximité du domicile normal de votre personne à charge assurée ou vous-même. L'indemnité de rapatriement jusqu'à concurrence de **20 000 $** sera payée pour les dépenses encourues pour le retour de la dépouille à son domicile (y compris les frais de préparation de la dépouille pour ce transport).

## Frais d'études**

Si vous subissez une perte de vie à la suite d'une blessure et que l'indemnité pour cette perte devient payable conformément aux modalités de ce programme, nous verserons l'indemnité pour frais d'études indiquée ci-dessous pour chacun de vos enfants à charge, à condition que l'enfant soit :

(1) inscrit comme étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement supérieur*; ou
(2) s'inscrira comme étudiant à temps plein dans tout établissement d'enseignement supérieur*, dans les 365 jours suivant votre décès accidentel.

**Apprentissage en ligne examiné sur une base individuelle.***

Cette prestation est égale au moindre des montants suivants : (a) 5 % de votre capital assuré ou (b) 5 000 $ pour chaque année (jusqu'à quatre années consécutives) où cet enfant demeure inscrit à temps plein dans un établissement d'enseignement supérieur.

Cette prestation sera versée chaque année dès réception d'une preuve satisfaisante que votre enfant est inscrit à temps plein dans un établissement d'enseignement supérieur.

Si votre enfant à charge satisfait aux exigences ci-dessus, toutes les prestations payables lui seront versées.

« Établissement d'enseignement supérieur » désigne toute université, tout collège, tout cégep ou toute école de métiers.

« Enfant à charge » s'entend d'un enfant naturel, d'un enfant adopté ou d'un beau-fils ou d'une belle-fille. L'enfant est célibataire, âgé de moins de vingt-sept (27) ans et dépend du membre assuré pour son entretien et sa subsistance.

## Frais de garderie**

Si vous ou votre conjoint assuré subissez une perte de vie à la suite d'une blessure et que l'indemnité pour cette perte devient payable conformément aux modalités de ce programme, nous verserons l'indemnité pour soins de jour indiquée ci-dessous pour chacun de vos enfants à charge, à condition que l'enfant soit :

(1) inscrit dans une garderie à la date du sinistre;

(2) sera inscrit à une garderie dans les trois cent-soixante-cinq (365) jours suivant la date de votre décès.

Cette prestation est égale au moindre des montants suivants : (a) 5 % de votre capital assuré ou (b) 5 000 $, pour chaque année où votre enfant à charge demeure inscrit dans une garderie agréée (jusqu'à quatre années consécutives).

Cette prestation sera versée chaque année dès réception d'une preuve satisfaisante que votre enfant est inscrit dans une garderie.

Si votre enfant à charge satisfait aux exigences susmentionnées, la prestation de garderie sera versée à votre conjoint survivant si votre conjoint a la garde de l'enfant. S'il n'y a pas de conjoint survivant ou si votre enfant ne réside pas avec votre conjoint, les prestations payables en vertu de cette disposition seront alors versées au tuteur de votre enfant qui a été légalement désigné pour gérer la personne de l'enfant.

Si aucun de vos enfants à charge ne satisfait aux exigences énoncées à la section intitulée « Prestations d'études » ou à la présente section, nous verserons un montant égal à 5 % de votre capital assuré ou à 2 500 $, selon le moindre de ces montants, en vertu d'une des polices émises au titulaire du contrat que l'assureur a émises à votre bénéficiaire.

Les définitions suivantes ne s'appliquent qu'à cette prestation :

« Garderie » désigne un établissement qui est exploité conformément à la loi, y compris les lois et règlements applicables aux installations de garde de jour, et qui fournit régulièrement des soins et une supervision aux enfants dans un cadre collectif. La garderie ne comprendra ni l'hôpital, ni le domicile de l'enfant, ni les soins fournis pendant les heures normales de classe pendant que l'enfant fréquente la première (1re) à la douzième (12) année, ni toute autre installation de garde de jour qui n'exige pas de frais pour les services rendus.

« Enfant à charge » s'entend d'un enfant naturel, d'un enfant adopté ou d'un beau-fils ou d'une belle-fille. Les enfants sont âgés de moins de 13 ans et dépendent de vous pour leur entretien et leur subsistance.

## Réadaptation**

Si vous ou votre conjoint assuré subissez une blessure qui entraîne une perte payable en vertu de la section intitulée « Indemnité d'accident avec perte spécifique » du présent programme et que cette blessure exige que vous participiez à un programme de réadaptation afin d'être qualifié pour exercer une profession que vous n'auriez pas exercée en l'absence de cette blessure, l'assureur paiera les frais raisonnables et nécessaires réellement engagés dans les 3 ans suivant l'accident à un maximum de **20 000 $**. Aucun paiement ne sera effectué pour les frais de logement, de pension ou autres frais courants de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

## Recyclage du conjoint**

Si vous subissez une blessure et que l'indemnité pour une telle perte devient payable conformément aux modalités de ce programme, nous paierons les frais raisonnables et nécessaires réellement engagés, dans les trois ans suivant la date de la perte, par votre conjoint qui participe à un programme officiel de formation professionnelle afin de devenir spécifiquement qualifié pour un emploi actif dans une profession pour laquelle votre conjoint ne possède pas les qualifications suffisantes, à concurrence de **20 000 $** pour de telles dépenses. Aucun paiement ne sera effectué pour les frais de logement, de pension ou autres frais courants de subsistance, de déplacement ou d'habillement. Si votre conjoint satisfait aux exigences énoncées ci-dessus, il est présumé qu'il en est le bénéficiaire.

## Indemnité de modification et d'adaptation du lieu de travail

Si vous subissez une blessure qui entraîne une perte payable en vertu de la section intitulée « Indemnité d'accident avec perte spécifique » du présent contrat et que vous avez besoin d'équipement adapté spécial et/ou d'une

modification du lieu de travail afin d'accommoder raisonnablement votre retour au travail en tant qu'employé et/ou membre, l'assureur paiera les frais raisonnables et nécessaires réellement engagés par le titulaire du contrat pourvu que :

1. Le titulaire du contrat accepte par écrit de fournir l'équipement adapté spécial et/ou d'apporter des modifications au lieu de travail afin de le rendre accessible et adaptable à vos besoins.
2. Le titulaire du contrat reconnaît par écrit que l'exécution des tâches essentielles de votre travail peut être modifiée.
3. L'équipement adapté spécial proposé et/ou la modification du lieu de travail doivent être approuvés au préalable par écrit par l'assureur.
4. L'assureur peut vous examiner pour évaluer la pertinence des modifications proposées.

La prestation sera versée au titulaire du contrat à votre retour au travail à titre d'employé ou de membre actif et l'assureur a reçu une preuve écrite des frais engagés. La prestation n'est pas payable si le titulaire du contrat n'engage aucuns frais pour la fourniture de l'équipement adapté spécial et/ou la modification du lieu de travail.

Le paiement par l'assureur du total des frais engagés par le titulaire du contrat ne dépassera pas dix mille dollars (**10 000 $**) à la suite d'un (1) accident.

La prestation ci-dessus ne sera payable qu'en vertu d'un (1) des contrats émis au titulaire du contrat par l'assureur.

## Amélioration pour enfant

Sauf en cas de décès, les montants d'indemnités indiqués à la section « Indemnité d'accident avec perte spécifique » sont doublés à l'égard de vos enfants à charge assurés, sous réserve d'un montant maximal de **240 000 $.**

Cette disposition ne s'applique pas si la perte de vie survient dans les 90 jours suivant la date de l'accident.

## Invalidité totale permanente

Le capital assuré est payable en une somme forfaitaire, moins toute autre somme payée ou payable en vertu de « l'indemnité d'accident avec perte spécifique » par suite du même accident, si vous devenez totalement invalide et que les conditions suivantes sont remplies :

1) L'invalidité résulte d'une blessure survenue avant l'âge de 70 ans.
2) L'invalidité commence dans les 365 jours suivant l'accident.
3) L'invalidité vous empêche d'exercer toute profession ou tout emploi pour lequel vous êtes raisonnablement qualifié par vos études, votre formation ou votre expérience, contre rémunération ou profit.
4) L'invalidité s'est poursuivie pendant 12 mois consécutifs, demeure totale et est réputée permanente à la fin de cette période.

## Transport familial**

Si une perte spécifique couverte en vertu de l'indemnité d'accident avec perte spécifique vous confine, vous ou vos personnes à charge assurées, dans un hôpital ou si une autre blessure vous confine, vous ou vos personnes à charge assurées, dans un hôpital pendant quatre (4) jours et que cet hôpital est situé à au moins 150 kilomètres de votre résidence ou de celle de vos personnes à charge assurées, cette garantie remboursera les frais engagés par tout membre de la famille immédiate pour l'hébergement à l'hôtel et le transport (par l'itinéraire le plus direct) jusqu'à votre chevet ou celui de vos personnes à charge assurées, jusqu'à un maximum de **15 000 $**. Les frais de transport privé sont limités à **0,35 $** par kilomètre parcouru.

Aucun paiement n'est effectué pour les frais de pension ou autres frais de subsistance, de déplacement ou d'habillement ordinaires.

## Identification*

Si vous ou une personne à charge assurée subissez une perte de vie résultant d'une blessure et que le contrat exige l'identification du corps par un membre de la famille immédiate et que l'indemnité pour perte de vie devient payable par la suite en vertu du contrat, nous rembourserons les frais engagés par ce membre de la famille pour :

1) l'hébergement et la nourriture (jusqu'à un maximum de trois (3) nuits consécutives) en cours de route et/ou pendant le séjour dans la ville ou le village où se trouve le corps; et
2) le transport par la route la plus directe jusqu'à cet endroit, à condition que cet endroit ne soit pas situé à moins de 150 km de la résidence habituelle du membre de la famille.

Les frais de transport privé sont limités à **0,35 $** par kilomètre parcouru et le montant total maximum remboursable pour tous les frais est limité à**15 000 $**. Aucun paiement ne sera effectué pour les frais de subsistance, de déplacement ou d'habillement ordinaires autres que ceux mentionnés ci-dessus.

## Décès simultanés

Si vous et votre conjoint assuré subissez tous les deux une perte de vie qui devient payable en vertu du programme à la suite d'un « accident simultané », le montant de la protection de votre conjoint sera augmenté au même niveau que le vôtre jusqu'à un maximum combiné du programme de **1 000 000 $.**

« Accident simultané » désigne le même accident ou des accidents distincts survenant au cours d'une même période de 24 heures.

## Ceinture de sécurité**

Si, au moment de l'accident, vous ou vos personnes à charge assurées portiez une ceinture de sécurité correctement attachée et conduisiez ou montiez dans un « véhicule » conduit par un conducteur titulaire d'un permis de conduire valide et qui n'était ni « en état d'ébriété » ni « sous l'influence de drogues » (sauf sur prescription médicale) et si une perte devient payable en vertu de « l'indemnité d'accident avec perte spécifique », le montant du capital assuré applicable sera augmenté de **25 %** pour ceux qui portaient une ceinture de sécurité.

Une preuve du port de la ceinture de sécurité doit être fournie comme partie intégrante de la preuve écrite de la perte.

Les termes « en état d'ébriété » et « sous l'influence de drogues » sont définis par la juridiction dans laquelle l'accident s'est produit.

« Ceinture de sécurité » désigne les ceintures qui forment un ensemble de retenue et comprend les ensembles de retenue pour bébés et enfants lorsqu'ils sont utilisés correctement avec une ceinture de sécurité, ainsi que les ceintures de retenue, qui font partie d'une civière, utilisées pour le transport en ambulance de personnes malades ou blessées.

« Véhicule motorisé » désigne une voiture de tourisme, familiale, fourgonnette, automobile de type jeep, camion, ambulance ou tout autre type de véhicule motorisé utilisé par les forces de police municipales, provinciales ou fédérales.

## Modification de domicile et/ou de modification de véhicule**

Si vous ou vos personnes à charge assurées subissez la perte ou la perte de l'usage des deux pieds ou des deux

jambes ou devenez quadriplégiques, paraplégique ou hémiplégique, pour lequel une indemnité devient payable en vertu du contrat, et que vous ou vos personnes à charge assurées avez besoin par la suite d'utiliser un fauteuil roulant pour pouvoir vous déplacer, nous rembourserons les frais raisonnables et nécessaires réellement engagés pendant les trois années suivant l'accident, à un montant maximum de **20 000 $** par accident;

(a) le coût des modifications apportées à votre résidence principale ou à celle de vos personnes à charge assurées afin de la rendre accessible; et/ou

(b) le coût des modifications apportées à un véhicule motorisé utilisé par vous-même ou par vos personnes à charge assurées, lorsque ces modifications sont approuvées par les autorités compétentes, au besoin, afin de l'adapter à vos besoins ou à ceux des personnes à charge assurées.

## Indemnité d'hospitalisation**

Si une perte couverte en vertu de la section « Barème des pertes spécifiques » du contrat vous confine, vous ou vos personnes à charge assurées, à un hôpital et que cette personne est sous la garde et les soins réguliers d'un médecin, vous ou vos personnes à charge assurées recevrez une indemnité quotidienne de 1/30$^{e}$ de 1 % de votre capital assuré à compter du premier jour d'hospitalisation, jusqu'à un montant maximum de **2 500 $** par mois et pour une durée maximale de 365 jours par accident.

L'hospitalisation requise pour le traitement d'une blessure autre qu'une perte spécifique est également couverte conformément aux modalités ci-dessus, à condition qu'elle débute dans les 365 jours suivant la date de l'accident qui a causé la blessure et que l'assurance soit en vigueur. L'indemnité journalière est payable à compter du 1$^{er}$ jour d'hospitalisation si la personne assurée est hospitalisée pendant au moins quatre (4) jours.

L'hospitalisation est soit une hospitalisation simple et ininterrompue dans un hôpital, soit plusieurs hospitalisations successives à la suite d'un même accident, à condition que chacune de ces hospitalisations soit séparée par une période de moins de 90 jours consécutifs. Toutes les hospitalisations doivent avoir lieu dans les 730 jours suivant la date de l'accident.

Une seule hospitalisation, telle que définie ci-dessus, sera payable pour toutes les blessures subies par la personne assurée à la suite du même accident.

## Indexation

Si vous subissez une blessure qui fait en sorte que l'indemnité est payable en vertu de l'Indemnité d'accident avec perte spécifique ou de l'assurance invalidité totale permanente, l'assureur versera une indemnité d'indexation égale à 3 % du montant de l'indemnité payable, pour chaque année où votre assurance demeure en vigueur sans interruption, sous réserve d'un montant maximum de 15 %.

Aux fins du calcul des prestations, la date anniversaire de la présente garantie ou la date de prise d'effet de votre assurance, selon la dernière éventualité, est utilisée et chaque date anniversaire subséquente.

Si vous mettez fin à votre garantie et que vous présentez une nouvelle demande par la suite, vous êtes considéré comme une personne qui devient assurée pour la première fois dans l'année où vous présentez une nouvelle demande de garantie.

**REMARQUE :** Les prestations marquées d'un astérisque (*) ne sont payables qu'en vertu d'un seul des contrats émis au titulaire du contrat par l'assureur.

Les prestations marquées de deux (2) astérisques (**) sont payables en vertu de tous les autres contrats comportant des prestations similaires émises au titulaire du contrat par l'assureur, sous réserve du montant maximal indiqué dans les contrats.

## Prolongation de la garantie familiale

En cas de décès, quelle qu'en soit la cause, la protection de vos personnes à charge assurées sera maintenue sans paiement de prime pendant une période de six (6) mois.

## Préjudice esthétique

Si vous ou une personne à charge assurée subissez un préjudice esthétique en raison d'une brûlure, l'assureur paiera la garantie Préjudice esthétique à condition que cette brûlure soit classée comme une brûlure au troisième degré.

Le montant de la prestation payable en vertu de la présente section est fondé sur le pourcentage du capital assuré, comme il est indiqué dans le Barème des brûlures cosmétiques ci-dessous, qui est déterminé par le facteur de classification de zone multiplié par le pourcentage de la surface corporelle réellement brûlée.

Le pourcentage maximal admissible pour la surface corporelle brûlée, comme indiqué dans le tableau suivant, est basé sur **100 %** de la partie spécifique du corps brûlée. Le médecin traitant déterminera le pourcentage réel applicable à chaque brûlure.

Si vous ou une personne à charge assurée souffrez de brûlures à plus d'une partie du corps à la suite d'un même accident, les indemnités payables pour toutes ces brûlures ne doivent pas dépasser **100 %** du capital assuré.

**Barème des brûlures cosmétiques**

| Partie du corps | Classification de la zone<br>Facteur | Pourcentage maximal admissible pour la surface corporelle brûlée | Pourcentage maximal du capital assuré payable |
|---|---|---|---|
| Visage, cou, tête | 11 | 9,0 % | 99,9 % |
| Main et avant-bras (droit) | 5 | 4,5 % | 22,5 % |
| Main et avant-bras (gauche) | 5 | 4,5 % | 22,5 % |
| Bras (droit) | 3 | 4,5 % | 13,5 % |
| Bras (gauche) | 3 | 4,5 % | 13,5 % |
| Torse (avant) | 2 | 18,0 % | 36,0 % |
| Torse (arrière) | 2 | 18,0 % | 36,0 % |
| Cuisse (droite) | 1 | 9,0 % | 9,0 % |
| Cuisse (gauche) | 1 | 9,0 % | 9,0 % |
| Bas de la jambe – sous le genou | 3 | 9,0 % | 27,0 % |

Si des indemnités sont payables en vertu de la présente section et des sections intitulées Indemnité d'accident avec perte spécifique ou Invalidité totale permanente, le total des indemnités payables ne dépassera pas 100 % du capital assuré (ou 200 % pour une paralysie).

## Prestation pour coma

Lorsque, par suite d'une blessure, vous ou une ou plusieurs de vos personnes à charge assurées devenez comateux, l'assureur paiera le capital assuré moins tout autre montant payé ou payable en vertu du Barème des pertes, à la suite du même accident, pourvu que :

1. la personne assurée devient comateuse dans les 365 jours suivant la date de l'accident;
2. la personne assurée est dans le coma depuis 60 jours consécutifs.

« Comateux » signifie être dans un état d'inconscience totale d'où la personne ne peut être réveillée. Cette

personne ne réagit pas aux stimuli externes ou aux besoins internes et a continuellement besoin de systèmes de maintien des fonctions vitales.

## Garantie relative aux aéronefs

Vous et votre ou vos personnes à charge assurées êtes couverts en tant que passager, mais non en tant que pilote, exploitant ou membre de l'équipage, à bord d'un aéronef, à condition que l'aéronef possède un certificat de navigabilité valide et à jour et qu'il soit piloté par un pilote titulaire d'une licence, sauf si l'aéronef est détenu, exploité, loué ou affrété par ou pour le compte du titulaire du contrat. Vous et vos personnes à charge assurées êtes également couverts lorsque vous voyagez à titre de passager à bord d'un aéronef militaire et lorsque vous montez à bord d'un aéronef, en descendez ou êtes heurtés par un aéronef.

## Exposition et disparition

Si, en raison d'un accident couvert par le présent programme, vous ou vos personnes à charge assurées êtes inévitablement exposés aux éléments et que cette exposition entraîne une perte couverte, cette perte sera couverte.

Si vous ou vos personnes à charge assurées n'êtes pas retrouvés dans l'année qui suit la disparition, le naufrage ou la destruction d'un moyen de transport dans lequel vous ou vos personnes à charge assurées étiez à bord au moment de l'accident, il sera présumé que vous ou vos personnes à charge assurées avez subi un décès à la suite de blessure au moment de la disparition, du naufrage ou de la destruction.

**Quand est-ce que la garantie d'assurance prend fin?**

Votre couverture d'assurance prendra fin à la première des dates suivantes :

1) la date à laquelle la police est résiliée;
2) la date d'échéance de la prime si le titulaire du contrat omet de payer vos primes à l'assureur, sauf par suite d'une erreur;
3) la date d'échéance de la prime qui suit la date à laquelle vous donnez un avis de résiliation au titulaire du contrat;
4) la date d'échéance de la prime qui suit immédiatement la date à laquelle vous atteignez l'âge de 70 ans, si vous êtes un employé actif, et de 75 ans, si vous êtes à la retraite.

La couverture d'assurance pour votre conjoint assuré et/ou vos enfants à charge assurés prend fin à la première des éventualités suivantes :

1) la date à laquelle cette personne cesse d'être une personne à charge admissible;
2) la date à laquelle votre couverture d'assurance prend fin.

Si votre assurance et/ou l'assurance de votre conjoint ou de vos enfants à charge sont résiliées, vous pouvez quand même présenter une demande de règlement en vertu de la police pour les pertes découlant d'un accident survenu avant la date de résiliation, sous réserve des conditions et dispositions du contrat.

## Exonération de prime

Si votre demande d'exonération de prime a été approuvée et que vous demeurez admissible à une telle exonération en vertu des conditions de la police d'assurance vie principale provinciale ou de la police d'assurance en cas de décès ou de mutilation par accident, vous n'avez plus à payer de primes en vertu du contrat pour vous-même, votre conjoint assuré et/ou vos enfants à charge assurés, pendant votre invalidité, jusqu'à la première des dates suivantes :

(1) la police est résiliée;

(2) vous atteignez l'âge de 65 ans;

(3) vous cessez d'être totalement invalide.

Toutes les modalités et dispositions du contrat s'appliquent pendant la période d'exonération des primes, y compris les dispositions relatives aux réductions des montants d'assurance.

**Préretraite** – Si vous êtes un membre actif et que vous n'êtes pas actuellement inscrit à la garantie de décès et mutilation par accident volontaire, vous devriez demander cette garantie ou augmenter votre protection au moins deux mois avant la retraite, car vous devez être activement au travail à la date de prise d'effet de la garantie. Une fois à la retraite, vous ne pouvez pas demander ou augmenter votre garantie actuelle.

**Retraite** – Si vous prenez votre retraite avant l'âge de 75 ans au moyen d'une rente d'enseignant de la Nouvelle-Écosse, votre assurance demeurera en vigueur à la même garantie, moyennant le paiement d'une prime au taux régulier, jusqu'à la fin du mois au cours duquel vous atteignez 70 ans.

Une fois retraités, les membres peuvent réduire leur garantie en présentant une demande écrite à Johnson Inc. (les membres retraités ne peuvent pas augmenter leur garantie).

La garantie à l'égard de votre conjoint assuré et/ou de vos enfants à charge assurés sera maintenue tant que votre assurance demeurera en vigueur, pourvu que le paiement de la prime soit maintenu.

Les retraités de 70 à 74 ans bénéficieront des mêmes taux de prime, limites et garantie que les retraités de moins de 70 ans, sauf dans les cas suivants :

(1) Le montant maximal du capital assuré disponible est de 100 000 $;

(2) Des indemnités seront versées au titre des prestations suivantes :

   (a) Invalidité totale permanente;

   (b) Indemnité hebdomadaire pour aide à domicile;

   (c) Indemnité d'hospitalisation;

(3) La garantie prend fin à la fin du mois au cours duquel vous atteignez l'âge de 75 ans.

Aucune indemnité ne sera payable en vertu de la section intitulée « Indemnité d'invalidité totale permanente » à compter de la date de la retraite, l'assurance ne peut être augmentée après la date de la retraite et toute prime excédentaire acceptée par inadvertance par l'assureur sera retournée au membre assuré.

## Indemnité pour entreprise commerciale

Vous, le membre, serez admissible à la garantie en vertu de la présente section si vous subissez une blessure qui entraîne une perte payable en vertu de la section intitulée « Barème des pertes ».

L'indemnité pour entreprise commerciale couvre les coûts initiaux applicables au développement d'une nouvelle entreprise commerciale indépendante au Canada.

Les frais initiaux doivent être engagés par vous dans la deuxième (2$^{e}$) année suivant la date du début de l'invalidité totale et sont assujettis au moindre d'un maximum de vingt pour cent (20 %) de votre capital assuré ou de cinquante mille dollars (50 000 $).

Les frais initiaux ne comprendront pas plus que votre part équitable des dépenses des installations si vous exploitez votre propre entreprise dans le cadre d'une société en nom collectif ou conformément à une entente aux termes des présentes, les installations nécessaires à une telle exploitation ou pratique sont partagées par plus d'une personne.

Pour avoir droit aux prestations en vertu de cette section, vous devez :

1. être incapable d'exercer votre propre occupation en raison d'une invalidité totale commençant dans les trois cent-soixante-cinq (365) jours suivant la date de la blessure;

2. demeurer totalement invalide pendant une période continue d'un (1) an;
3. fournir à l'assureur une preuve d'invalidité en bonne et due forme au cours de ladite période d'un (1) an;
4. soumettre à l'assureur un plan d'affaires à la fin de ladite période d'un (1) an.

Les « frais initiaux » comprennent les terrains, les bâtiments, les accessoires fixes, la machinerie, les fournitures, les véhicules, les frais de préouverture, mais excluent les frais d'exploitation quotidiens.

« Frais d'exploitation quotidiens » désigne les frais engagés dans le cadre de l'exploitation de l'entreprise du membre assuré pour le loyer, l'électricité, le chauffage, l'eau, la lessive, la dépréciation, les salaires et autres frais fixes découlant de la conduite et de l'exploitation de cette entreprise.

« Invalidité totale » signifie l'incapacité de vous-même, en raison d'une blessure, d'accomplir chacune des tâches de votre propre profession.

L'expression « propre profession » s'entend de chaque profession ou emploi que vous exerciez immédiatement avant la date de la blessure.

« Plan d'affaires » désigne un rapport qui comprend des prévisions de flux de trésorerie, un état de l'actif et du passif personnel et les résultats d'une étude de marché.

## Indemnité hebdomadaire pour aide à domicile

Lorsqu'un conjoint assuré qui n'exerce pas d'emploi rémunéré et ne reçoit pas de prestations d'assurance-emploi subit une blessure et, à la suite de cette blessure et dans les 30 jours suivant la date de l'accident, devient totalement et continuellement invalide et est incapable d'accomplir toutes ses tâches domestiques régulières ou de s'occuper des enfants, l'assureur versera 150 $, à condition que l'invalidité se soit poursuivie pendant une période de sept (7) jours consécutifs, pour la période pendant laquelle le conjoint assuré est ainsi invalide, y compris la période de sept (7) jours, pendant qu'il est sous les soins et la présence réguliers d'un médecin, jusqu'à concurrence de 26 semaines ou de 70 ans, selon la première occurrence.

## Privilège lié à la conversion

Si, à l'exception de la résiliation du contrat, votre assurance est résiliée pour les raisons suivantes :

(1) cessation d'emploi;

(2) cessation de l'admissibilité à l'assurance en vertu de la police;

(3) cessation de l'invalidité totale après laquelle vous n'êtes pas retourné au travail pour le titulaire du contrat;

et que le contrat est toujours en vigueur, vous pouvez convertir votre propre assurance (mais pas celle de votre conjoint ou de vos enfants à charge), sans preuve d'assurabilité, en un contrat individuel d'assurance accident.

Vous devez en faire la demande avant d'atteindre l'âge de 75 ans et dans les 60 jours suivant la résiliation de votre assurance.

Les prestations fournies sont versées selon un barème de pertes spécifiques disponible auprès de l'assureur à la date de la conversion. Le montant d'assurance qui peut être converti ne peut excéder le moindre du montant alors en vigueur à la date de résiliation ou 300 000 $. La prime est calculée aux taux de prime manuels des assureurs en vigueur à la date de la conversion.

Les primes sont payables annuellement et à l'avance. Le contrat individuel pour accident entre en vigueur au plus tard 60 jours après la résiliation de la couverture du contrat et est émis sur une base annuelle renouvelable.

Si vous subissez une perte de vie résultant d'une blessure au cours de la période de 60 jours pendant laquelle la conversion est possible, l'assureur verse à votre bénéficiaire une indemnité de décès égale au maximum auquel vous aviez droit en vertu de cette disposition.

## Exclusions

Le programme ne couvre pas les pertes, mortelles ou non, causées par :

1. suicide ou blessure auto-infligée intentionnellement;
2. guerre, déclarée ou non;
3. participation à une émeute, une insurrection, une agitation civile ou une perturbation;
4. service actif à temps plein, à temps partiel ou temporaire dans les forces armées de tout pays;
5. le fait de voyager en tant que passager ou autrement dans un véhicule ou un appareil de navigation aérienne, à l'exception de ce qui est prévu à la section intitulée « Garantie relative aux aéronefs »;
6. traitement médical ou chirurgie, sauf si le traitement médical ou la chirurgie était nécessaire en raison d'un accident.

## Dans l'éventualité d'une demande de règlement

Vous ou votre bénéficiaire devez aviser immédiatement l'administrateur, Johnson Inc.

Dans le cas d'une demande de règlement, un avis écrit de blessure doit être remis à l'assureur dans les 30 jours suivant la date de l'accident et une preuve écrite de la perte doit lui être fournie dans les 90 jours suivant la date de cette perte. Le défaut de fournir un tel avis ou une telle preuve dans ce délai n'invalidera ni ne réduira aucune demande de règlement s'il est démontré qu'il n'a pas été raisonnablement possible de fournir un tel avis ou une telle preuve et que cet avis ou cette preuve a été fourni dès que raisonnablement possible, **mais en aucun cas après un an suivant la date de l'accident.**

# V. Assurance maladies graves facultative

L'assurance maladies graves est une prestation forfaitaire unique en argent libre d'impôt qui est versée à un membre assuré lorsqu'il reçoit un diagnostic médical d'une maladie grave ou d'une blessure grave couverte. Cette prestation en espèces peut être utilisée comme bon vous semble.

## Admissibilité

Tous les membres actifs/retraités admissibles couverts par les régimes d'assurance collective du NSTU et tous les employés actifs du Teachers *Plus* Credit Union âgés de moins de 75 ans. Tant que vous souscrivez l'assurance contre les maladies graves, vous pouvez demander la garantie de votre conjoint âgé de moins de 75 ans et de vos enfants à charge admissibles.

## Définition des personnes à charge

**« Conjoint »** a l'une des significations suivantes :

(a) le conjoint légalement marié du membre;

(b) une personne qui vit avec le membre de façon continue dans une relation conjugale qui n'est pas un mariage légal, pourvu que cette relation existe depuis au moins douze (12) mois consécutifs au moment de la proposition et immédiatement avant le moment où le statut de cette personne doit être déterminé aux fins de la garantie et que le participant la représente publiquement comme son conjoint.

Si vous avez eu plus d'un conjoint, votre conjoint ne doit être que la personne qui était votre conjoint le plus récent, selon les critères énoncés aux alinéas (a) et (b) ci-dessus.

**« Enfants à charge »** signifie soit des enfants naturels (légitimes ou illégitimes), des enfants adoptés, ou les beaux-enfants d'un employé qui sont :

a) âgés de moins de 21 ans, célibataires et dépendant de vous pour l'entretien et la subsistance;

b) âgés de moins de 27 ans et célibataires et qui fréquentent* un établissement d'enseignement supérieur et qui dépend de vous pour l'entretien et la subsistance;

c) tout enfant ayant une déficience fonctionnelle peut demeurer assuré au-delà de l'âge maximal. Lorsque l'enfant atteint l'âge maximal, il doit encore être incapable de subvenir à ses besoins et dépendre entièrement de vous pour son soutien et sa subsistance.

« **Personnes à charge ayant dépassé l'âge »** – Au 21e anniversaire de naissance de votre personne à charge, vous devez fournir à Johnson Inc. une preuve de fréquentation à temps plein d'un établissement d'enseignement postsecondaire.

Tous les enfants à charge âgés de 21 à 27 ans fréquentant un établissement d'enseignement supérieur doivent fournir à Johnson Inc. en septembre de chaque année une preuve de fréquentation à temps plein d'un établissement d'enseignement postsecondaire.

La preuve doit indiquer clairement le nom de votre personne à charge, son statut à temps plein et le semestre et peut comprendre, sans toutefois s'y limiter, l'un des éléments suivants :

1. Horaire des cours confirmant le statut d'étudiant à temps plein.
2. Facture des frais de scolarité payés confirmant le statut d'étudiant à temps plein.
3. Une lettre de l'établissement d'enseignement confirmant le statut d'étudiant à temps plein (tous les frais associés sont à votre charge).

Indiquer sur la preuve de statut plein temps, votre nom et le numéro professionnel.

**Apprentissage en ligne examiné sur une base individuelle.***

**Si votre personne à charge ayant dépassé l'âge cesse de s'inscrire à un programme d'études officiel ou qu'elle obtient son diplôme, vous devez aviser Johnson Inc. immédiatement pour mettre fin à la garantie en cas de dépassement de l'âge.**

Les demandes de règlement pour enfants à charge ayant dépassé l'âge ne peuvent être traitées avant que cette personne ne soit inscrite auprès de Johnson Inc.

La personne à charge ayant dépassé l'âge peut utiliser votre carte de prestations. Une carte supplémentaire peut être émise sur demande.

## Demande de garantie pour maladies graves

Cette assurance offerte dans le cadre de votre régime d'assurance collective comprend une garantie facultative contre les maladies graves pour vous-même, votre conjoint et vos enfants à charge. Les primes sont basées sur l'âge, le sexe et le statut de fumeur.

**Membre du régime** – Unités de 10 000 $ jusqu'à un maximum de 300 000 $

**Conjoint** – Unités de 10 000 $ jusqu'à un maximum de 300 000 $

**Enfant(s) à charge admissible(s)** – 10 000 $ fixe

## Limite d'émission de la garantie

Vous et votre conjoint pouvez demander des montants allant jusqu'à 50 000 $ sans présenter de preuve d'assurabilité (preuve d'état de santé). Pour les montants supérieurs à 50 000 $, une preuve d'assurabilité est requise et la demande peut être faite en remplissant un questionnaire médical. Ce questionnaire peut être demandé en appelant Johnson Inc. **Si la demande est approuvée pour un montant supérieur à la limite d'émission de garantie de 50 000 $, l'exclusion préexistante ne s'appliquera pas.**

## Date de prise d'effet de la garantie

La garantie commencera le premier jour du mois qui coïncide avec ou qui suit la date à laquelle Johnson Inc. reçoit votre demande signée. Si vous n'êtes pas au travail activement (à l'exclusion des participants retraités), vous ne serez admissible à la protection que lorsque vous retournerez au travail. Si des preuves médicales d'assurabilité sont requises, la garantie entre en vigueur le premier jour du mois suivant l'approbation de la compagnie de production. **Les primes sont payées à 100 % par vous, le membre.**

## Clause de limitation des affections préexistantes

Il est important de noter que cette garantie contre les maladies graves comporte une clause de limitation de l'état de santé préexistant de 24 mois. La limitation stipule qu'« aucune prestation n'est payable pour une maladie ou une affection préexistante pour laquelle la participation a reçu des soins, des traitements ou des services, consulté un médecin ou pris des médicaments qui lui ont été prescrits au cours des 24 mois précédant la date de prise d'effet de la garantie, sauf si la maladie en question a été diagnostiquée au moins 24 mois après la date de prise d'effet de l'assurance du participant, sous réserve des autres dispositions applicables du présent contrat ».

Cette disposition ne s'applique qu'au montant d'émission de la garantie de 50 000 $. Si le membre assuré demande un montant supérieur à la limite d'émission de garantie de 50 000 $ et est approuvé, l'exclusion pour affection préexistante ne s'applique pas.

Il y a une **période de survie de 30 jours** après l'apparition de toutes les affections couvertes. De plus, il y a une **période d'attente de 90 jours** après l'émission de la couverture avant que le cancer ne devienne une maladie couverte.

**Affections couvertes :**

**Garantie du régime du membre et de son conjoint – 100 %**

- Maladie d'Alzheimer
- Chirurgie aortique
- Anémie aplastique
- Méningite bactérienne
- Tumeur cérébrale bénigne
- Cécité (perte du signe des deux yeux)
- Coma
- Pontage coronarien
- Surdité (perte de l'ouïe des deux oreilles)
- Cardiomyopathie dilatée
- Hépatite virale fulminante
- Crise cardiaque (infarctus du myocarde)
- Remplacement d'une valvule cardiaque
- Infection par le VIH (infection contractée en milieu de travail)
- Insuffisance rénale
- Cancer mettant la vie en danger
- Perte de l'autonomie d'existence
- Perte de membres
- Perte de la parole
- Brûlures majeures (graves)
- Insuffisance d'organe majeur (sur liste d'attente)
- Transplantation d'un organe majeur
- Maladie des motoneurones
- Sclérose en plaques
- Dystrophie musculaire
- Paralysie
- Maladie de Parkinson
- hypertension artérielle pulmonaire primitive
- AVC (accident vasculaire cérébral)

| **Garantie complémentaire** | **% payable** |
|---|---|
| **Maladie grave** | |
| Angioplastie coronarienne | 10 % jusqu'à un maximum de 25 000 $ |
| Carcinome canalaire in situ du sein | 10 % jusqu'à un maximum de 25 000 $ |
| Cancer de la prostate au stade A (T1A ou T1B) | 10 % jusqu'à un maximum de 25 000 $ |
| Mélanome malin de stade 1A | 10 % jusqu'à un maximum de 25,00$ |

**Garantie pour les enfants à charge**

Afin d'offrir une sécurité supplémentaire aux parents, les enfants à charge sont couverts pour 20 maladies ou affections, dont certaines sont souvent diagnostiquées tôt dans la vie.

**Affections couvertes en vertu de la garantie étendue – 100 %**

- Chirurgie aortique
- Tumeur cérébrale bénigne
- Cécité (perte du signe des deux yeux)
- Cancer
- Infirmité motrice cérébrale
- Coma
- Cardiopathie congénitale nécessitant une intervention chirurgicale
- Fibrose kystique
- Chirurgie valvulaire cardiaque
- Insuffisance rénale
- Perte de membres
- Perte de la parole
- Brûlures majeures (graves)
- Insuffisance d'organe majeur (sur liste d'attente)
- Transplantation d'un organe majeur
- Lésion cérébrale grave

- Surdité (perte de l'ouïe des deux oreilles)
- Syndrome de Down
- Déficience mentale grave
- Spina-bifida kystique

## Exonération de prime

L'assurance contre les maladies graves ne comporte aucune clause d'exonération de prime, vous devez donc continuer à payer la prime pour maintenir votre garantie.

## Paiement des demandes de règlement

Un paiement forfaitaire unique non imposable sera versé au membre assuré.

Une fois qu'une prestation a été versée pour une maladie grave, la garantie prend fin et aucune prime supplémentaire n'est payable.

La garantie du conjoint et des enfants à charge prend fin au décès du membre.

Si le membre survit, la garantie peut être maintenue pour votre conjoint admissible tant que vous êtes toujours admissible aux prestations du régime d'assurance collective du NSTU et que les primes continuent à être payées.

La garantie peut être maintenue pour les enfants à charge admissibles tant que vous êtes toujours admissible aux prestations du régime d'assurance collective du NSTU et que les primes continuent d'être payées.

**Veuillez contacter Johnson Inc. immédiatement en cas de demande de règlement; un avis écrit doit être donné dans les trente (30) jours suivant l'événement.**

## Résiliation de la garantie

1. À la date d'expiration ou de résiliation du contrat;
2. À la date à laquelle vous n'êtes plus admissible aux prestations en vertu des régimes d'assurance collective du NSTU;
3. À la date d'échéance de la prime si le titulaire du contrat omet de payer vos primes à l'assureur, sauf par suite d'une erreur;
4. Le jour où vous donnez un avis de résiliation au titulaire du contrat;
5. Le jour où vous atteignez l'âge de 75 ans;
6. Le jour où votre conjoint assuré atteint l'âge de 75 ans ou le jour où vous atteignez l'âge de 75 ans, selon la première de ces dates;
7. À la date d'échéance de la prime, votre conjoint ou vos enfants à charge cessent d'être admissibles aux prestations selon la définition.

## Définitions – Membre et conjoint

**Maladie d'Alzheimer** désigne un diagnostic définitif d'une maladie dégénérative progressive du cerveau. La personne assurée doit faire preuve d'une perte de capacité intellectuelle entraînant une altération de la mémoire et du jugement qui entraîne une réduction importante du fonctionnement mental et social et qui nécessite un minimum de huit (8) heures de supervision quotidienne. Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer doit être posé par un spécialiste dans le domaine approprié.

**Exclusion :** Aucune prestation ne sera versée en vertu de cette affection pour tous les autres troubles cérébraux organiques et maladies psychiatriques déments.

**Chirurgie aortique** désigne une intervention chirurgicale pour une maladie de l'aorte nécessitant une excision et le remplacement chirurgical de l'aorte malade par une greffe. L'aorte désigne l'aorte thoracique et abdominale, mais

pas ses branches. La chirurgie doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste dans le domaine approprié.

**Anémie aplasique** désigne le diagnostic définitif d'insuffisance médullaire chronique persistante confirmée par biopsie, entraînant une anémie, une neutropénie et une thrombocytopénie nécessitant une transfusion de produits sanguins et un traitement par au moins un (1) des moyens suivants :

Stimulants médullaires; immunosuppresseurs; greffe de moelle osseuse.

Le diagnostic d'anémie aplastique doit être posé par un spécialiste dans le domaine approprié.

**Méningite bactérienne** désigne un diagnostic définitif de méningite, confirmé par le liquide céphalorachidien montrant la croissance de bactéries pathogènes en culture, entraînant un déficit neurologique documenté pendant au moins 90 jours à compter de la date du diagnostic. Le diagnostic de méningite bactérienne doit être posé par un spécialiste dans le domaine approprié.

**Exclusion :** Aucune prestation ne sera versée en vertu de cette affection dans le cas d'une méningite virale.

**Tumeur cérébrale bénigne** signifie le diagnostic définitif d'une tumeur non maligne située dans la voûte crânienne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à la glande pituitaire. La tumeur doit nécessiter une intervention chirurgicale ou une radiothérapie ou entraîner un ou des déficits neurologiques objectifs irréversibles. Le diagnostic de tumeur cérébrale bénigne doit être posé par un spécialiste dans le domaine approprié.

**Exclusion :** Aucune prestation ne sera payable dans cette condition pour les adénomes hypophysaires de moins de 10 mm.

***Exclusion de la période du moratoire*** – Aucune prestation ne sera payable en vertu de cette affection si, dans les 90 premiers jours suivant le dernier en date des jours suivants :

la date de prise d'effet de la garantie; la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de la garantie, la personne assurée présente l'un ou l'autre des signes, symptômes ou examens suivants : signes, symptômes ou examens qui mènent au diagnostic d'une tumeur cérébrale bénigne, peu importe quand le diagnostic est établi; diagnostic d'une tumeur cérébrale bénigne.

Les renseignements médicaux décrits ci-dessus doivent être communiqués à l'assureur dans les six (6) mois suivant la date du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis, l'assureur a le droit de refuser toute demande de règlement pour tumeur cérébrale bénigne ou toute maladie grave causée par une tumeur cérébrale bénigne ou son traitement.

**Cécité** signifie un diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de la vision dans les deux yeux, attestée par :

l'acuité visuelle corrigée étant de 20/200 ou moins dans les deux yeux; le champ de vision étant inférieur à 20 degrés dans les deux yeux.

Le diagnostic de cécité doit être posé par un spécialiste dans le domaine approprié.

**Cancer (mettant la vie en danger)** signifie un diagnostic définitif d'une tumeur caractérisée par la croissance et la propagation incontrôlées de cellules malignes et par l'invasion de tissus. Le diagnostic de cancer doit être posé par un spécialiste dans le domaine approprié.

Exclusions : Aucune prestation ne sera versée en vertu de cette affection pour les cancers suivants qui ne mettent pas la vie en danger :

carcinome in situ; mélanome malin de stade 1A (mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau IV ou V de Clark); tout cancer de la peau non mélanique non métastasé; stade A (T1a ou T1b) cancer de la prostate.

**Exclusion de la période du moratoire** – Aucune prestation ne sera payable en vertu de cette affection si, dans les 90 premiers jours suivant le dernier en date des jours suivants :

la date de prise d'effet de la garantie; la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de la garantie, la

personne assurée présente l'une des caractéristiques suivantes :

les signes, symptômes ou examens qui mènent au diagnostic de cancer (couverts ou exclus en vertu du contrat), peu importe le moment où le diagnostic est posé; le diagnostic de cancer (couvert ou exclu en vertu du contrat).

Les renseignements médicaux décrits ci-dessus doivent être communiqués à l'assureur dans les six (6) mois suivant la date du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis, l'assureur a le droit de refuser toute demande de règlement pour un cancer ou toute maladie grave causée par un cancer ou son traitement.

**Coma** désigne le diagnostic définitif d'un état d'inconscience sans réaction aux stimuli externes ou réponse aux besoins internes pendant une période continue d'au moins 96 heures et pendant laquelle le score de coma de Glasgow doit être de quatre (4) ou moins. Le diagnostic de coma doit être posé par un spécialiste dans le domaine approprié.

**Exclusions :** Aucune prestation ne sera versée en vertu de cette affection pour :

un coma d'origine médicale; un coma qui résulte directement de la consommation d'alcool ou de drogues; un diagnostic de mort cérébrale.

**Angioplastie coronarienne** désigne une intervention visant à débloquer ou à élargir une artère coronaire qui fournit du sang au cœur afin de permettre une circulation ininterrompue du sang. La procédure doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste dans le domaine approprié.

**Pontage coronarien** désigne une chirurgie cardiaque pour corriger le rétrécissement ou le blocage d'une ou de plusieurs artères coronaires par pontage coronarien, à l'exclusion de toute technique non chirurgicale ou trans cathétérale telle que l'angioplastie par ballonnet ou le traitement au laser d'une obstruction. La chirurgie doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste dans le domaine approprié.

**Surdité** désigne un diagnostic définitif de perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles, avec un seuil auditif de 90 décibels ou plus à l'intérieur du seuil de parole de 500 à 3 000 hertz. Le diagnostic de surdité doit être posé par un spécialiste dans le domaine approprié.

**Cardiomyopathie dilatée** s'entend d'un trouble de la fonction ventriculaire entraînant une déficience physique importante d'au moins la classe III de la New York Heart Association Classification of Cardiac Impairment. Le diagnostic de cardiomyopathie dilatée doit être posé par un spécialiste dans le domaine approprié et doit être confirmé par une nouvelle fonction cardiaque anormale démontrée par échocardiographie avec une fraction d'éjection faible persistante (moins de 40 %) pendant au moins trois (3) mois.

La cardiomyopathie de classe III de la NYHA signifie que le patient est à l'aise au repos et qu'il présente des symptômes au cours d'activités quotidiennes inhabituelles malgré l'utilisation de médicaments et l'ajustement alimentaire, avec des signes d'une fonction ventriculaire anormale à l'examen physique et aux études de laboratoire.

**Exclusion :** Aucune prestation ne sera versée en vertu de cette affection pour les causes ischémiques et toxiques (y compris la consommation d'alcool, de médicaments sur ordonnance et en vente libre) d'une cardiomyopathie dilatée.

**Carcinome canalaire in situ du sein** – le diagnostic de cette maladie doit être posé par un spécialiste et confirmé par biopsie.

**Hépatite virale fulminante** désigne le diagnostic définitif d'une nécrose submassive à massive du foie causée par un virus conduisant précipitamment à une insuffisance hépatique. Le paiement en vertu de cette affection nécessite la satisfaction de toutes les conditions suivantes :

une diminution rapide de la taille du foie confirmée par échographie abdominale; nécrose impliquant des lobules entiers, ne laissant qu'un cadre réticulaire effondré (histologie disponible à inclure); détérioration rapide des tests de la fonction hépatique; ictère en profondeur.

Le diagnostic d'hépatite virale fulminante doit être posé par un spécialiste dans le domaine approprié.

**Exclusion :** Aucune prestation ne sera versée en vertu de cette affection pour :

hépatite chronique; insuffisance hépatique causée par l'alcool, les toxines et/ou les drogues.

**Crise cardiaque** s'entend d'un diagnostic définitif de la mort du muscle cardiaque due à une obstruction du débit sanguin qui entraîne l'élévation et la chute des marqueurs cardiaques biochimiques à des niveaux considérés comme diagnostiques pour un infarctus du myocarde, avec au moins un (1) des éléments suivants :

symptômes de crise cardiaque; nouveaux changements de l'électrocardiogramme (ECG) compatibles avec une crise cardiaque; développement de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle, y compris, mais sans s'y limiter, l'angiographie coronaire et l'angioplastie coronaire.

Le diagnostic de crise cardiaque doit être posé par un spécialiste dans le domaine approprié.

**Exclusion :** Aucune prestation ne sera versée en vertu de cette affection pour :

l'élévation des marqueurs biochimiques cardiaques à la suite d'une intervention cardiaque intra-artérielle, y compris, mais sans s'y limiter, la coronarographie et l'angioplastie coronaire, en l'absence d'une nouvelle onde Q;

Changements à l'ECG suggérant un infarctus du myocarde antérieur qui ne correspond pas à la définition d'une crise cardiaque telle que décrite ci-dessus.

**Remplacement d'une valvule cardiaque** signifie subir une intervention chirurgicale pour remplacer toute valeur cardiaque par une valvule naturelle ou mécanique. La chirurgie doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste dans le domaine approprié.

**Exclusion :** Aucune prestation n'est payable en vertu de cette affection pour la réparation d'une valvule cardiaque.

**Insuffisance rénale** désigne le diagnostic définitif d'insuffisance rénale chronique irréversible des deux reins, de sorte qu'une hémodialyse régulière, une dialyse péritonéale ou une transplantation rénale est amorcée. Le diagnostic d'insuffisance rénale doit être posé par un spécialiste dans le domaine approprié.

**Perte de l'autonomie d'existence** signifie un diagnostic définitif de :

une incapacité totale d'accomplir, par soi-même, au moins deux (2) des six (6) activités de la vie quotidienne suivantes; déficience cognitive pendant une période continue d'au moins 90 jours, sans possibilité raisonnable de rétablissement.

Le diagnostic de perte de l'autonomie d'existence doit être posé par un spécialiste dans le domaine approprié.

***Les activités de la vie quotidienne sont :***

bain – la capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou à l'éponge, avec ou sans l'aide d'un équipement;

habillage – la capacité d'enfiler et d'enlever les vêtements nécessaires, y compris les appareils orthodontiques, les membres artificiels ou d'autres appareils chirurgicaux;

toilette – la capacité d'aller aux toilettes et d'en sortir et de maintenir une bonne hygiène personnelle;

continence de la vessie et intestinale – capacité de gérer les fonctions intestinales et vésicales avec ou sans sous-vêtements de protection ou appareils chirurgicaux afin de maintenir un niveau raisonnable d'hygiène;

transfert – la capacité de se déplacer dans un lit, une chaise ou un fauteuil roulant et d'en sortir, avec ou sans l'utilisation d'équipement;

alimentation – la capacité de consommer des aliments ou des boissons qui ont déjà été préparés et mis à disposition, avec ou sans l'utilisation d'ustensiles d'adaptation.

**Perte de membres** s'entend d'un diagnostic définitif de sectionnement complet de deux (2) membres ou plus au niveau ou au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville à la suite d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire. Le diagnostic de perte de membres doit être posé par un spécialiste dans le domaine approprié.

**Perte de la parole** s'entend d'un diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de la capacité de parler, à la suite d'une blessure ou d'une maladie physique, pendant une période d'au moins 180 jours. Le diagnostic de perte de la parole doit être posé par un spécialiste dans le domaine approprié.

**Exclusion :** Aucune prestation ne sera versée en vertu de cette affection pour toutes les causes d'ordre psychiatrique.

**Insuffisance fonctionnelle d'un organe majeur sur la liste d'attente** signifie qu'un diagnostic définitif d'insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse et une transplantation doivent être médicalement nécessaires. Pour être admissible en vertu de l'insuffisance fonctionnelle d'un organe majeur sur la liste d'attente, la personne assurée doit être inscrite comme receveuse dans un centre de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis qui effectue la forme requise de chirurgie de transplantation. Aux fins de la période de survie, la date du diagnostic est la date d'inscription de la personne assurée au centre de transplantation. Le diagnostic d'insuffisance fonctionnelle d'un organe majeur doit être posé par un spécialiste dans le domaine approprié.

**Insuffisance fonctionnelle d'un organe majeur sur la liste d'attente** signifie qu'un diagnostic définitif d'insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse et une transplantation doivent être médicalement nécessaires. Pour être admissible à une greffe d'organe majeur, la personne assurée doit subir une transplantation à titre de receveur d'un cœur, d'un poumon, d'un foie, d'un rein ou de moelle osseuse et se limiter à ces droits. Le diagnostic d'insuffisance fonctionnelle d'un organe majeur doit être posé par un spécialiste dans le domaine approprié.

**Maladie des motoneurones** signifie un diagnostic définitif de l'un (1) des éléments suivants seulement :

sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig); sclérose latérale primitive; atrophie musculaire spinale progressive; paralysie bulbaire progressive; paralysie pseudo-bulbaire.

Le diagnostic de maladie des motoneurones doit être posé par un spécialiste dans le domaine approprié.

**Sclérose en plaques** désigne un diagnostic définitif d'au moins un (1) des éléments suivants :

deux (2) ou plus de deux (2) crises cliniques distinctes, confirmées par imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux montrant des lésions multiples ou une démyélinisation; des anomalies neurologiques bien définies de plus de six (6) mois confirmées par imagerie IRM du système nerveux montrant des lésions multiples de démyélinisation; une seule crise, confirmée par imagerie IRM du système nerveux qui montre plusieurs lésions de démyélinisation qui se sont développées à intervalle d'au moins un (1) mois.

Le diagnostic de sclérose en plaques doit être posé par un spécialiste dans le domaine approprié.

**Dystrophie musculaire** signifie un diagnostic précis de tous les éléments suivants :

Présentation clinique incluant la faiblesse des muscles squelettiques, les douleurs musculaires et la myotonie; les changements caractéristiques de l'électromyographie; la biopsie musculaire confirmant le diagnostic de dystrophie musculaire.

Le diagnostic de dystrophie musculaire doit être posé par un spécialiste dans le domaine approprié.

**Infection professionnelle par le VIH** désigne un diagnostic définitif d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle au cours de l'exercice normal de l'activité professionnelle de la personne assurée qui l'expose à des liquides organiques contaminés par le VIH. La blessure accidentelle ayant mené à l'infection doit s'être produite après la date de prise d'effet de la garantie ou la date de prise d'effet de la dernière date de remise en vigueur de la couverture, selon la plus tardive des deux.

Le paiement en vertu de cette affection nécessite la satisfaction de toutes les conditions suivantes :

la blessure accidentelle doit être signalée à l'assureur dans les quatorze (14) jours suivant l'événement; un test sérique du VIH doit être effectué dans les quatorze (14) jours suivant la blessure accidentelle et le résultat doit être négatif; un test sérique du VIH doit être effectué entre 90 jours et 180 jours après la blessure et le résultat doit être positif; tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire dûment agréé au Canada ou aux États-Unis; la blessure accidentelle doit avoir été déclarée, examinée et documentée conformément aux

directives canadiennes ou américaines actuelles en matière de travail.

Le diagnostic d'infection professionnelle au VIH doit être posé par un spécialiste dans le domaine approprié.

**Exclusion :** Aucune prestation ne sera versée en vertu de cette affection si :

la personne assurée a choisi de ne pas prendre de vaccin homologué disponible offrant une protection contre le VIH; un remède homologué contre l'infection au VIH est devenu disponible avant la blessure accidentelle; l'infection au VIH est survenue à la suite d'une blessure non accidentelle, y compris, sans s'y limiter, la transmission sexuelle et la consommation intraveineuse (IV) de drogue.

**Paralysie** s'entend d'un diagnostic définitif de la perte totale de la fonction musculaire de deux (2) membres ou plus en raison d'une blessure ou d'une maladie de l'innervation de ces membres, pendant une période d'au moins 90 jours après l'événement déclencheur. Le diagnostic de paralysie doit être posé par un spécialiste dans le domaine approprié.

**Maladie de Parkinson** désigne un diagnostic définitif de maladie de Parkinson idiopathique primitive caractérisée par au moins deux (2) des manifestations cliniques suivantes :

rigidité musculaire; bradykinésie des tremblements (lenteur anormale des mouvements, inertie des réponses physiques et mentales).

Le diagnostic de la maladie de Parkinson doit être posé par un spécialiste dans le domaine approprié.

**Exclusion :** Aucune prestation ne sera payable en vertu de cette affection pour tous les autres types de parkinsonisme.

**Hypertension artérielle pulmonaire primitive** (hypertension artérielle pulmonaire idiopathique et hypertension artérielle pulmonaire familiale) désigne un diagnostic définitif d'hypertension artérielle pulmonaire primitive accompagnée d'une hypertrophie ventriculaire droite importante confirmée par des examens comprenant un cathétérisme cardiaque, entraînant une déficience physique irréversible permanente et irréversible d'au moins la classe IV de la New York Heart Association Classification of Cardiac Impairment. Le diagnostic d'hypertension artérielle pulmonaire primitive doit être posé par un spécialiste dans le domaine approprié.

La NYHA Classification of Cardiac Impairment (source : *Current medical diagnosis and Treatment-39th Edition*) indique ce qui suit au sujet de la classe IV :

*« Incapacité de faire de l'activité physique sans inconfort. Les symptômes peuvent être présents même au repos ».*

**Exclusion :** Aucune prestation ne sera versée en vertu de cette affection pour tous les autres types d'hypertension artérielle pulmonaire.

**Brûlures graves** signifie un diagnostic définitif de brûlures au troisième (3$^{e}$) degré qui couvre au moins 20 % de la surface du corps. Le diagnostic de brûlures graves doit être posé par un spécialiste du domaine approprié.

**Cancer de la prostate de stade A (T1A ou T1B)** – le diagnostic de cette maladie doit être posé par un spécialiste et confirmé par un examen pathologique du tissu prostatique.

**Mélanome malin de stade 1A** désigne un mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V. Le diagnostic de cette maladie doit être posé par un spécialiste et confirmé par biopsie.

**AVC** (accident vasculaire cérébral) désigne le diagnostic définitif d'un événement vasculaire cérébral actif causé par une thrombose ou une hémorragie intracrânienne ou une embolie d'origine extra-crânienne avec :

Apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques; nouveaux déficits neurologiques objectifs à l'examen clinique, persistant plus de trente (30) jours après la date du diagnostic.

Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique. Le diagnostic d'accident vasculaire cérébral doit être posé par un spécialiste dans le domaine approprié.

**Exclusion :** Aucune prestation ne sera versée en vertu de cette affection pour :

accidents ischémiques transitoires; événements vasculaires intracérébraux dus à un traumatisme; infarctus lacunaires qui ne correspondent pas à la définition de l'AVC telle que décrite ci-dessus.

## Définitions – Enfants à charge

**Chirurgie aortique** désigne une intervention chirurgicale pour une maladie de l'aorte nécessitant une excision et le remplacement chirurgical de l'aorte malade par une greffe. L'aorte désigne l'aorte thoracique et abdominale, mais pas ses branches. La chirurgie doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste dans le domaine approprié.

**Tumeur cérébrale bénigne** signifie le diagnostic définitif d'une tumeur non maligne située dans la voûte crânienne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à la glande pituitaire. La tumeur doit nécessiter une intervention chirurgicale ou une radiothérapie ou entraîner un ou des déficits neurologiques objectifs irréversibles. Le diagnostic de tumeur cérébrale bénigne doit être posé par un spécialiste dans le domaine approprié.

**Exclusion :** Aucune prestation ne sera payable dans cette condition pour les adénomes hypophysaires de moins de 10 mm.

**Exclusion de la période du moratoire** – Aucune prestation ne sera payable en vertu de cette affection si, dans les 90 premiers jours suivant le dernier en date des jours suivants :

la date de prise d'effet de la garantie; la date de prise d'effet de la dernière date de remise en vigueur de la couverture, la personne assurée présente l'une des caractéristiques suivantes :

signes, symptômes ou examens qui mènent au diagnostic d'une tumeur cérébrale bénigne, quel que soit le moment où le diagnostic est posé; diagnostic d'une tumeur cérébrale bénigne.

Les renseignements médicaux décrits ci-dessus doivent être communiqués à l'assureur dans les six (6) mois suivant la date du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis, l'assureur a le droit de refuser toute demande de règlement pour tumeur cérébrale bénigne ou toute maladie grave causée par une tumeur cérébrale bénigne ou son traitement.

**Cécité** signifie un diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de la vision dans les deux yeux, attestée par :

l'acuité visuelle corrigée étant de 20/200 ou moins dans les deux yeux; le champ de vision étant inférieur à 20 degrés dans les deux yeux.

Le diagnostic de cécité doit être posé par un spécialiste dans le domaine approprié.

**Cancer (mettant la vie en danger)** signifie un diagnostic définitif d'une tumeur caractérisée par la croissance et la propagation incontrôlées de cellules malignes et par l'invasion de tissus. Le diagnostic de cancer doit être posé par un spécialiste dans le domaine approprié.

**Exclusion :** Aucune prestation ne sera versée en vertu de cette affection pour les cancers suivants qui ne mettent pas la vie en danger :

carcinome in situ; mélanome malin de stade 1A (mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau IV ou V de Clark); tout cancer de la peau non mélanique non métastasé; cancer de la prostate de stade A (T1a ou T1b).

**Exclusion de la période du moratoire** – Aucune prestation ne sera payable en vertu de cette affection si, dans les 90 premiers jours suivant le dernier en date des jours suivants :

la date de prise d'effet de la garantie; la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de la garantie, la personne assurée présente l'une des caractéristiques suivantes :

les signes, symptômes ou examens qui mènent au diagnostic de cancer (couverts ou exclus en vertu du contrat), peu importe le moment où le diagnostic est posé; le diagnostic de cancer (couvert ou exclu en vertu du contrat).

Les renseignements médicaux décrits ci-dessus doivent être communiqués à l'assureur dans les six (6) mois

suivant la date du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis, l'assureur a le droit de refuser toute demande de règlement pour un cancer ou toute maladie grave causée par un cancer ou son traitement.

**Infirmité motrice cérébrale** désigne un trouble chronique, diagnostiqué par un médecin spécialiste autorisé, qui apparaît au cours des premières années de la vie et qui est causé par des lésions aux zones motrices du cerveau, caractérisé par des degrés variables de faiblesse des membres, des mouvements involontaires et des troubles de la parole.

**Coma** désigne le diagnostic définitif d'un état d'inconscience sans réaction aux stimuli externes ou réponse aux besoins internes pendant une période continue d'au moins 96 heures et pendant laquelle le score de coma de Glasgow doit être de quatre (4) ou moins. Le diagnostic de coma doit être posé par un spécialiste dans le domaine approprié.

**Exclusions :** Aucune prestation ne sera versée en vertu de cette affection pour :

un coma d'origine médicale; un coma qui résulte directement de la consommation d'alcool ou de drogues; un diagnostic de mort cérébrale.

**Cardiopathie congénitale nécessitant une chirurgie** désigne toute malformation cardiaque grave présente à la naissance, diagnostiquée par un médecin spécialiste autorisé, pour laquelle une chirurgie corrective a été effectuée.

**Fibrose kystique** désigne une maladie génétique, diagnostiquée par un médecin spécialiste agréé, affectant les glandes sudoripares et muqueuses, en particulier les poumons et le système digestif, caractérisée par une production excessive de mucus épais entraînant une maladie respiratoire chronique progressive et des problèmes nutritionnels.

**Surdité** désigne un diagnostic définitif de perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles, avec un seuil auditif de 90 décibels ou plus à l'intérieur du seuil de parole de 500 à 3 000 hertz. Le diagnostic de surdité doit être posé par un spécialiste dans le domaine approprié.

**Syndrome de Down** désigne une maladie congénitale, diagnostiquée par un médecin spécialiste autorisé, causée par une copie supplémentaire du chromosome 21, caractérisée principalement par divers degrés de retard mental, bien que d'autres anomalies, notamment une cardiopathie congénitale, puissent être présentes.

**Remplacement d'une valvule cardiaque** signifie subir une intervention chirurgicale pour remplacer toute valeur cardiaque par une valvule naturelle ou mécanique. La chirurgie doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste dans le domaine approprié.

**Exclusion :** Aucune prestation n'est payable en vertu de cette affection pour la réparation d'une valvule cardiaque.

**Insuffisance rénale** désigne le diagnostic définitif d'insuffisance rénale chronique irréversible des deux reins, de sorte qu'une hémodialyse régulière, une dialyse péritonéale ou une transplantation rénale est amorcée. Le diagnostic d'insuffisance rénale doit être posé par un spécialiste dans le domaine approprié.

**Perte de membres** s'entend d'un diagnostic définitif de sectionnement complet de deux (2) membres ou plus au niveau ou au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville à la suite d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire. Le diagnostic de perte de membres doit être posé par un spécialiste dans le domaine approprié.

**Perte de la parole** s'entend d'un diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de la capacité de parler, à la suite d'une blessure ou d'une maladie physique, pendant une période d'au moins 180 jours. Le diagnostic de perte de la parole doit être posé par un spécialiste dans le domaine approprié.

**Exclusion :** Aucune prestation ne sera versée en vertu de cette affection pour toutes les causes d'ordre psychiatrique.

**Insuffisance fonctionnelle majeure d'un organe sur la liste d'attente** signifie qu'un diagnostic définitif d'insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse et une transplantation doivent être médicalement nécessaires. Pour être admissible en vertu de l'insuffisance fonctionnelle d'un organe majeur sur la liste d'attente, la personne assurée doit être inscrite comme receveuse dans un centre de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis qui effectue la forme requise de chirurgie de

transplantation. Aux fins de la période de survie, la date du diagnostic est la date d'inscription de la personne assurée au centre de transplantation. Le diagnostic d'insuffisance fonctionnelle d'un organe majeur doit être posé par un spécialiste dans le domaine approprié.

**Greffe d'un organe majeur** signifie qu'un diagnostic définitif d'insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse et une greffe doit être médicalement nécessaire. Pour être admissible à une greffe d'organe majeur, la personne assurée doit subir une transplantation à titre de receveur d'un cœur, d'un poumon, d'un foie, d'un rein ou de moelle osseuse et se limiter à ces droits. Le diagnostic d'insuffisance fonctionnelle d'un organe majeur doit être posé par un spécialiste dans le domaine approprié.

Brûlures graves signifie un diagnostic définitif de brûlures au troisième (3e) degré sur au moins 20 % de la surface du corps. Le diagnostic de brûlures graves doit être posé par un spécialiste dans le domaine approprié.

**Brûlures graves** signifie un diagnostic définitif de brûlures au troisième (3e) degré qui couvre au moins 20 % de la surface du corps. Le diagnostic de brûlures graves doit être posé par un spécialiste dans le domaine approprié.

**Lésion cérébrale grave** s'entend de toute lésion diagnostiquée par un médecin et caractérisée par un trouble envahissant du développement ou une déficience intellectuelle grave qui empêche une personne d'accomplir les activités courantes de la vie quotidienne et qui nécessite des services professionnels spécialisés pour son traitement, sa réadaptation, sa rééducation ou sa scolarité sur une base quotidienne.

**Déficience mentale grave** s'entend d'une déficience qui, lorsqu'elle est évaluée au moyen d'un examen standard, démontre qu'une personne a un QI inférieur à 70.

**Spina-bifida kystique** s'entend d'une anomalie congénitale, diagnostiquée par un médecin spécialiste autorisé, causée par l'incapacité de la colonne vertébrale à se fermer correctement, permettant à la moelle épinière et à son revêtement protecteur (méninges) de faire saillie à travers la peau, caractérisée par des degrés variables de l'hydrocéphalie, paralysie, intestin et vessie suivants.

# VI. Assurance invalidité de longue durée

Cette option offre une sécurité de revenu si vous devenez totalement invalide et le demeurez pendant une longue période de temps. Pour recevoir cette prestation, vous devez demeurer sous les soins continus d'un médecin.

## Admissibilité

Tous les membres actifs du NSTU et tous les employés permanents à temps plein ou à temps partiel du NSTU ou du Teachers *Plus* Credit Union de moins de 65 ans qui résident au Canada. Un membre du régime qui est en congé autorisé et qui devient membre associé du NSTU peut continuer à recevoir des prestations sur une base de rémunération directe en communiquant avec Johnson Inc.

Le régime d'assurance invalidité de longue durée est obligatoire pour tous les participants sans possibilité de se retirer, à moins que la condition suivante ne soit remplie :

a) Le membre du régime est âgé de 65 ans ou compte 35 années de service ouvrant droit à pension moins les congés de maladie accumulés.

Un membre sera admissible à la garantie à condition qu'il réponde aux exigences suivantes :

- Est activement employé.
- Est âgé de moins de 65 ans.

## Définition de l'invalidité totale

**Membre totalement invalide** : Pendant la période d'admissibilité et les 24 mois suivants, un membre est totalement invalide lorsqu'il est totalement et continuellement invalide pour cause de maladie ou de blessure corporelle et, par conséquent, qu'il ne possède pas les aptitudes physiques ou mentales nécessaires pour accomplir les tâches essentielles de son travail normal.

Par la suite, un membre est frappé d'invalidité totale à condition qu'il soit frappé d'invalidité totale et continue de l'être en raison d'une maladie ou d'un dommage corporel et, par conséquent, qu'il ne soit pas physiquement ou mentalement apte à remplir les fonctions essentielles de :

son occupation normale; et

toute autre occupation, fonctions ou travail;

(i) pour lesquelles il/elle est, ou devient qualifié(e) par ses études, sa formation ou son expérience, considérées collectivement ou séparément;

(ii) dont la rémunération mensuelle courante est égale ou supérieure à 75 % de la rémunération mensuelle courante pour l'occupation normale du membre.

La disponibilité de ces occupations, emplois ou fonctions ne sera pas prise en compte dans l'évaluation de l'invalidité du membre.

Un membre qui doit détenir un permis ou une licence du gouvernement pour exercer ses fonctions ne sera pas considéré comme totalement invalide du seul fait que ce permis ou cette licence lui a été retiré ou non renouvelé.

## Invalidités récurrentes

Si vous cessez d'être totalement invalide au cours de la période d'admissibilité et redevenez invalide pour la même raison dans un délai de deux semaines, la période d'admissibilité sera prolongée du nombre de jours pendant lesquels vous cessez d'être invalide.

L’invalidité totale d’un membre peut être considérée comme une récurrence de son invalidité totale antérieure si les conditions suivantes sont remplies :

Le membre a reçu des prestations en vertu de ce contrat.

Le membre redevient totalement invalide après être retourné au travail à temps plein, à temps partiel, à l’essai ou en contrat à durée déterminée, dans les six mois suivant la fin de la période pour laquelle les prestations ont été versées.

L’invalidité totale subséquente est due à une blessure ou à une maladie directement liée aux causes de l’invalidité totale précédente.

Si le membre a participé à un programme de réadaptation :

devient par la suite totalement invalide en raison d’une blessure ou d’une maladie directement liée aux causes de l’invalidité totale immédiatement précédente; ou

n’a pas pu continuer à participer à ce programme en raison de l’invalidité totale pour laquelle il a reçu des prestations en vertu du présent contrat;

alors, aux fins de la présente disposition, l’invalidité du membre peut être considérée comme récurrente.

Si l’invalidité est considérée comme récurrente, la prestation mensuelle est assujettie à toutes les dispositions de la présente garantie, sauf les exceptions suivantes :

Le membre a le droit de reprendre le versement des prestations à la date à laquelle l’invalidité se reproduit.

La prestation mensuelle sera basée sur le même niveau de revenu qu’à la date initiale de l’invalidité.

Si l’invalidité n’est pas considérée comme récurrente, toutes les dispositions de la présente garantie s’appliquent comme dans le cas d’une nouvelle demande de règlement.

## Prestation

Si vous avez un contrat à temps plein, les prestations sont basées sur **70 %** du salaire mensuel brut enregistré à la date à laquelle les prestations d’invalidité commencent à être versées. Si vous avez un contrat à temps partiel, les prestations sont basées sur **70 %** du salaire mensuel brut enregistré à la date à laquelle les prestations d’invalidité commencent à être versées.

Les gains sont définis comme vos gains mensuels bruts, à l’exclusion des primes, des commissions et des heures supplémentaires. Dans le cas des membres du régime de congé à traitement différé, les gains sont calculés comme si le membre n’était pas inscrit au régime de congé à traitement différé. Les gains sont déterminés, le cas échéant, sur la base d’une rémunération mensuelle égale à 1/12$^{e}$ des gains annuels et d’une rémunération journalière égale à 1/30$^{e}$ des gains mensuels.

Ce montant sera réduit des autres revenus auxquels vous pourriez avoir droit de recevoir des sources suivantes. S’il est admissible, un membre doit présenter une demande pour ce qui suit :

(a) Prestations d’invalidité ou de service payables en vertu d’un régime public de pensions (le Régime de pensions du Canada ou le Régime de rentes du Québec) à l’exclusion des prestations payables à l’employé au nom des personnes à sa charge.

(b) Prestations d’invalidité ou de service payables en vertu du Régime de retraite des enseignants (RRE).

(c) Prestations payables en vertu de la *Workers’ Compensation Act*.

Après la période d’admissibilité, la prestation est versée mensuellement jusqu’au rétablissement ou jusqu’à l’âge

de 65 ans, selon la première éventualité. Le salaire mensuel est comptabilisé au 1/12e du salaire annuel pour le calcul de la prime et des prestations.

Les enseignants qui reçoivent une demande de prestations d'invalidité de longue durée (ILD) approuvée continuent d'accumuler du service ouvrant droit à pension. Pour ce faire, les cotisations au régime de retraite doivent être versées pendant que vous recevez des prestations d'ILD par l'entremise du régime collectif d'ILD du NSTU. La province de la Nouvelle-Écosse continuera également de verser les contributions requises. **Ceci s'applique à tous les enseignants qui reçoivent des prestations d'ILD à compter du 1er août 2014.**

**Le programme d'invalidité de longue durée du NSTU est un régime imposable.**

## Période d'admissibilité

Quatre-vingt-dix (90) jours civils (environ 60 jours de congé de maladie) ou congés de maladie accumulés, le plus élevé des deux montants étant retenu.

Les membres qui ont accumulé moins de 90 jours civils (environ 60 jours de congé de maladie) de congés de maladie cumulés devraient présenter une demande de prestations de maladie et d'assurance-emploi et de prestations pour invalidité. La demande de prestations de maladie et d'invalidité de l'assurance-emploi doit être présentée au moins 10 jours d'enseignement avant l'expiration du congé de maladie.

Si vous n'êtes pas admissible aux prestations de maladie et d'invalidité de l'assurance-emploi en fonction du nombre d'heures de travail requises au cours des 52 dernières semaines, vous pouvez demander un paiement discrétionnaire pour invalidité de longue durée en vertu du fonds en fiducie d'assurance collective du NSTU. Veuillez communiquer avec les fiduciaires d'assurance du NSTU pour obtenir des détails et de l'aide.

## Réadaptation

Un programme de réadaptation jugé bénéfique pour un membre totalement invalide sera recommandé ou approuvé par le préposé au règlement des demandes, à sa discrétion, en fonction de la nature et de la durée prévue de l'invalidité du membre, de ses études, de sa formation ou de son expérience, et du niveau d'activité requis pour reprendre un emploi actif.

Sur recommandation du préposé au règlement des demandes, le programme de réadaptation sera élaboré par les conseillers en réadaptation du préposé au règlement des demandes avec la collaboration du membre et l'aide de son médecin, de l'employeur et d'un spécialiste en matière de réadaptation. Un programme de réadaptation qui n'est pas élaboré par le préposé au règlement des demandes doit être approuvé par ce dernier pour que les dispositions de la présente clause s'appliquent.

Un programme de réadaptation peut comprendre du travail pour l'employeur, tel que défini dans le contrat, ou pour tout autre employeur jugé acceptable par le préposé au règlement des demandes.

Les prestations mensuelles ne cesseront pas pour un membre qui est en mesure de travailler dans le cadre d'un programme de réadaptation et qui reçoit un revenu de réadaptation, mais elles continueront comme suit :

Le montant de la prestation mensuelle sera réduit de 50 % du revenu de réadaptation du membre.

Les prestations cesseront lorsque le revenu de réadaptation du participant sera égal ou supérieur à 75 % de la rémunération mensuelle courante pour l'occupation normale du membre.

Les prestations seront versées pendant une période maximale de 24 mois, à moins que les versements ne cessent plus tôt conformément aux dispositions ci-dessus.

Si le membre ne peut poursuivre un programme de réadaptation en raison de son invalidité, il sera de nouveau assujetti aux dispositions habituelles relatives au versement des prestations.

## Indemnité pour coût de la vie

Les fiduciaires ont approuvé la procédure suivante pour l'examen d'un paiement annuel au titre du coût de la vie :

(a) En janvier de chaque année civile, les fiduciaires décideront si un paiement au titre du coût de la vie doit ou non être versé aux prestataires d'invalidité de longue durée.

(b) Les fiduciaires détermineront le montant du paiement, s'il y a lieu.

(c) Si un paiement au titre du coût de la vie est déclaré, il est appliqué sur la base suivante :

  (i) la prestation devient payable le 31 janvier de chaque année civile;

  (ii) la prestation s'appliquera à tous les prestataires qui étaient en demande le 31 décembre de l'année civile précédant l'année au cours de laquelle la prestation est versée, pourvu que le prestataire ait été en demande pendant deux années consécutives ou plus;

  (iii) la prestation n'est pas versée si le prestataire n'a pas réglé ses demandes de prestations du Régime de pensions du Canada et du Régime de retraite des enseignants de la Nouvelle-Écosse ou s'il a un trop-perçu en souffrance.

**Cette prestation est subventionnée par le fonds fiduciaire d'assurance collective du NSTU.**

## Cessation du paiement des prestations

Vos versements mensuels cesseront à la première des éventualités suivantes :

- La date à laquelle vous n'êtes plus totalement invalide.
- La date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans. Toutefois, si vous terminez la période d'admissibilité après votre 64e anniversaire de naissance, mais avant votre 65e anniversaire, les versements mensuels de revenu se poursuivront au-delà de 65 ans, jusqu'à ce qu'un total de 12 versements mensuels aient été effectués.
- La date à laquelle vous omettez de subir, à la demande de la compagnie d'assurance, des examens médicaux, psychiatriques, psychologiques, éducatifs et/ou professionnels par des examinateurs choisis par la compagnie d'assurance.
- La date à laquelle vous omettez de suivre un traitement médical, psychiatrique ou psychologique ou de participer à un programme de réadaptation ou à un programme de traitement de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou d'abus de substances, sur recommandation de la compagnie d'assurance.
- La date à laquelle vous êtes incarcéré dans une prison ou un établissement psychiatrique sous l'autorité d'un tribunal criminel.
- La date à laquelle vous refusez de remplir et de retourner un formulaire d'entente de remboursement/d'instructions ou de vous conformer aux modalités d'une entente de remboursement/d'instructions signée, sur demande, relativement à une invalidité payable en vertu d'un régime de retraite public, du régime de retraite des enseignants ou de l'indemnisation des accidents du travail.
- Si vous deviez mourir.

## Exceptions et limitations

Les prestations pour invalidité de longue durée ou les prestations en espèces pour frais d'hospitalisation ne seront pas versées pour :

- Une invalidité causée par des blessures ou des maladies auto-infligées.
- Une invalidité résultant d'une insurrection, d'une guerre, du service dans les forces armées d'un pays ou de la participation à une émeute.
- Grossesse ou accouchement normal.

Les complications dues à la grossesse sont couvertes. Toutefois, toute invalidité, quelle qu'en soit la cause, ne sera pas admissible aux prestations lorsque vous êtes en congé de maternité ou que votre employeur pourrait vous mettre en congé de maternité conformément à la législation gouvernementale pertinente ou au congé dont vous et votre

employeur avez convenu.

## Exonération de prime

Les primes sont exigibles et payables pendant le délai de carence. Toutefois, une fois le délai de carence satisfait, les primes échues pendant que vous recevez des prestations d'invalidité de longue durée seront exonérées.

## Procédures de demande de règlement

### CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

N'ATTENDEZ PAS QUE LES CONGÉS DE MALADIE ACCUMULÉS EXPIRENT!

Bien qu'une demande ne soit normalement envoyée à la compagnie d'assurance que trois (3) mois avant l'expiration du congé de maladie, il est essentiel que votre demande soit soumise rapidement afin d'éviter tout retard indu dans le traitement de l'information. Si vous avez été en congé de maladie accumulé pendant 20 jours consécutifs ou plus, et même si vous prévoyez retourner au travail avant l'expiration de votre congé de maladie accumulé, veuillez communiquer avec l'administrateur, Johnson Inc. dès que possible. La première étape consistera à déterminer si vous devez effectivement présenter une demande de règlement.

Le spécialiste des réclamations de Johnson Inc. aidera les membres à comprendre le processus et les exigences relatives aux demandes de prestations d'invalidité de longue durée. Les spécialistes des réclamations, le gestionnaire du programme d'intervention précoce du NSTU ou le coordonnateur de cas vous aideront dans ce processus, au besoin.

Si une demande de règlement doit être présentée, on vous remettra une Déclaration du demandeur à remplir. Il y aura une déclaration du médecin traitant à remplir par votre médecin de famille, ainsi que d'autres déclarations du médecin traitant à remplir par tout spécialiste traitant. Selon les circonstances et la durée de l'absence du travail, l'assureur peut exiger, conformément à la disposition du contrat d'invalidité, que vous soyez sous les soins ou le traitement d'un spécialiste avant de déterminer votre admissibilité aux prestations.

Les formulaires remplis sont envoyés à Johnson Inc. puis à la compagnie d'assurance.

C'est la compagnie d'assurance qui détermine si vous êtes admissible à des prestations d'invalidité. Leur décision est basée sur une évaluation de votre niveau fonctionnel et/ou de votre déficience médicale, en fonction des exigences de votre profession. L'information sur laquelle cette décision est fondée doit être 1) complète, 2) claire et 3) valide. Après analyse de toutes les informations, une décision vous sera communiquée.

## Rôles et responsabilités

**LA COMPAGNIE D'ASSURANCE :**

- Sera responsable de l'évaluation initiale et continue et de la gestion de votre demande;
- Continuera à recueillir tous les renseignements, médicaux ou autres, nécessaires à l'évaluation et à la gestion continues;
- Coordonnera les efforts de retour au travail dès que possible, lorsque c'est une option, en utilisant les services de leur spécialiste en réadaptation;
- Maintiendra des voies de communication ouvertes entre vous, votre médecin, votre employeur (si possible), votre syndicat et Johnson Inc.

**VOUS, LE DEMANDEUR, DEVEZ :**

- Fournir les renseignements initiaux requis pour la documentation et l'évaluation initiale de votre dossier;
- Aviser la compagnie d'assurance si vous retournez au travail ou si vous êtes prêt à travailler, à temps partiel ou à temps plein, pour votre propre employeur, un autre employeur ou vous-même;
- Consulter votre médecin régulièrement et suivre les recommandations du traitement afin d'en tirer le

maximum d'avantages;

- Établir des objectifs de retour au travail et, s'il y a lieu, travailler en collaboration avec le spécialiste en réadaptation de la compagnie d'assurance.

De plus, vous devriez maintenir le contact avec votre employeur et vos collègues de travail.

Les prestations d'invalidité de longue durée seront versées conformément à ce qui est précisé dans votre attestation d'assurance, pourvu que vous répondiez à la définition « d'invalidité » énoncée ci-dessus. À tout moment, si la compagnie d'assurance détermine que vous ne répondez plus à cette définition et que vous n'avez donc plus droit à des prestations d'invalidité, elle vous en avisera. Vous recevrez une lettre narrative expliquant la raison d'être d'une telle décision. Les prestations ne seront pas résiliées à terme échu et il y aura des instructions détaillées concernant le processus de résiliation et d'appel.

Si une demande de règlement est refusée dès le début, les mêmes procédures sont suivies, c.-à-d. une lettre détaillée expliquant la raison du refus, ainsi que des instructions détaillées pour l'appel. Un appel devrait être présenté par écrit, dans les 60 jours suivant la décision, pour refuser ou mettre fin aux prestations. L'appel doit être accompagné de nouveaux renseignements médicaux supplémentaires qui ne figuraient pas au dossier. Il peut s'agir de rapports narratifs, de résultats d'examens ou de rapports de conseillers.

## Programme d'intervention précoce destiné aux membres

Le Programme d'intervention précoce est un programme volontaire pour tous les membres du NSTU qui s'absentent du travail pour cause de blessure ou de maladie. Le programme offre des encouragements, du soutien et des possibilités de participation active afin de faciliter un retour rapide à la santé et au travail ou une demande rapide de prestations d'invalidité.

La participation au programme est volontaire. Les membres peuvent communiquer directement avec le gestionnaire de programme ou le coordonnateur de cas au NSTU s'ils estiment qu'une aide est nécessaire ou s'ils risquent de devenir invalides.

L'intervention peut comprendre des contacts téléphoniques occasionnels, de l'aide pour coordonner les services de santé et les rendez-vous, par exemple : médecin, thérapeute, conseiller, chiropraticien ou facilitation d'un plan de retour au travail et services de réadaptation professionnelle.

Le Programme d'intervention précoce s'engage à assurer la confidentialité des membres qui participent au programme. L'anonymat des membres est maintenu à moins qu'ils ne signent un formulaire qui autorise la divulgation de renseignements à des personnes identifiées.

Le dossier du membre sera conservé en lieu sûr dans les locaux du gestionnaire du Programme d'intervention précoce, l'édifice du NSTU à Halifax.

Si vous ou quelqu'un que vous connaissez avez des questions au sujet du programme, veuillez communiquer avec le gestionnaire du Programme d'intervention précoce ou le coordonnateur de cas du NSTU pour déterminer si ce programme peut vous être utile.

Téléphone : 902 477-5621
Numéro sans frais : 1 800 565-6788
Télécopieur : 902 477-3517
Site Internet : www.nstu.ca
Courriel : eip@nstu.ca

## Résiliation de l’assurance

Votre assurance cessera à la première des éventualités suivantes :

- Cessation d’emploi.
- Si vous deviez mourir.
- À la date à laquelle vous prenez votre retraite. Toutefois, la protection prend fin à la fin du mois pour lequel la dernière prime a été payée.
- Si vous entrez dans les forces armées de tout pays à plein temps.
- Résiliation du contrat ou de la garantie du groupe, de la division ou de la catégorie à laquelle vous appartenez.
- À la date à laquelle les cotisations ne sont plus versées pour couvrir le coût de votre assurance.
- À la date à laquelle vous atteignez l’âge de 65 ans moins la période d’admissibilité. Toutefois, la garantie prend fin à la fin du mois pour lequel la dernière prime a été payée.

## Prolongation des prestations

Les prestations d’invalidité de longue durée se prolongeront au-delà de votre date de cessation d’emploi, à condition que vous soyez devenu invalide pendant que vous étiez encore assuré, sous réserve de la période maximale de prestations. Les prestations continueront d’être versées conformément aux dispositions du contrat, sans égard à la résiliation ultérieure du contrat collectif. La compagnie d’assurance se réserve le droit d’exiger que, pendant que vous touchez un revenu d’invalidité de longue durée, vous fournissiez une preuve de la continuation de votre invalidité totale et que vous vous soumettiez à un examen par les conseillers médicaux de la compagnie d’assurance sur demande.

## Renseignements supplémentaires

Lorsqu’un changement de salaire survient en vertu de l’entente provinciale, le salaire et la prime enregistrés seront automatiquement rajustés dans le mois suivant la date de signature de l’entente.

Si vous désirez que votre salaire enregistré soit rajusté au cours de l’année en raison d’un changement autre que l’entente provinciale, vous devez écrire par courrier recommandé à Johnson Inc.

Le salaire enregistré ne peut être rajusté à la suite d’une invalidité.

# VII. MEDOC® – Régime d'assurance voyage collectif

## Régime d'assurance-maladie d'urgence à l'extérieur de la province ou du Canada

Le régime d'assurance voyage MEDOC® offre une couverture complète pour vos besoins de voyage dans un seul forfait pratique, avec des options adaptées à votre budget. Le régime provincial d'assurance-maladie offre une couverture de base limitée pour les déplacements à l'extérieur de votre province de résidence. En cas d'urgence médicale lors d'un voyage à l'extérieur du Canada, les coûts peuvent facilement augmenter et ne seront pas tous couverts par le régime gouvernemental.

Vous et/ou votre famille devez être assurés en vertu du régime provincial d'assurance-maladie de votre province de résidence pour être admissibles au régime. Vous pouvez également protéger votre conjoint et vos enfants à charge admissibles en vertu de l'option familiale.

**Prenez quelques minutes pour examiner les caractéristiques importantes de ce régime.**

Le régime d'assurance voyage MEDOC® vous assure, ainsi qu'aux membres de votre famille immédiate, pour les frais raisonnables et habituels découlant de toute maladie ou blessure soudaine et imprévue survenue au cours d'un voyage assuré et nécessitant un traitement médical immédiat par un médecin autorisé. Sous réserve des montants maximaux indiqués ci-dessous, le régime paie les frais admissibles moins le montant de tout autre régime d'assurance. Si vous êtes couvert par d'autres régimes, Croix Bleue Medavie coordonnera les prestations avec les autres régimes auxquels vous participez. Le remboursement total des frais ne dépassera pas 100 % du coût.

**Le régime d'assurance voyage MEDOC® comporte deux options : Le régime de base et le régime complémentaire, dont les modalités sont décrites séparément.**

## Le régime annuel de base

Le régime annuel de base est un régime continu qui offre une garantie en cas d'urgence médicale pour un nombre illimité de voyages, jusqu'à concurrence de 35 jours consécutifs par voyage pendant l'année d'assurance. Une preuve de voyage n'est pas requise à moins qu'une demande de règlement ne soit présentée.

## Le régime complémentaire

Vous pouvez choisir d'être couvert par le régime complémentaire pour les voyages de plus de 45 jours consécutifs par voyage et d'augmenter progressivement de 15 jours jusqu'à concurrence d'une limite de 210 jours. **Vous devez signaler toute la période du voyage depuis le premier jour. Les options du régime complémentaire comprennent la couverture du régime de base annuel.**

## Affections préexistantes

Ce régime ne couvre que les urgences et ne couvre pas les frais engagés en raison d'un état de santé préexistant, à moins que l'état de santé soit demeuré stable pendant une période de six mois immédiatement avant la date d'achat du voyage. Pour être considéré comme médicalement stable, vous ne devez pas :

- avoir été traité ou évalué pour de nouveaux symptômes ou un nouveau diagnostic;
- avoir eu de symptômes dont la fréquence ou la gravité ont augmenté ou les résultats de l'examen indiquent que l'état s'est aggravé;
- avoir été prescrit un nouveau traitement ou un changement de traitement pour l'affection;
- avoir été hospitalisé ou traité à l'hôpital ou référé à un spécialiste pour l'affection en question;
- être en attente d'un nouveau traitement, d'examens, de consultations ou de références concernant l'état

de santé (n'inclut pas les examens de routine à condition que les résultats se situent dans les limites normales et qu'aucun changement de traitement ne soit recommandé).

Cette garantie ne couvre pas non plus les frais engagés à la suite d'une affection causée par un changement de médicament dans les 90 jours précédant le départ (en général, ne comprend pas les changements courants de médicaments dans le cadre d'un plan de traitement établi, c'est-à-dire les ajustements quotidiens ou hebdomadaires des anticoagulants ou de l'insuline selon les résultats des analyses sanguines OU un changement à un produit générique, à moins que le dosage soit modifié).

Pour plus de précisions sur la clause relative aux affections préexistantes, votre appel sera dirigé vers le fournisseur, qui discutera de vos renseignements médicaux avec vous.

## Admissibilité

Le régime d'assurance voyage MEDOC® est offert aux membres actifs et retraités et à leurs personnes à charge admissibles du NSTU. Pour être admissible à l'assurance, vous devez être un résident du Canada et être couvert par votre régime provincial.

# Comment adhérer au régime

Remplissez un formulaire d'adhésion, en indiquant la couverture requise et retournez-le à Johnson Inc.

Si vous avez besoin d'aide pour choisir la bonne couverture, un superviseur du service Johnson se fera un plaisir de vous aider.

Votre couverture du régime de base annuel entre en vigueur le jour où Johnson Inc. reçoit votre formulaire d'adhésion dûment rempli et signé. Votre régime complémentaire entrera en vigueur à la plus tardive des dates suivantes : (i) la date indiquée sur votre formulaire d'adhésion dûment rempli et signé ou (ii) la date à laquelle vous quittez votre province de résidence. Peu de temps après, vous recevrez une lettre de confirmation, un livret des prestations et une carte d'identité.

La première année, pour la première fois pour les membres de MEDOC® seulement, les primes du régime de base annuel sont calculées au prorata à partir de la date de prise d'effet de votre protection jusqu'à la date de renouvellement du contrat, soit le 1er septembre.

Le régime se renouvelle automatiquement le 1er septembre de chaque année. Vous recevrez un avis écrit à l'avance. Votre couverture sera maintenue au renouvellement pour l'année d'assurance suivante, à moins que vous ne fournissiez à Johnson Inc. un avis écrit de résiliation dans les 30 jours suivant la date de renouvellement. Les primes sont déduites mensuellement. Les primes du régime de base ne sont pas remboursables et ne peuvent être annulées.

*Les primes du régime complémentaire pour l'une ou l'autre des options par voyage comprennent la couverture pour tout autre voyage d'une durée de 35 jours consécutifs ou moins. Les primes sont déduites mensuellement pendant la période qui reste à partir de la date de prise d'effet de la couverture jusqu'au prochain renouvellement de la police, soit le 1er septembre. Aucune partie des primes du régime complémentaire ne sera calculée au prorata.

***Prolongation de la garantie – Régime complémentaire seulement***

Le contrat peut être prorogé d'une période supplémentaire, à condition que les prestations n'aient pas été utilisées au cours de la période précédente. Si des prestations ont été utilisées, la prolongation est au choix de l'assureur. Le formulaire d'adhésion pour la prolongation doit être reçu avant l'expiration de la première période de couverture. La période totale de couverture ne peut excéder un an. Veuillez noter que l'assureur n'approuve les prolongations que dans les 10 derniers jours du contrat en cours.

# Définition des personnes à charge

**« Conjoint »** a l'une des significations suivantes :

(a) le conjoint légalement marié du membre;

(b) une personne qui vit avec le membre de façon continue dans une relation conjugale qui n'est pas un mariage légal, pourvu que cette relation existe depuis au moins douze (12) mois consécutifs au moment de la proposition et immédiatement avant le moment où le statut de cette personne doit être déterminé aux fins de la garantie et que le participant la représente publiquement comme son conjoint.

Si vous avez eu plus d'un conjoint, votre conjoint ne doit être que la personne qui était votre conjoint le plus récent, selon les critères énoncés aux alinéas (a) et (b) ci-dessus.

**« Enfants à charge »** signifie soit des enfants naturels (légitimes ou illégitimes), des enfants adoptés, ou les beaux-enfants d'un employé qui sont :

a) âgés de moins de 21 ans, célibataires et dépendant de vous pour l'entretien et la subsistance;

b) âgés de moins de 27 ans et célibataires et qui fréquentent* un établissement d'enseignement supérieur et qui dépend de vous pour l'entretien et la subsistance;

c) tout enfant ayant une déficience fonctionnelle peut demeurer assuré au-delà de l'âge maximal. Lorsque l'enfant atteint l'âge maximal, il doit encore être incapable de subvenir à ses besoins et dépendre entièrement de vous pour son soutien et sa subsistance.

« **Personnes à charge ayant dépassé l'âge »** – Au 21e anniversaire de naissance de votre personne à charge, vous devez fournir à Johnson Inc. une preuve de fréquentation à temps plein d'un établissement d'enseignement postsecondaire.

Tous les enfants à charge âgés de 21 à 27 ans fréquentant un établissement d'enseignement supérieur doivent fournir à Johnson Inc. en septembre de chaque année une preuve de fréquentation à temps plein d'un établissement d'enseignement postsecondaire.

La preuve doit indiquer clairement le nom de votre personne à charge, son statut à temps plein et le semestre et peut comprendre, sans toutefois s'y limiter, l'un des éléments suivants :

1. Horaire des cours confirmant le statut d'étudiant à temps plein.
2. Facture des frais de scolarité payés confirmant le statut d'étudiant à temps plein.
3. Une lettre de l'établissement d'enseignement confirmant le statut d'étudiant à temps plein (tous les frais associés sont à votre charge).

Indiquer sur la preuve de statut plein temps, votre nom et le numéro professionnel.

**Apprentissage en ligne examiné sur une base individuelle.**

**Si votre personne à charge ayant dépassé l'âge cesse de s'inscrire à un programme d'études officiel ou qu'elle obtient son diplôme, vous devez aviser Johnson Inc. immédiatement pour mettre fin à la garantie en cas de dépassement de l'âge.**

**Si vous fréquentez un collège ou une université à l'extérieur du Canada, une personne à charge est couverte lorsque vous voyagez à l'extérieur de la région de résidence.**

# Prestations

Dépenses admissibles :

**Frais médicaux d'urgence** – Cette garantie couvre les frais d'hospitalisation d'urgence, de chirurgie et de traitement médical pour les cas suivants :

- Hébergement et repas à l'hôpital, y compris une unité de soins intensifs ou de soins coronariens, les frais

d'hébergement en salle standard, en chambre à deux lits ou en chambre à un lit lorsque le médecin traitant l'atteste nécessaire du point de vue médical;

- Autres fournitures et services hospitaliers;
- Traitement médical, chirurgical ou anesthésique par un médecin ou un chirurgien agréé;
- Radiographies et autres tests diagnostiques;
- Utilisation d'une salle d'opération, anesthésie et pansement chirurgical;
- Coût d'un service d'ambulance agréé;
- Frais d'urgence en consultation externe;
- Médicaments et médicaments pour lesquels une ordonnance écrite d'un médecin titulaire d'un permis est légalement requise;
- Coût de location d'un fauteuil roulant, location ou achat d'appareils médicaux mineurs comme des béquilles, des appareils orthodontiques et d'autres appareils médicaux thérapeutiques lorsque le médecin traitant en fait la demande.

**Transport aérien d'urgence ou évacuation** – Lorsque médicalement nécessaire, couvre les dépenses suivantes :

- Ambulance aérienne doit se rendre à l'établissement médical approprié le plus proche ou à un hôpital canadien;
- Tarif pour le transport en civière jusqu'au point de départ du domicile, y compris, lorsque cela est médicalement nécessaire, le tarif de retour et les frais professionnels approuvés d'une infirmière autorisée accompagnatrice ou d'un autre auxiliaire médical qualifié, qui n'est pas un parent de la personne assurée; et
- Frais en sus du tarif réservé ou du tarif d'affrètement préétabli engagé à la suite d'une modification du calendrier prévu, y compris le tarif additionnel d'une personne assurée admissible couverte en vertu du présent contrat qui voyageait avec la personne assurée en cause;
- Tarif de retour pour le transport d'un membre de la famille immédiate (conjoint, parent, enfant) pour se rendre aux côtés d'une personne assurée qui voyageait sans être accompagnée d'un membre adulte de la famille, à la suite d'une blessure grave ou d'une maladie nécessitant l'hospitalisation. La présence et le retour doivent avoir lieu dans les 10 jours suivant le congé de l'hôpital.

Toutes les dépenses de transport aérien doivent être approuvées et organisées à l'avance par Croix Bleue Medavie.

**Dépenses pour soins infirmiers privés** – Frais pour les services d'un(e) infirmier(ère) diplômé(e) autorisé(e) (IA), pour les soins infirmiers privés fournis dans un hôpital ou une résidence temporaire, lorsque cela est médicalement nécessaire et sur ordonnance du médecin traitant. La couverture n'est pas incluse pour les services infirmiers fournis par un parent du participant.

**Physiothérapie** – Frais pour les services d'un physiothérapeute agréé, lorsque recommandé par le médecin traitant.

**Frais dentaires d'urgence** – Cette garantie couvre les frais de réparation des dents naturelles et vitales, de fracture ou de luxation de la mâchoire à la suite d'une blessure causée par un coup externe pendant la durée du contrat. Elle couvre également le coût des extractions d'urgence, des obturations temporaires et des obturations de remplacement. La garantie est limitée à 1 000 $ par blessure et doit être fournie pendant la durée de la garantie.

**Pension et hébergement** – Les frais de repas et d'hébergement ou autres frais semblables jusqu'à concurrence de 150 $ par jour, jusqu'à concurrence de 1 500 $ pour les frais engagés par un participant ou par un compagnon de voyage, lorsqu'ils se rapportent à une période d'hospitalisation d'un participant.

**Rapatriement** – Si un participant décède au cours d'un voyage assuré, les frais de transport du participant décédé demeurent à sa province de résidence, jusqu'à concurrence de 3 000 $ par participant. Le coût d'un cercueil funéraire n'est pas couvert.

**Retour de véhicule** – Si un participant ou un membre de sa famille immédiate est incapable de conduire son propre véhicule ou un véhicule de location en raison d'une maladie, d'une blessure ou d'un décès pendant un voyage à l'extérieur de la province de résidence du participant, le présent régime prévoit le retour du véhicule et couvre les frais jusqu'à concurrence de 1 000 $, pourvu qu'aucune autre personne voyageant avec le participant assuré ne soit en mesure de conduire ce véhicule. Les prestations ne seront payables pour le retour du véhicule que si elles

ont été préapprouvées ou organisées par la Croix Bleue Medavie.

- Au lieu de résidence habituel du participant; ou
- À l'agence de location appropriée la plus proche.

## Maximum des prestations

Le régime rembourse tous les frais habituels et raisonnables engagés à la suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie, jusqu'à concurrence d'un montant maximal payable de 2 000 000 $ par incident, par participant couvert, et d'un montant maximal payable de 5 000 000 $ pour un événement.

Par événement, on entend toute demande de règlement connexe découlant d'un accident ou d'une cause, quel que soit le nombre de contrats ou de personnes assurées en cause.

Tous les frais et services habituels et raisonnables décrits dans la Garantie voyage mondial sont admissibles s'ils sont engagés à la suite d'une urgence résultant d'un accident ou d'une maladie subite survenant à l'extérieur de la province de résidence du participant, pourvu que le participant soit couvert par les programmes hospitalier et gouvernemental de sa province de résidence lorsque l'urgence survient.

Les traitements et prestations admissibles s'ajoutent à ceux prévus par les régimes gouvernementaux ou par tout autre régime de remboursement des frais médicaux en vertu duquel vous pourriez être couvert. Tous les maximums des garanties individuelles indiqués dans le présent contrat sont exprimés en dollars canadiens.

## En cas d'urgence

En cas d'urgence médicale pendant le voyage, veuillez appeler (ou, au besoin, demander à votre compagnon de voyage d'appeler) le numéro de téléphone d'Assistance voyage mondial au verso de votre carte d'identité pour qu'il vous dirige vers un fournisseur privilégié. Si possible, téléphonez AVANT de consulter pour des soins médicaux.

Au Canada et aux États-Unis : 1 800 563-4444
De n'importe où ailleurs, appelez à frais virés : 1 506 854-2222

Croix Bleue Medavie offre les services suivants :

**Assistance médicale** – Si le participant doit être hospitalisé ou consulter un médecin à la suite d'une urgence, le fournisseur d'assistance voyage désigné par Croix Bleue Medavie fournira les services de soutien suivants :

- Diriger le participant vers une clinique ou un hôpital approprié;
- Confirmer auprès du fournisseur de services que le participant est couvert;
- Assurer le suivi du dossier médical et communiquer avec le médecin de famille du participant;
- Coordonner le retour à domicile d'un enfant si le participant est hospitalisé;
- Rapatrier le participant dans sa province de résidence s'il répond aux critères d'admissibilité de cette dépense;
- Prendre des dispositions pour le transport d'un membre de la famille immédiate jusqu'au chevet du participant si ce dernier satisfait aux exigences d'admissibilité de cette dépense; et
- Coordonner le retour du véhicule du participant si ce dernier satisfait aux exigences d'admissibilité de ces frais.

**Assistance générale** – En cas d'urgence, le fournisseur d'assistance voyage désigné par Croix Bleue Medavie fournira également au participant les services suivants :

- Transmission de messages urgents;
- Coordination des demandes de règlement;
- Services d'un interprète pour les appels d'urgence;

- Référence à un conseiller juridique en cas d'accident grave;
- Règlement des formalités en cas de décès;
- Assistance en cas de perte ou de vol de papiers d'identité; et
- Informations concernant les ambassades et les consulats.

De plus, des conseils préalables au voyage concernant les visas et les vaccins sont disponibles (bien que les vaccins ne soient peut-être pas couverts par votre régime d'assurance-maladie).

Croix Bleue Medavie et son fournisseur d'assistance voyage ne sont pas responsables de la qualité des soins médicaux et hospitaliers fournis au participant ni de la disponibilité de tels soins.

## Soins gérés

En cas d'urgence médicale, vous devez vous faire soigner par un médecin ou un hôpital du réseau de soins gérés de Croix Bleue Medavie, tel que recommandé par le fournisseur d'assistance voyage désigné par celle-ci. Le fournisseur d'assistance voyage vous dirigera vers le médecin et/ou l'hôpital du réseau le mieux adapté à vos besoins.

**Si vous n'appelez pas le fournisseur d'assistance voyage, vos dépenses admissibles vous seront remboursées à 80 %, sauf dans des circonstances extrêmes où vous ne pouvez pas appeler; En cas d'urgence critique, demandez à quelqu'un d'appeler le fournisseur d'assistance voyage en votre nom dès que possible et il coordonnera vos prestations comme d'habitude.**

**Si vous choisissez de ne pas recevoir de traitement du réseau de soins gérés recommandé par le fournisseur d'assistance voyage, vos frais admissibles vous seront remboursés à 80 %.**

## Prolongation automatique

La garantie sera automatiquement prolongée après votre retour si vous, un compagnon de voyage ou un membre de votre famille immédiate voyageant avec vous êtes hospitalisés le jour de votre retour en raison d'une urgence médicale. Votre garantie demeurera en vigueur aussi longtemps que vous, votre compagnon de voyage ou un membre de votre famille immédiate serez hospitalisé, plus une période additionnelle de cinq (5) jours suivant votre congé de l'hôpital.

La durée de la couverture d'assurance est automatiquement prolongée de 72 heures lorsque :

1. Le retard d'un avion, d'un autobus, d'un navire ou d'un train dans lequel vous êtes passager vous fait manquer votre retour prévu dans votre province de résidence;
2. Le moyen de transport personnel dans lequel vous voyagez est impliqué dans un accident ou une panne mécanique qui vous empêche de retourner dans votre province de résidence au plus tard le jour de votre retour; ou
3. Vous devez retarder votre retour prévu dans votre province de résidence par le moyen de transport personnel dans lequel vous voyagez, en raison de conditions météorologiques extrêmes.

## Exclusions et limitations

Le contrat ne couvre pas, ne fournit pas de services ou ne paie pas les demandes de règlement pour les dépenses résultant de :

1. une maladie ou une blessure survenant pendant que le contrat n'est pas en vigueur conformément à votre voyage;
2. des lunettes, des lentilles cornéennes, des prothèses auditives ou des ordonnances à cet égard;

3. le transport aérien autre qu'en tant que passager à bord d'un aéronef commercial autorisé à transporter des passagers à titre onéreux;
4. les médicaments ou vaccins préventifs, expérimentaux ou brevetés;
5. pour un traitement ou une intervention chirurgicale non urgente qui est défini comme un traitement ou une intervention chirurgicale a) qui n'est pas nécessaire pour le soulagement immédiat de la douleur et de la souffrance aiguë, ou b) qui pourrait raisonnablement être retardé jusqu'au retour du participant au Canada ou c) que le participant choisit de faire effectuer ou de faire effectuer à l'extérieur du Canada après un traitement ou diagnostic urgent pour une affection médicale qui (selon les preuves médicales) n'empêcherait pas le participant de revenir au Canada avant un tel traitement ou opération; également pour des examens ou un traitement esthétique;
6. grossesse, accouchement ou fausse couche ou toute complication découlant de la grossesse;
7. troubles mentaux ou émotionnels ne nécessitant pas d'hospitalisation; abus de médicaments, de drogues ou d'alcool; automutilation volontaire, suicide ou tentative de suicide (sain d'esprit ou non);
8. exclut les pertes, dommages, coûts ou dépenses de quelque nature que ce soit causés directement ou indirectement par, résultant de ou en relation avec l'une des causes ou l'un des événements suivants, sans égard à tout autre cause ou événement contribuant simultanément ou dans toute autre séquence à la perte :
   a) les frais engagés au cours d'un voyage dans un pays (ou une région précise d'un pays) pour lequel le gouvernement du Canada a émis un avertissement de voyage, lorsque cet avertissement a été émis avant la date de départ et que la perte ou la dépense est liée à la raison pour laquelle l'avertissement de voyage a été émis; et
   b) l'insurrection, la guerre (déclarée ou non), l'action hostile des forces armées d'un pays ou la participation à une émeute ou à un mouvement populaire;
9. l'exposition intentionnelle à un danger, sauf pour tenter de sauver des vies humaines;
10. les dépenses couvertes par une ou plusieurs lois provinciales ou fédérales;
11. la poursuite du traitement, la récurrence ou la complication d'un problème de santé à la suite d'un traitement d'urgence de ce problème de santé pendant votre voyage si les conseillers médicaux de la Croix Bleue Medavie et son fournisseur d'assistance voyage déterminent que vous pouvez revenir au Canada et que vous avez choisi de ne pas y retourner;
12. toute transplantation d'urgence, y compris, mais sans s'y limiter, les transplantations d'organes et les greffes de moelle osseuse;
13. les interventions cardiaques, y compris le cathétérisme cardiaque, ou les interventions chirurgicales, à moins qu'elles n'aient été approuvées par Croix Bleue Medavie avant d'être effectuées, sauf dans des circonstances extrêmes où l'intervention chirurgicale est effectuée en urgence immédiatement après l'admission à l'hôpital; ou
14. les frais engagés pour les résidents qui voyagent à l'extérieur de leur province de résidence principalement ou accessoirement pour obtenir des conseils ou des traitements médicaux, même si un tel voyage est recommandé par un médecin;
15. toute affection préexistante, à moins qu'elle ne soit stable avant le voyage et que des soins médicaux ne soient pas prévus pendant la période du voyage;
16. Croix Bleue Medavie ne couvrira pas les frais excédant 2 millions de dollars canadiens par participant assuré, par incidence à l'extérieur de la province de résidence. Un montant maximal de 5 millions de dollars sera versé par Croix Bleue Medavie pour toutes les réclamations encourues en raison d'un sinistre.

## Coordination des prestations

Les prestations payables en vertu du présent contrat doivent être coordonnées avec toute autre couverture et sont payables en sus de toutes les autres prestations en vigueur au nom de la personne assurée, de sorte que le paiement en vertu de la présente police et de tout autre régime, y compris, sans s'y limiter, le régime provincial d'assurance-maladie de la personne assurée, la police individuelle ou collective, la couverture par carte de crédit ou toute autre assurance, ne peut dépasser 100 % des frais admissibles engagés.

## Cessation de l’indemnité de voyage

L’assurance voyage prend fin au premier en date des jours suivants :

1. la date à laquelle vous cessez de satisfaire aux critères d’admissibilité; ou
2. la fin du délai de grâce pour lequel les primes n’ont pas été payées en totalité; ou
3. à la date d’expiration ou de résiliation du contrat.

Si vous avez souscrit un régime familial, la garantie de vos personnes à charge prend fin soit à la date à laquelle vous cessez d’être couvert, soit à la date à laquelle elles ne répondent plus à la définition de personne à charge, selon la première éventualité. La garantie d’un participant prend fin lorsqu’il n’est plus couvert par le régime public d’assurance-maladie de sa province de résidence.

# VIII. MEDOC® – Annulation/interruption de voyage

Cette option aide à protéger le voyageur contre les circonstances imprévues qu'il pourrait prévenir ou interrompre un voyage et vise à compléter votre garantie MEDOC®.

## Admissibilité

La garantie annulation/interruption de voyage offerte par le programme d'assurance collective du NSTU est offerte aux membres actifs et retraités, et leurs personnes à charge admissibles, qui sont inscrits au régime d'assurance collective MEDOC® du NSTU hors du régime d'assurance frais médicaux d'urgence à l'extérieur du pays ou de la province. Si vous êtes couvert pour le régime familial, MEDOC® vous devez prendre l'annulation/interruption de voyage en famille.

## Comment y adhérer

Remplissez entièrement le formulaire d'adhésion et retournez-le à Johnson Inc. La garantie entrera en vigueur à la date à laquelle Johnson Inc. recevra un formulaire d'adhésion rempli et signé.

Pour les membres qui souscrivent une assurance annulation ou interruption de voyage pour la première fois, les primes sont calculées au prorata à partir de la date de prise d'effet de votre couverture jusqu'à la date de renouvellement de la police (1er septembre).

La garantie sera renouvelée automatiquement le 1er septembre de chaque année. Vous recevrez un avis écrit à l'avance. La garantie sera maintenue à moins que Johnson Inc. ne reçoive un avis écrit de résiliation dans les 30 jours suivant la date de renouvellement. Les primes sont déduites mensuellement et sont non remboursables et non annulables.

## Affections médicales préexistantes

Ce régime ne couvre que les urgences et ne couvre pas les frais engagés en raison d'un état de santé préexistant, à moins que l'état de santé soit demeuré stable pendant une période de six (6) mois immédiatement avant la date d'achat du voyage. Pour être considéré comme médicalement stable, vous ne devez pas :

- avoir été traité ou évalué pour de nouveaux symptômes ou un nouveau diagnostic;
- avoir eu de symptômes dont la fréquence ou la gravité ont augmenté ou les résultats de l'examen indiquent que l'état s'est aggravé;
- avoir été prescrit un nouveau traitement ou un changement de traitement pour l'affection;
- avoir été hospitalisé ou traité à l'hôpital ou référé à un spécialiste pour l'affection en question;
- être en attente d'un nouveau traitement, d'examens, de consultations ou de références concernant l'état de santé (n'inclut pas les examens de routine à condition que les résultats se situent dans les limites normales et qu'aucun changement de traitement ne soit recommandé).

Cette garantie ne couvre pas non plus les frais engagés à la suite d'une affection causée par un changement de médicament dans les 90 jours précédant le départ (en général, ne comprend pas les changements courants de médicaments dans le cadre d'un plan de traitement établi, c'est-à-dire les ajustements quotidiens ou hebdomadaires des anticoagulants ou de l'insuline selon les résultats des analyses sanguines OU un changement à un produit générique, à moins que le dosage soit modifié).

**REMARQUE : L'exclusion ci-dessus s'applique à vous, un membre de votre famille immédiate, un compagnon de voyage, un membre de la famille immédiate d'un compagnon de voyage, un ami proche et/ou un hôte à destination.**

Pour plus de précisions sur la clause relative aux affections préexistantes, votre appel sera dirigé vers le fournisseur,

qui discutera de vos renseignements médicaux avec vous.

## Prestations

- Régime annuel
- Annulation de voyage – jusqu'à concurrence de 5 000 $ par personne assurée par période de couverture annuelle.
- Interruption de voyage – jusqu'à concurrence de 5 000 $ par membre assuré, pour chaque voyage couvert.
  - jusqu'à concurrence de 3 500 $ pour l'hébergement, les repas, la location de voiture, les appels téléphoniques et les frais de taxi (350 $ par jour).
- Jusqu'à concurrence de 1 000 $ pour les bagages et effets personnels pendant un voyage couvert.
  - Effets personnels – la valeur au jour du sinistre ou 500 $, selon le moins élevé des deux montants.
  - Remplacement de documents – jusqu'à concurrence de 200 $.
  - Retard de bagages – jusqu'à 400 $.

***Ceci est destiné à des fins d'information et n'est pas une police d'assurance. Il contient certains renseignements sur les garanties offertes pour l'annulation ou l'interruption de voyage, mais ne donne pas la liste de toutes les conditions et exclusions qui s'appliquent à la garantie décrite. Pour tous les détails sur les garanties, veuillez vous référer au libellé de la police qui régit toutes les situations;***

# IX. Programme d'aide aux membres

## Resilience® – Programme d'aide aux employés et à leur famille

Resilience® est un programme d'aide aux employés et aux familles pour les membres actifs du NSTU qui ont un contrat permanent, probatoire ou à terme. Avec Resilience® vous pouvez joindre une équipe de conseillers expérimentés de Homewood Health qui vous écoutera, vous offrira des conseils judicieux et vous aidera à créer un plan d'action pour régler les problèmes.

Dans la plupart des cas, il n'y a pas de frais supplémentaires que vous ou un membre de votre famille admissible pouvez engager pour utiliser ce service. Le programme est une prestation qui vous est offerte par les fiduciaires d'assurance collective du NSTU.

**Qu'en est-il de la confidentialité?**

Resilience® est fourni par Homewood Health, un fournisseur national d'aide aux employés depuis 1979. Cette firme opère de façon indépendante et ses conseillers garantissent la confidentialité des renseignements personnels de toutes les personnes qui utilisent ses services.

**A. Services**

1. Services de counselling :
   - Stress
   - Questions relatives au mariage, à la famille, à la séparation, au divorce ou à la garde des enfants
   - Abus d'alcool et de drogues
   - Problèmes d'adaptation personnelle
   - Troubles psychologiques
   - Gestion de la colère
   - Planification de la retraite
   - Préoccupations liées au vieillissement des parents et à la garde des aînés
   - Harcèlement sexuel
   - Dépendance au jeu
   - Résolution de conflit
   - Deuil
   - Poids, tabagisme et questions générales de santé

   Le counselling est conçu pour :
   - fournir du soutien et de la compréhension;
   - aider à développer des habiletés d'adaptation; et
   - enseigner des manières de gérer efficacement les enjeux et les problèmes.

2. Les services Life Smart et Career Smart sont conçus pour vous permettre d'adopter une approche proactive à tous les défis et à toutes les transitions de la vie et d'obtenir l'information et le soutien dont vous avez besoin.

   Ces services comprennent :
   - Services de garde d'enfants et services de soutien aux parents et aux fournisseurs de soins
   - Services aux aînés et aux familles

- Services de conseils juridiques
- Service de conseils financiers
- Soutien nutritionnel
- Service d'orientation professionnelle
- Service de planification de la retraite
- Service d'abandon du tabac
- Soutien aux travailleurs de quarts
- Cours en ligne
- Prise en charge du bien-être
- Appui en matière de deuil et de perte

3. Les services de soins pour dépression fournissent de l'aide aux personnes qui souffrent de symptômes légers à modérés de dépression et d'anxiété.

**B. Accès**

1. Par téléphone – 1 877 955-NSTU (6788)

Cette ligne sans frais est accessible 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Pour les appels provenant de l'extérieur du Canada, composez le 1 604 689-1717 à frais virés pour le service en anglais.

Pour service en français, appelez à frais virés au 1 514 875-0720.

Le counselling peut être offert de la façon la plus pratique et la plus confortable qui soit :

– en personne;
– par téléphone; ou
– par l'entremise d'un service sécurisé en ligne.

Lorsque vous appelez, le représentant du service à la clientèle confirmera votre admissibilité en vous demandant si vous êtes un membre actif du NSTU ou un conjoint ou un enfant à charge admissible.

2. En ligne

L'accès à toutes les fonctionnalités en ligne est disponible sur le site www.myresilience.com.

Pour vous y inscrire :

1. Allez à www.myresilience.com.
2. Ci-dessous se trouve l'écran d'inscription que vous verrez lorsque vous cliquerez sur « Première visite? ». Afin d'assurer la confidentialité et le respect de la vie privée sur le site Health eLinks, tous les membres doivent s'inscrire officiellement. Saisissez le numéro de contrat du régime **39146**.
3. Saisissez le numéro de certificat du membre. Veuillez noter qu'il s'agit d'un numéro de votre choix. Utilisez un numéro qui vous est familier et sûr.
4. Complétez les informations requises.
5. Lorsque vous accédez à Nom d'utilisateur et Mot de passe, veuillez suivre les instructions indiquées lorsque vous cliquez sur ???

* Remarque : Il est fortement recommandé d'utiliser un courriel personnel et non un courriel lié au travail pour les questions liées à Resilience.

6. Lorsque vous avez terminé, cliquez sur « Continuer ».

**C. Ressources**

Resilience® fonctionne de pair avec Health eLinks de Manuvie, une ressource en ligne de matériel lié aux soins de santé. Avec Health eLinks, vous pouvez participer à une évaluation interactive des risques pour la santé et à une bibliothèque complète d'informations médicales rédigées par des experts médicaux et même créer un programme personnel d'amélioration de la santé.

Vous pouvez accéder à Health eLinks par le truchement du site Web de myresilience. Health eLinks se trouve sur le côté gauche de la page une fois que vous avez terminé votre inscription. Vous recevrez un courriel confirmant votre nom d'utilisateur et votre mot de passe.

Il y a aussi un certain nombre de cours en ligne à l'adresse suivante www.myresilience.com. Les cours sont répartis en deux catégories :

Cours pour employés ou membres de la famille
Cours pour les personnes clés et les superviseurs

Veuillez conserver ces informations ainsi que votre nom d'utilisateur et votre mot de passe dans un endroit sûr pour référence ultérieure.

Si vous avez des questions, veuillez contacter Fiduciaire d'assurance collective NSTU pour votre région.

## Services de counselling du NSTU

Le NSTU compte deux conseillers au sein de son personnel qui offrent des services de counselling à court terme aux membres du NSTU, à leurs partenaires et aux enfants à charge. Ce service est conçu pour fournir de l'aide et de l'intervention à un stade précoce de difficulté. Des interventions sont également prévues pour les écoles en situation de conflit et de crise. Les membres sont dirigés vers une ressource communautaire appropriée pour du counselling à long terme si le modèle à court terme n'a pas permis d'aborder entièrement le ou les problèmes. Ce service est confidentiel.

## Programme d'intervention précoce (PIP)

Ce programme s'adresse uniquement aux membres actifs du NSTU qui travaillent ou sont absents du travail, qui sont victimes d'une blessure ou d'une maladie et qui ont de la difficulté à demeurer au travail ou à retourner au travail. Il y a deux coordonnateurs de l'intervention précoce qui sont ergothérapeutes. Leur objectif est de maintenir ou d'améliorer l'autonomie d'un membre et d'aider à réduire l'incidence et la durée d'une invalidité. Il s'agit d'un service confidentiel et le personnel du PIP peut se rendre dans votre collectivité.

## CAREpath – Le Programme d'aide aux personnes atteintes du cancer

Le système de navigation CAREpath met à votre disposition votre propre infirmier(ère) en oncologie CAREpath, appuyé(e) par un oncologue spécialisé dans votre cancer spécifique, qui est là pour vous soutenir, vous et votre famille immédiate, lors de discussions téléphoniques programmées, à chaque étape de votre parcours contre le cancer. Votre équipe CAREpath suit les directives les plus récentes en matière de traitement et de soins du cancer, afin de s'assurer que vous recevez le meilleur traitement possible.

**Que puis-je attendre du système de navigation CAREpath?**

Votre équipe personnelle d'oncologie CAREpath sera votre propre spécialiste du cancer à vos côtés dès le premier appel, en passant par votre traitement et jusqu'à votre survie.

CAREpath et votre infirmier(ère) en oncologie CAREpath personnel(le) vous fourniront :

- Soutien émotionnel pour le patient cancéreux et sa famille immédiate
- Évaluation du plan et des options de traitement du cancer
- Explications des examens et des traitements
- Questions à poser lors de la première visite et des visites subséquentes chez l'oncologue
- Des conseils et un soutien d'experts tout au long des phases de traitement
- Renseignements sur la façon d'accéder à d'autres services de soutien, s'il y a lieu
- Orientation vers d'autres lieux de traitement, si nécessaire ou sur demande
- Conseils et soutien spécialisés sur la façon de réduire le risque de récidive ou d'apparition d'un nouveau cancer
- Conseils sur les problèmes auxquels les survivants peuvent être confrontés, y compris les effets différés du traitement

CAREpath est prêt et en mesure de vous fournir un soutien.

## CAREpath – Programme d'aide aux soins aux aînés

**Le programme d'aide aux soins aux aînés CAREpath vous aidera à :**

- Comprendre les soins appropriés et y avoir accès
- Calculer le coût total
- Ventiler ce qui est payable de votre poche et ce qui peut être couvert par le financement
- Trouver d'autres sources de financement
- Accéder à des appareils fonctionnels
- Prendre personnellement des rendez-vous en leur nom avec le soutien local en matière de soins de santé, y compris les médecins, les hôpitaux, les nutritionnistes, les praticiens paramédicaux ou d'autres fournisseurs de soins.
- Rassembler tous les dossiers médicaux et autres informations nécessaires
- Remplir tous les formulaires nécessaires pour les services, le financement ou les remboursements
- Accéder à d'autres organismes communautaires et bénévoles axés sur le soutien aux aînés, comme la Popote roulante locale, les services de transport ou les organismes d'aide aux aînés
- Accéder à des services de physiothérapie, d'ergothérapie, d'orthophonie, de diététique, de traitement de la douleur et à d'autres sources de financement supplémentaires

**CAREpath facilite aussi la vie à la maison en aidant avec :**

- Camaraderie
- Préparation des repas
- Soins infirmiers
- Rendez-vous

- Rappel de prise de médicaments
- Entretien ménager léger
- Soins à domicile pour blessures graves/Gestion de cas
- Accompagnement aux voyages

## CAREpath – Programme d'aide aux soins de santé

**Le programme d'aide aux soins de santé CAREpath vous aidera à :**

- Améliorer considérablement la qualité globale des soins, du rétablissement et des résultats.
- Fournir une évaluation approfondie des plans de traitement pour s'assurer qu'ils sont conformes aux meilleures pratiques médicales.
- Expliquer les options de tests et de traitements propres à la personne.
- Faciliter l'accès aux tests diagnostiques, aux traitements et aux essais cliniques.
- Par l'entremise de la Cleveland Clinic Canada, offre des consultations virtuelles de médecin à médecin avec les médecins traitants locaux du patient après avoir obtenu un deuxième avis médical.
- Orienter les patients vers d'autres lieux de traitement au Canada et à l'étranger, sur demande ou au besoin.
- Prodiguer les services par téléphone, ce qui rend le service rapide et efficace.

Les programmes CAREpath sont confidentiels et ne coûtent rien aux patients et à leur famille.

**Pour plus d'informations sur les programmes CAREpath, veuillez contacter CAREpath à :**
**1 844 453-NSTU (6788)**

**www.carepath.ca**

# 2

# SERVICES D'ASSURANCE

## *Aperçu des services d'assurance*

Les fiduciaires offrent également l'accès à des services d'assurance habitation et automobile par l'entremise de Johnson. Johnson Insurance est le fournisseur d'assurance préféré du syndicat des enseignants de la Nouvelle-Écosse et offre une garantie complète, des services de qualité supérieure et des économies exclusives :

### Assurance automobile

Peu importe où votre carrière ou votre vie vous mène, Johnson est là pour vous.

- Amnistie pour le premier accident
- Assistance routière d'urgence
- Remises pour véhicules multiples

### Assurance habitation

En plus des biens que les gens assurent, nous avons à cœur de faire ce qui est le mieux pour le client.

- Nouvelle option améliorée de garantie contre les dégâts d'eau*
- Rabais lorsque vous regroupez vos assurances automobile et habitation

### Prestations supplémentaires

Nous vous offrons des assurances lorsque vous en avez besoin, mais aussi des prestations pour vous aider à vivre votre vie comme bon vous semble.

- Retenue salariale sans intérêt
- Milles de récompense AIR MILES®
- Offres spéciales et promotions

### Assurance auto et habitation

**Les devis et les comparaisons coûts-avantages sont fournis sans obligation.**

**Numéro sans frais : 1 877 738-7189** (mentionner le code 62 du groupe)

***Site Internet : www.nstu.johnson.ca***

Johnson Assurance est un nom commercial de Johnson Inc. (« Johnson »), un intermédiaire autorisé en matière d'assurance et fait affaire sous le nom de Johnson Services d'assurance en Colombie-Britannique. Les assurances habitation et automobile sont généralement souscrites auprès de la société Unifund, Compagnie d'Assurance (« Unifund »), qui traite également les demandes de règlement. Johnson et Unifund sont des filiales apparentées. Les garanties et prestations décrites s'appliquent uniquement aux polices souscrites auprès d'Unifund. L'assurance automobile n'est pas offerte en Colombie-Britannique, en Saskatchewan ni au Manitoba. Les assurances habitation et automobile ne sont pas offertes au Nunavut. Des critères d'admissibilité, des restrictions, des exclusions ou des frais supplémentaires peuvent s'appliquer ou varier selon la province ou le territoire. *La garantie d'assurance améliorée contre les dégâts d'eau n'est pas offerte pour les polices d'assurance des copropriétés ou des locataires. Les économies de services groupés s'appliquent aux polices d'assurance habitation lorsque les polices d'assurance habitation et automobile sont souscrites par Unifund. Des critères d'admissibilité, des restrictions et des exclusions s'appliquent.
Composez le 1 877 738-7189 pour plus de détails. †Les milles de récompense AIR MILES[MD] ne sont accordés qu'au titre des polices d'assurance habitation et automobile ordinaires souscrites auprès de la société Unifund. Lors d'un paiement de prime, un (1) mille est accordé pour chaque tranche de 20 $ de prime (taxes incluses). Les milles ne sont pas offerts en Saskatchewan et au Manitoba. Les marques de commerce et les marques déposées de Royalties Limited Partnership sont utilisées sous licence par LoyaltyOne, Co. et Johnson (pour Unifund).

# *Site Internet « réservé aux membres »*

En tant que membre du NSTU, vous pouvez utiliser Internet pour accéder et interagir avec le régime d'assurance collective dans un environnement entièrement sécurisé et privé.

Le site Internet de Johnson Inc. offre une option innovatrice et unique « réservée aux membres » qui vous permet de consulter et d'interagir avec votre régime d'assurance collective. Vous pouvez également communiquer directement avec votre superviseur de service personnel – tout cela dans le confort et la commodité de votre PC, à la maison ou au travail.

## Comment se CONNECTER!

Pour accéder à vos renseignements d'assurance par l'entremise du site Internet de Johnson Inc., vous aurez besoin d'un nom d'utilisateur et d'un mot de passe confidentiels. Composez le 902 453-9543 ou le 1 800 453-9543 pour obtenir les vôtres dès aujourd'hui.

## Données en temps réel

Les renseignements que vous verrez sont les données les plus à jour sur votre régime d'assurance collective dont nous disposons.

## Renseignements complets

Chaque garantie indiquée sur votre relevé de prestations en ligne est liée à une description complète des garanties, y compris les taux et les primes.

## Accès à guichet unique

Grâce à votre sommaire des prestations en ligne, vous serez en mesure de consulter TOUS vos renseignements personnels sur l'assurance.

## Commodité sans précédent

Regroupe vos garanties en une seule source facilement accessible. De plus, il est à votre disposition 24 heures sur 24, tous les jours.

## Communications par courriel

Vous pouvez facilement et instantanément soumettre vos questions, commentaires ou préoccupations au superviseur du service qui vous a été assigné.

## Sûreté et sécurité garanties

Votre régime d'assurance et de prestations est une affaire très privée. Conscients de cela, nous avons pris toutes les mesures possibles pour assurer que les données communiquées par le truchement de ce site sont totalement sûres et sécurisées.

# 3

# PROCÉDURES POUR LE TRAITEMENT DES PROBLÈMES, PRÉOCCUPATIONS OU SUGGESTIONS

## Régimes d'assurance médicale et dentaire, d'assurance vie, d'assurance décès et mutilation de base ou d'assurance invalidité de longue durée

Toutes les options du régime d'assurance collective du NSTU sont surveillées, examinées, modifiées et supervisées par les fiduciaires d'assurance collective du NSTU.

Toutes les demandes de renseignements sont d'abord traitées par le consultant ou l'administrateur, Johnson Inc. Si la requête porte sur quelque chose qui ne fait pas partie du contrat avec la compagnie d'assurance, elle peut être renvoyée aux fiduciaires par l'administrateur. Si un client assuré souhaite faire part d'une préoccupation ou d'une plainte, il peut le faire en communiquant avec les fiduciaires de l'assurance collective du NSTU. Les fiduciaires doivent recevoir tous les détails afin de pouvoir examiner une telle requête.

Si la requête porte sur la politique de couverture d'assurance, elle doit être transmise aux fiduciaires d'assurance du NSTU.

Il est pertinent de noter que les fiduciaires examineront toute demande de renseignements ou tout problème associé à tout régime ou option d'assurance afin de s'assurer que les membres reçoivent un traitement équitable conformément aux polices principales applicables.

## Assurance habitation et automobile

Les fiduciaires d'assurance collective du NSTU offrent de l'assurance habitation et automobile par l'entremise de Johnson Inc. aux membres. Ces régimes sont offerts sur une base volontaire, avec la possibilité de payer votre prime d'assurance par retenues salariales, sans intérêts ni frais de service.

Les fiduciaires ne peuvent pas établir de politique concernant l'assurance habitation ou automobile. Toutefois, Johnson Inc. ou un membre assuré peut renvoyer une situation aux fiduciaires de l'assurance collective pour examen. Les fiduciaires examineront tous les renseignements pertinents, y compris la police et/ou le dossier de réclamation auprès de Johnson Inc. afin de vérifier que l'affaire a été traitée conformément aux modalités de la police. Au besoin, Johnson Inc. informera le membre assuré des résultats de l'examen.

Pour de plus amples renseignements sur l'assurance habitation et automobile, communiquez avec Johnson Inc. au : 1 877 738-7189

(mentionner le code 62 du groupe) ou **www.nstu.johnson.ca**