L’association canadienne des créateurs professionnels de l’image

Contrat numéro : 51504 Partie B

À effet du : 1er novembre 2023

Établi le : le 5 mars 2024

Cette brochure contient des renseignements importants pour vous. Il décrit les garanties prévues par le contrat établi avec la Compagnie d'assurance-vie Première du Canada (Securian Canada).

Securian Canada est le nom de marque utilisé par la Compagnie d'assurance-vie Première du Canada et la Compagnie d'assurance générale Première du Canada pour faire affaire au Canada. Les garanties sont souscrites par la Compagnie d'assurance-vie Première du Canada.

SPÉCIMEN

Securian Canada est le nom de marque utilisé par la Compagnie d'assurance-vie Première du Canada et la Compagnie d'assurance générale Première du Canada pour faire affaire au Canada. Les contrats d’assurance sont souscrits par la Compagnie d'assurance-vie Première du Canada.

Table des matières

Pour communiquer avec Securian Canada 1
Sommaire des garanties 2
Demandes de règlement 9
Conditions générales 12
Frais médicaux 18
Programme Voyage Assistance 27
Frais dentaires 31
Invalidité de longue durée 35
Assurance frais généraux des membres 39
Maladies graves 41
Assurance-vie 47
Décès et mutilation accidentels 49

SPÉCIMEN

Pour communiquer avec Securian Canada

Des questions?

Nous sommes là pour vous aider. Pour parler à un représentant du Centre de service à la clientèle de Securian Canada qui vous renseignera sur votre couverture, appelez sans frais au 1-877-363-2773.

Pour un service plus rapide, ayez sous la main le **numéro de contrat collectif,** votre **numéro de participant** et date de naissance pour pouvoir entrer ces numéros dans notre système téléphonique automatisé.

Services aux participants

Visitez *www.my.securiancanada.ca* pour obtenir les services ci-dessous :

- obtenir des renseignements sur la couverture et connaître la situation des demandes de règlement
- accéder facilement aux formulaires de demande de règlement présenter des demandes de règlement en ligne, selon les caractéristiques de votre régime
- obtenir les coordonnées des personnes à contacter

Accès au site Web my.securiancanada.ca

La première fois que vous accéderez à vos garanties collectives en ligne, vous devrez vous inscrire pour obtenir un code d'accès personnel et un mot de passe. Pour vous inscrire, vous aurez besoin de connaître le numéro de contrat collectif, votre numéro de participant et date de naissance.

Votre carte-médicaments

En ligne à l'adresse *www.my.securiancanada.ca*.

Votre carte d'assistance-voyage

En ligne à l'adresse *www.my.securiancanada.ca.*

Remarque : Si vous avez refusé la garantie Frais médicaux au titre du présent régime, la carte d'assistance-voyage ne s'applique pas à vous.

Pour communiquer avec le fournisseur du Programme Voyage Assistance de Securian Canada

Au Canada et aux États-Unis, composez le : 1-888-852-2419.
Dans les autres pays, appeler en PCV : 1-514-904-4730.

Pour toute autre demande

Composez le 1-877-363-2773

SPÉCIMEN

Sommaire des garanties

Numéro de contrat 51504 Partie B

La présente section est un sommaire général de la couverture offerte au titre de votre régime. Elle doit être lue conjointement avec les renseignements contenus dans le reste de la présente brochure. Veuillez vous reporter aux sections appropriées pour plus de renseignements, notamment sur les exclusions, les restrictions et les autres conditions prévues par votre régime.

Conditions générales

Nous, nos et notre	Dans la présente brochure, les termes *«nous»*, *«nos»* et *«notre»* se rapportent à Securian Canada du Canada, compagnie d'assurance-vie
Période probatoire	La période probatoire prévue par le régime prend fin le dernier jour du mois au cours duquel Securian Canada approuvé votre demande d'assurance. Cependant, si votre demande est approuvée le premier du mois, aucune période probatoire ne s'applique.
Cessation	Les conditions de cessation de la couverture peuvent varier d'une garantie à l'autre comme il est indiqué dans le Sommaire des garanties. La couverture peut également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué dans la section *Conditions générales* de la présente brochure.

Frais médicaux

Année de référence	Du 1er janvier au 31 décembre
Attestation de bonne santé	Approbation exigée pour la couverture initiale demandée pour vous et pour votre conjoint
Franchise	Aucune
Niveau de remboursement	
Régime avec carte-médicaments	Inclus
Médicaments sur ordonnance	80 % des frais Pour les membres/employés résidant au Québec, le pourcentage de remboursement des médicaments inscrits au formulaire de médicaments de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) est égal à celui du régime de la RAMQ. Le pourcentage de remboursement des médicaments sur ordonnance est augmenté à 100 % dès que la contribution maximale des médicaments couverts par le régime de la RAMQ est atteinte Les médicaments couverts au titre de la présente garantie doivent avoir un numéro d'identification du médicament (numéro DIN) et être approuvés conformément à la rubrique *Évaluation des médicaments*

SPÉCIMEN

	La garantie couvre les médicaments et les articles suivants qui sont délivrés par un pharmacien sur l'ordonnance du médecin ou du dentiste : • médicaments nécessitant une ordonnance aux termes de la loi • médicaments essentiels à la survie qui pourraient ne pas nécessiter une ordonnance aux termes de la loi • articles pour diabétiques Certains médicaments et traitements ne sont pas couverts même s'ils sont prescrits par le médecin. Veuillez consulter la section Frais médicaux de la présente brochure pour de plus amples renseignements.
Autres professionnels de la santé autorisés à prescrire des médicaments	Securian Canada rembourse certains médicaments prescrits par d'autres professionnels de la santé autorisés de la même façon que si les médicaments étaient prescrits par un médecin ou un dentiste si les lois provinciales en cause leur permettent de prescrire ces médicaments.
Régime d'assurance médicaments du Québec	Toute condition du présent régime qui n'est pas conforme aux exigences du régime d'assurance médicaments du Québec est automatiquement modifiée pour satisfaire à ces exigences
Hospitalisation dans la province du domicile	100 % de la différence entre le tarif d'une salle et celui d'une chambre semi-particulière, à concurrence de 100 $ par jour, le résultat étant multiplié par le nombre de jours d'hospitalisation.
Hôpital de convalescence	100 % de la différence entre le tarif d'une salle et celui d'une chambre semi-particulière, à concurrence de 20 $ par jour, pour une période limitée à 180 jours pour toutes les périodes de traitement d'une maladie attribuable aux mêmes causes ou à des causes connexes
Services hors province reçus en cas d'urgence et services hors province reçus à la recommandation du médecin	100 % des frais Programme Voyage Assistance inclus Limite de temps – 60 jours suivant le départ de la province du domicile de la personne Maximum viager de 1 000 000 $ par personne pour les services reçus à l'extérieur du Canada
Services et articles médicaux	Pour les services d'ophtalmologistes ou d'optométristes autorisés – 100 % des frais Chaussures orthopédiques – 50 % des frais Pour toute autres services et article médicaux – 80 % des frais
Services paramédicaux	80 % des frais pour les spécialistes paramédicaux autorisés ci-dessous, à concurrence de 375 $ par personne par année de référence pour chaque spécialité • psychologues • massothérapeutes, qui sont prescrits par le médecin • orthophonistes • physiothérapeutes • naturopathes • praticiens de la Science chrétienne • ostéopathes ou praticiens en ostéopathie, avec au maximum un examen radiologique par année de référence • chiropraticiens, avec au maximum un examen radiologique par année de référence • podiatres ou chiropodistes, avec au maximum un examen radiologique par année de référence

SPECIMEN

Cessation	À votre départ à la retraite ou à votre 65e anniversaire, si cet anniversaire est antérieur

Frais dentaires

Année de référence	Du 1er janvier au 31 décembre
Franchise	Aucune
Tarif	Tarif des dentistes généralistes de la province du domicile du membre/de l'employé, quel que soit l'endroit où les soins sont reçus
Niveau de remboursement	
Soins de prévention	80 % des frais
Soins de base	80 % des frais
Soins majeurs	50 % des frais
Prestation maximale	
Prestation maximale par année de référence	Pour tous les soins réunis – 500 $ par personne pour la première année de référence et par la suite : Soins de prévention et de base réunis – 1 200 $ par personne pour chaque année de référence suivante Soins majeurs – 500 $ par personne pour chaque année de référence suivante
Limitation en cas d'adhésion tardive	Si vous et les personnes à votre charge ne demandez pas l'assurance dentaire au cours du trimestre pendant lequel vous ou les personnes à votre charge devenez admissibles à la couverture, vous devrez attendre un an avant d'y être de nouveau admissibles. Aucune prime n'est exigible pour cette garantie durant la période d'attente d'un an.
Cessation	À votre départ à la retraite ou à votre 65e anniversaire, si cet anniversaire est antérieur

Invalidité de longue durée

Prestation maximale	***Prestation mensuelles pour les membres*** Vous pouvez opter pour un capital égal à un multiple de 250 $ Maximum – 5 000 $ Minimum – 500 $ ***Prestation mensuelles pour les employé*** Vous pouvez opter pour un capital égal à un multiple de 250 $ Maximum – 2 500 $ Minimum – 500 $ Votre prestation mensuelles est indiqué au *Tableau des garanties*. La prestation maximale peut être réduite des prestations et des paiements provenant d'autres sources comme il est indiqué dans la section *Invalidité de longue durée* de la présente brochure

SPÉCIMEN

Indexation sur le coût de la vie	Vos prestations d'invalidité de longue durée seront augmentées à chaque anniversaire de la date à laquelle vous avez commencé à recevoir des règlements d'Invalidité de longue durée pour tenir compte, le cas échéant, de la hausse moyenne de l'Indice canadien des prix à la consommation enregistrée au cours de la période de 12 mois se terminant 3 mois avant la date de tout rajustement. Le pourcentage d'augmentation de vos prestations ne peut excéder 8 %. En cas de déflation, nous ne diminuerons pas le montant de vos prestations. À chaque date anniversaire de l'invalidité, Securian Canada calculera le rajustement du coût de la vie pour ajuster la prestation mensuelle qui vous est payable. Il n'y aura pas d'ajustement du coût de la vie pendant la première année d'invalidité ou après que le montant de la prestation mensuelle ajustée aura atteint deux fois la prestation mensuelle. Si vous êtes totalement invalide et que la période d'invalidité s'est poursuivie pendant un an, à chaque date anniversaire de l'invalidité, la prestation mensuelle ajustée sera payable au lieu de la prestation mensuelle.
Attestation de bonne santé	Approbation exigée pour la couverture facultative initiale et toute augmentation de cette couverture demandée par vous
Délai de carence	Nombre de jours consécutifs écoulés depuis le premier jour de l'invalidité totale et pour lesquels aucune prestation n'est payable. Ce délai est indiqué dans le *Tableau des garanties.*
Période maximale d'indemnisation	Période se terminant à la fin du mois au cours duquel vous atteignez l'âge de 65 ans. Toutefois, si vous avez reçu des prestations d'invalidité de longue durée pendant moins de 12 mois lorsque vous atteignez l'âge de 65 ans, les prestations continueront à vous être versées jusqu'à l'expiration d'une période d'indemnisation totale de 12 mois, sous réserve de toutes les autres dispositions du régime. Les prestations peuvent également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué dans la section *Invalidité de longue durée* de la présente brochure
Cessation	Le jour où il reste à courir, avant votre 65e anniversaire, une période égale au délai de carence
Situation fiscale	Votre gestionnaire du régime a indiqué que ce régime invalidité est un régime entièrement à la charge des membres/employés, ce qui signifie que toutes les primes exigibles sont payées par les membres/employés qui sont couverts par le régime. Par conséquent, les prestations d'invalidité ne sont pas imposables.

Assurance frais généraux des membres

Prestation maximale	Vous pouvez opter pour un capital égal à un multiple de 100 $ Maximum – 6 000 $ Minimum – 500 $ Le montant de votre couverture est indiqué au *Tableau des garanties*.
Attestation de bonne santé	Approbation exigée pour la couverture facultative initiale et toute augmentation de cette couverture demandée par vous
Délai de carence	30 jours

SPECIMEN

Période maximale d'indemnisation	La période maximale d'indemnisation est de 12 mois. Les prestations peuvent également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué dans la section *Assurance frais généraux des membres* de la présente brochure
Cessation	Le jour où il reste à courir, avant votre 65e anniversaire, une période égale au délai de carence

Maladies graves

Couverture Maladies graves facultative du membre/de l'employé

Capital	Vous pouvez opter pour un capital égal à un multiple de 10 000 $ Maximum – 300 000 $ Minimum – 50 000 $ Le montant de votre couverture est indiqué au *Tableau des garanties*
Attestation de bonne santé	Approbation exigée pour la couverture facultative initiale et toute augmentation de cette couverture demandée par vous
Cessation	À votre départ à la retraite ou à votre 65e anniversaire, si cet anniversaire est antérieur. De plus, votre couverture prend fin à la date à laquelle le capital de la garantie Maladies graves est réglé relativement à une affection couverte dont vous êtes atteint.

Couverture Maladies graves facultative du conjoint

Capital	Vous pouvez opter pour un capital égal à un multiple de 10 000 $ Maximum – 300 000 $ Minimum – 50 000 $ NOTA : La couverture facultative du conjoint ne peut pas être supérieure de la couverture Maladies graves du membre/de l'employé. Le montant couverture de votre conjoint est indiqué au *Tableau des garanties.*
Attestation de bonne santé	Approbation exigée pour la couverture facultative initiale et toute augmentation de cette couverture demandée par vous
Cessation	Dès que se réalise l'une des situations suivantes : vous prenez votre retraite, vous atteignez l'âge de 65 ans ou votre conjoint atteint l'âge de 65 ans. De plus, la couverture du conjoint prend fin à la date à laquelle le capital de la garantie Maladies graves est réglé relativement à une affection couverte dont le conjoint est atteint.

SPÉCIMEN

Vie

Assurance-vie de base du membre/de l'employé

Capital	25 000 $
Attestation de bonne santé	Approbation exigée pour la couverture assurance-vie
Cessation	À votre départ à la retraite ou à votre 65e anniversaire, si cet anniversaire est antérieur

Assurance-vie facultative du membre/de l'employé

Capital	Vous pouvez opter pour un capital égal à un multiple de 25 000 $ Maximum – 250 000 $ Le montant de votre couverture est indiqué au *Tableau des garanties.*
Attestation de bonne santé	Approbation exigée pour l'assurance-vie facultative initiale et toute augmentation de cette assurance demandée par vous
Cessation	Votre couverture prend fin à votre départ à la retraite ou à votre 65e anniversaire, si cet anniversaire est antérieur.

Assurance-vie facultative du conjoint

Capital	Vous pouvez opter pour un capital égal à un multiple de 25 000 $ Maximum – 250 000 $ Le montant de la couverture pour votre conjoint est indiqué au *Tableau des garanties*.
Attestation de bonne santé	Approbation exigée pour l'assurance-vie facultative initiale et toute augmentation de cette assurance demandée par vous
Cessation	Le dernier jour du mois au cours duquel se réalise l'une des situations suivantes : vous prenez votre retraite, vous atteignez l'âge de 65 ans ou votre conjoint atteint l'âge de 65 ans

Assurance-vie facultative des enfants

Capital	10 000 $ par enfant
Cessation	À votre départ à la retraite ou à votre 65e anniversaire, si cet anniversaire est antérieur

SPÉCIMEN

Garantie Décès et mutilation accidentels

Garantie Décès et mutilation accidentels de base du membre/de l'employé

Capital	50 000 $
Cessation	À votre départ à la retraite ou à votre 65e anniversaire, si cet anniversaire est antérieur

Garantie Décès et mutilation accidentels facultative du membre/de l'employé

Capital	Vous pouvez opter pour un capital égal à un multiple de 25 000 $ Maximum – 250 000 $ Le montant de votre couverture est indiqué au *Tableau des garanties.*
Cessation	À votre départ à la retraite ou à votre 65e anniversaire, si cet anniversaire est antérieur

Garantie Décès et mutilation accidentels facultative du conjoint

Capital	Vous pouvez opter pour un capital égal à un multiple de 25 000 $ Maximum – 250 000 $ Le montant de la couverture pour votre conjoint est indiqué au *Tableau des garanties*.
Cessation	Dès que se réalise l'une des situations suivantes : vous prenez votre retraite, vous atteignez l'âge de 65 ans ou votre conjoint atteint l'âge de 65 ans

SPÉCIMEN

Demandes de règlement

Les demandes doivent être présentées dans les délais prescrits. Vous trouverez de plus amples renseignements sur les délais de présentation des demandes de règlement dans le tableau ci-dessous. **Si vous négligez de présenter vos demandes de règlement dans les délais prescrits, vous n'aurez peut-être pas droit à une partie ou à la totalité des prestations.**

Pour traiter une demande de règlement, nous pouvons vous demander de nous fournir les documents suivants :

- dossiers ou rapports médicaux
- preuve de paiement
- factures détaillées
- ordonnances
- tout autre renseignement dont nous avons besoin.

Les frais reliés à la présentation d'une attestation de sinistre sont à votre charge.

Instructions et délais prescrits pour nous présenter vos demandes de règlement

Utilisez ce tableau pour vous aider à respecter les délais de présentation de vos demandes de règlement.

Type de demande de règlement	Pour présenter une demande	Délais prescrits et instructions
Frais médicaux	Demandez le formulaire à votre gestionnaire du régime ou obtenez-le sur notre site Web. Vous pouvez également présenter des demandes de règlement par voie électronique pour certains frais. Veuillez vous adresser à votre gestionnaire du régime pour plus de précisions.	Jusqu'à la moins tardive des dates suivantes : • 180 jours après la fin de l'année de référence au cours de laquelle les frais sont engagés, ou • 90 jours après la date de cessation de votre couverture aux termes de la garantie Frais médicaux.
Programme Voyage Assistance	Communiquez avec le fournisseur du Programme Voyage Assistance de Securian Canada pour signaler une urgence médicale.	**Demander le remboursement de vos frais :** Afin de vous faire rembourser des frais que vous ou une autre personne couverte avez engagés pour des services ou des articles, vous devez nous faire parvenir une attestation des frais engagés dans les 30 jours suivant le retour de la personne dans la province de son domicile. Pour plus de précisions, voir le paragraphe Sommes qui vous sont remboursées de la section Programme Voyage Assistance.

SPÉCIMEN

Type de demande de règlement	Pour présenter une demande	Délais prescrits et instructions
Frais dentaires	Demandez le formulaire à votre gestionnaire du régime ou obtenez-le sur notre site Web. Le dentiste devra remplir la section appropriée du formulaire. Vous pouvez également présenter des demandes de règlement par voie électronique pour certains frais. Veuillez vous adresser à votre gestionnaire du régime pour plus de précisions.	Jusqu'à la moins tardive des dates suivantes : • 180 jours après la fin de l'année de référence au cours de laquelle les frais sont engagés, ou • 90 jours après la date de cessation de votre couverture aux termes de la garantie Frais dentaires. Nous pouvons exiger que vous nous présentiez la déclaration du dentiste en ce qui touche le traitement reçu, les radiographies prises avant le traitement et tout autre renseignement se rapportant au traitement.
Invalidité de longue durée	Demandez les formulaires de demande de règlement à votre gestionnaire du régime et veillez à ce que chacune des personnes suivantes les remplissent : • vous, • votre médecin traitant, et • votre employeur. La présentation de ces formulaires constitue votre attestation.	Vous devriez nous faire parvenir votre attestation d'invalidité totale au moins 8 semaines avant l'expiration de votre délai de carence. Cependant, l'attestation ne doit, en aucun cas, être présentée plus de 90 jours après l'expiration du délai de carence. Si votre couverture au titre de la garantie Invalidité de longue durée prend fin, vous devez nous aviser de votre invalidité dans les 30 jours suivant la date de cessation de la couverture. Nous étudions votre demande et nous vous envoyons, à vous ou à votre employeur, une lettre expliquant notre décision. Nous pouvons exiger à l'occasion que vous nous présentiez une attestation de votre invalidité totale et continue. Vous devez fournir cette attestation dans les 90 jours de notre demande.

SPÉCIMEN

Type de demande de règlement	Pour présenter une demande	Délais prescrits et instructions
Maladies graves	Communiquez avec nous pour obtenir le formulaire de demande de règlement approprié.	**Premier contact avec Securian Canada :** Dans les 30 jours qui suivent la date du diagnostic ou de l'intervention chirurgicale. **Attestation de sinistre :** Dans les 90 jours qui suivent la date du diagnostic ou de l'intervention chirurgicale. Le fait de ne pas prendre contact avec nous ou de ne pas présenter l'attestation de sinistre dans les délais prescrits ci-dessus n'a pas pour effet d'invalider la demande de règlement s'il est établi que le contact a été pris et que l'attestation de sinistre a été présentée aussitôt qu'il était raisonnablement possible de le faire. Cependant, la prise de contact et la présentation de l'attestation de sinistre ne peuvent, en aucun cas, se faire plus d'un an après les délais prescrits ci-dessus.
Assurance-vie et garantie Décès et mutilation accidentels	Demandez les formulaires de demande de règlement à votre gestionnaire du régime.	**En cas de décès** : La demande doit être présentée aussitôt que possible après le décès. **Pour toutes les pertes, sauf le décès :** La demande doit nous parvenir dans les 12 mois qui suivent la perte. **Pour la garantie en cas d'invalidité totale :** L'attestation d'invalidité totale doit nous parvenir dans les 12 mois suivant le début de l'invalidité. Par la suite, nous pouvons exiger, lorsque nous l'estimons nécessaire, que vous nous fassiez parvenir une attestation établissant que cette invalidité subsiste.

SPÉCIMEN

Conditions générales

Cette brochure contient des renseignements importants pour vous. Elle décrit les garanties prévues par le contrat collectif établi au nom de L'association canadienne ces créateurs professionnels de l'image (l'Association) par nous avec Securian Canada.

La présente brochure ne constitue qu'un résumé des principales dispositions du contrat collectif de l'Association. En cas de divergence entre les dispositions du contrat collectif et les renseignements contenus dans la présente brochure, c'est le contrat qui prime, dans la mesure où la loi le permet.

Vos garanties collectives peuvent être modifiées après l'établissement de la présente brochure. Vous serez informé par écrit de toute modification apportée à votre régime collectif. Ces avis de modification feront alors partie de la présente brochure, veuillez les conserver en lieu sûr avec cette brochure.

Pour des raisons d'ordre administratif, le numéro 141010 est utilisé pour la garantie Maladies graves au titre du présent contrat.

Des questions? Vous avez des questions concernant vos garanties collectives? Veuillez vous adresser à votre gestionnaire du régime.

Délai de renonciation de 10 jours	Dans les 10 jours qui suivent sa remise au membre ou à l'employé assuré, la présent brochure peut être annulé s'il est remis en mains propres ou retourné par la poste à Securian Canada à Toronto, en Ontario. Dès l'annulation de la brochure, toute prime versée est remboursée et le certificat considéré comme nul à partir de sa date d'effet.
Coût de l'assurance	Le coût de l'assurance est basé sur les taux établis par Securian Canada et l'Association. Vous serez informé de ce coût au moyen d'un relevé ou d'un avis écrit. Les taux sont révisés tous les ans, sont susceptibles de changer. Un avis de renouvellement vous sera envoyé pour vous informer de toute modification des taux. Les taxes applicables seront ajoutées au paiement de votre prime.
Qui est admissible aux garanties?	La couverture est offerte aux membres qualifiés de l'Association, ainsi qu'à leurs employés. Pour être admissible aux garanties collectives, vous devez résider au Canada et remplir toutes les conditions suivantes : • être membre de l'Association ou leur employé de et travailler au Canada. • travailler effectivement au moins 30 heures par semaine. • avoir accompli la période probatoire indiquée dans le Sommaire des garanties. **Les personnes à votre charge sont admissibles** au régime à la plus tardive des dates suivantes : • la date à laquelle vous êtes admissible au régime, ou • la date à laquelle elles répondent à la définition de personne à charge. Les personnes à votre charge ne sont admissibles au régime que si vous demandez à y adhérer vous-même.
Personne à charge	Par personne à charge, on entend : • votre conjoint ou votre enfant, • qui réside au Canada.

SPÉCIMEN

	Par conjoint, on entend : • votre conjoint en vertu d'un mariage, ou • votre conjoint en vertu de tout autre type d'union formelle reconnue par la loi, ou • la personne du sexe opposé ou du même sexe qui habite avec vous et qui vit une relation conjugale avec vous depuis au moins 12 mois. Pour les membres ou les employés résidant au Québec, aucune période minimale de cohabitation n'est exigée si un enfant est né de votre union. À toute époque, le régime ne peut couvrir qu'une personne à titre de conjoint. Par enfant, on entend **tout enfant du membre ou de l'employé ou de son conjoint** (sauf un enfant pris en foyer nourricier), qui est âgé de moins de 21 ans et qui n'a pas de conjoint. L'enfant de moins de 25 ans (de moins de 26 ans dans le cas des médicaments figurant dans la liste de médicaments de la Régie de l'assurance-maladie du Québec pour les membres ou les employés résidant au Québec) qui étudie à temps plein, qui n'a pas de conjoint et dont vous assurez le soutien sur le plan financier est également considéré comme un enfant. **L'enfant qui souffre d'une invalidité avant l'âge limite** et dont l'invalidité se poursuit demeure couvert s'il est incapable de subvenir à ses besoins sur le plan financier en raison de son invalidité, s'il dépend de vous financièrement et s'il n'a pas de conjoint. Dans ce cas, vous devez informer Securian Canada dans les 6 mois suivant le jour où l'enfant atteint l'âge limite dans le cadre de ce régime. **Veuillez vous adresser à votre gestionnaire du régime pour plus de renseignements à ce sujet.**
Comment adhérer au régime	*Couverture pour vous-même :* Vous devez fournir les renseignements nécessaires à Securian Canada par l'entremise de votre gestionnaire du régime. *Couverture pour une personne à charge :* Vous devez demander la couverture des personnes à charge. Vous devez présenter une attestation de bonne santé comme il est indiqué dans le Sommaire des garanties qui se trouve au début de la présente brochure. Ces garanties ne peuvent prendre effet avant que Securian Canada n'accepte l'attestation de bonne santé.
Prise d'effet de la couverture	Votre couverture prend effet dès que toutes les conditions suivantes sont remplies : • vous êtes admissible à la couverture. • vous avez demandé votre adhésion à la couverture. • la Securian Canada a accepté l'attestation de bonne santé qui a pu être exigée. Si vous n'êtes pas effectivement au travail le jour où votre couverture devrait normalement prendre effet, vous n'êtes couvert qu'à compter du jour où vous remplissez cette condition. La couverture de la personne à charge prend effet dès que toutes les conditions suivantes sont remplies : • vous bénéficiez de la couverture prévue pour vous-même. • vous avez une personne à votre charge. • Securian Canada a accepté l'attestation de bonne santé de la personne à charge qui a pu être exigée.
Modification de la couverture	Lorsqu'une attestation de bonne santé est exigée, la modification ne peut prendre effet avant que Securian Canada n'accepte l'attestation.

SPÉCIMEN

	Si vous n'êtes pas effectivement au travail le jour où une augmentation de la couverture devrait normalement prendre effet ou le jour où Securian Canada accepte l'attestation de bonne santé, la modification ne prend effet qu'à compter du jour où vous remplissez cette condition. En ce qui touche la garantie Maladies graves, pour connaître l'incidence sur la couverture lorsque de nouvelles affections couvertes sont ajoutées au présent régime, veuillez vous reporter à la section *Maladies graves*.
Tenue à jour de votre dossier	Pour toujours bénéficier de la protection appropriée, il est important que vous informiez votre gestionnaire du régime: • de tout changement de situation quant aux personnes à charge. • de tout changement de nom. • de tout changement de bénéficiaire. Vous devez aviser Securian Canada par écrit dans les 31 jours qui suivent un changement de situation personnelle. Si vous omettez d'aviser Securian Canada par écrit de votre changement de situation personnelle, aucun remboursement de prime ou de partie de prime, qu'elle ait été versée par erreur ou autrement, ne sera effectué pour toute période ayant commencé plus de 12 mois avant la date à laquelle Securian Canada reçoit une preuve satisfaisante du droit à un remboursement.
Accès à vos dossiers	Vous pouvez demander une copie des renseignements figurant à votre dossier, notamment : • votre formulaire d'adhésion ou de demande d'assurance. • tout document ou renseignement écrit se rapportant à votre santé que vous avez fourni à Securian Canada au moment de votre adhésion à la couverture. • une copie du contrat assuré. La première copie est fournie sans frais, mais des frais peuvent être demandés pour des copies supplémentaires. Pour obtenir une copie d'un document, téléphonez Securian Canada sans frais au 1-877-363-2773.
Cessation de la couverture	La couverture dont vous bénéficiez à titre de membre ou d'employé prend fin dès que se réalise l'une des situations suivantes : • vous quittez le service de l'employeur ou prenez votre retraite. • vous cessez d'être effectivement au travail. • la période couverte par la dernière prime payée à Securian Canada en votre nom prend fin. • la garantie ou le contrat collectif est résilié. • la date à laquelle vous ne remplissez plus les conditions d'admission telles que décrites dans cette brochure. La couverture de la personne à charge prend fin dès que se réalise l'une des situations suivantes : • votre couverture prend fin. • la personne à charge cesse de répondre à la définition de personne à charge. • la période couverte par la dernière prime payée relativement à la couverture des personnes à charge prend fin.

SPECIMEN

	Les conditions relatives à la cessation de la couverture peuvent varier d'une garantie à l'autre. Pour plus de précisions sur la cessation de la couverture d'une garantie en particulier, veuillez vous reporter au Sommaire des garanties qui se trouve au début de la présente brochure.

Si vous décédez en cours de couverture

Les personnes à votre charge demeurent couvertes, sans qu'aucune prime ne soit exigible, **jusqu'à ce que se réalise l'une des situations suivantes :**

- la période de 12 mois suivant votre décès prend fin.
- la personne à charge cesserait de répondre à la définition de personne à charge même si vous étiez toujours vivant.
- votre couverture aurait pris fin si vous étiez toujours vivant.
- la garantie couvrant la personne à charge est résiliée.

La couverture des personnes à charge qui est maintenue est assujettie à toutes les autres conditions du présent régime.

La prolongation de couverture ne s'applique pas à la couverture du conjoint ou des enfants au titre de l'assurance-vie facultative, de la garantie Décès et mutilation accidentels facultative et de la garantie Maladies graves facultatives.

Actions en justice

Délai de prescription en Ontario :

Toute action en justice engagée contre un assureur pour recouvrer les sommes payables au titre du contrat est totalement irrecevable, à moins qu'elle n'ait été intentée dans le délai fixé par la *Loi de 2002 sur la prescription des actions*.

Délai de prescription dans les autres provinces ou territoire :

Toute action en justice engagée contre un assureur pour recouvrer les sommes payables au titre du contrat est totalement irrecevable, à moins qu'elle n'ait été intentée dans le délai fixé par la loi sur les assurances ou toute autre loi applicable dans votre province ou territoire.

Attestation d'invalidité

Securian Canada peut exiger, à l'occasion, une attestation de votre invalidité totale et continue. Si vous ne lui présentez pas cette attestation dans les 90 jours suivant la demande, vous pourriez ne pas avoir droit à une partie ou à la totalité des prestations.

Coordination de vos prestations avec un autre régime

Si vous ou les personnes à votre charge êtes couverts par la garantie Frais médicaux ou Frais dentaires du présent régime et d'un autre régime, les prestations provenant de l'ensemble des régimes ne peuvent dépasser le total des frais remboursables.

Lorsque vous êtes couvert par plusieurs régimes, les normes établies dans l'industrie de l'assurance déterminent le régime au titre duquel vous devez présenter la demande de règlement en premier.

Veuillez envoyer les demandes de règlement portant sur des frais engagés pour vous-même et pour votre conjoint dans l'ordre suivant :

- Envoyez d'abord la demande de règlement au régime qui couvre la personne à titre de membre ou employé. Si la personne est couverte à titre de membre du personnel par deux régimes, l'ordre suivant prévaut :
  - régime qui couvre la personne à titre de membre du personnel actif à temps plein.
  - régime qui couvre la personne à titre de membre du personnel actif à temps partiel.
  - régime qui couvre la personne à titre de retraité.
- Envoyez ensuite la demande de règlement au régime qui couvre la personne à titre de personne à charge.

SPÉCIMEN

Veuillez envoyer les demandes de règlement portant sur des frais engagés pour un enfant dans l'ordre suivant :

- Envoyez d'abord la demande de règlement au régime qui couvre l'enfant à titre de membre du personnel.
- Envoyez-la ensuite au régime d'assurance maladie ou dentaire offert par l'entremise d'un établissement d'enseignement qui couvre l'enfant à titre d'étudiant.
- Puis au régime du parent (père ou mère) dont l'anniversaire arrive en premier (mois et jour) dans l'année civile. Ainsi, si votre anniversaire tombe le 1er mai et celui de votre conjoint, le 5 juin, la demande doit être présentée en premier au titre de votre régime.

Lorsque vous nous envoyez une demande de règlement, vous devez déclarer toute couverture équivalente dont vous-même ou les personnes à votre charge bénéficiez.

Examen médical

Nous pouvons exiger que vous ou les personnes à votre charge subissiez un examen médical lorsque vous présentez une demande de règlement. Les frais de ces examens sont à notre charge. Si la personne ne se conforme pas à cette exigence, nous ne verserons pas de prestations.

Droit de recouvrement

Si nous avons versé des prestations en trop, nous pouvons les récupérer. Nous pourrons :

- vous demander de nous rembourser,
- déduire ce montant sur d'autres prestations ou
- récupérer cette somme par tout autre moyen légal.

Cession

En ce qui a trait aux prestations d'assurance-vie – vous ne pouvez céder aucun droit ni intérêt.
En ce qui a trait aux autres prestations – nous nous réservons le droit de refuser toute cession.

Définitions

Vous trouverez ci-après la définition de certains termes utilisés dans la présente brochure. D'autres termes qui se rapportent plus spécifiquement aux garanties sont définis dans les sections portant sur les garanties.

Accident	Blessure causée uniquement et directement par l'action violente, soudaine et imprévue d'une cause extérieure.
Changement de situation personnelle	Par changement de situation personnelle, on entend chacun des points suivants : • mariage ou tout autre type d'union formelle reconnue par la loi, ou union de fait • naissance ou adoption d'un enfant • divorce • séparation • ajout ou cessation de la couverture du conjoint • décès d'une personne à charge • changement d'adresse • changement de revenue gagné • changement de profession Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive des changements de situation personnelle. Pour que la couverture soit maintenue à jour, il est important que vous communiquiez tous les changements qui peuvent affecter votre couverture.
Date du départ à la retraite	Si vous êtes totalement invalide, la date de votre départ à la retraite correspond à votre 65e anniversaire de naissance, à moins que vous n'ayez effectivement pris votre retraite avant cet anniversaire.

SPÉCIMEN

Maladie	Par maladie, on entend également une blessure, une affection ou une infirmité mentale. Toute intervention chirurgicale subie pour faire don d'un organe à une autre personne et qui entraîne une invalidité totale, est considérée comme une maladie.
Médecin	Médecin ou chirurgien autorisé à pratiquer la médecine à l'endroit où il donne des soins médicaux.
Revenu gagné	En ce qui concerne votre participation en tant qu'associé dans une entreprise ou l'exercice de votre profession, votre revenu gagné s'entend de ce qui suit : • tout revenu que vous avez gagné, qu'il vous soit versé directement ou qu'il soit versé à une entreprise à laquelle vous êtes associé, ou à une société qui vous appartient et que vous contrôlez ou qui vous appartient, à vous et à vos associés ou est contrôlée par vous et vos associés, ou qui vous appartient, à vous et à une ou plusieurs personnes avec lesquelles vous ou la société êtes liés au sens où on l'entend à l'art. 251 (2) de la Loi de l'impôt sur le revenu du Canada ou est contrôlée par vous et par cette ou ces personnes • diminué de votre part des dépenses habituelles engagées par l'entreprise dans le cadre de son exploitation normale et qui sont essentielles au maintien de son activité et déductibles du revenu imposable • augmenté de votre salaire, de tout autre revenu gagné par suite des services que vous avez rendus et de toute cotisation versée pour votre compte à un régime de retraite ou de participation aux bénéfices Si vous exercez votre profession dans une entreprise dont vous n'êtes pas propriétaire, votre revenu gagné s'entend de votre salaire, ainsi que des honoraires, des commissions, des gratifications et de toute autre forme de revenu gagné pour des services rendus, diminués des dépenses habituelles engagées par l'entreprise dans le cadre de son exploitation normale et qui sont essentielles au maintien de son activité et déductibles du revenu imposable. Pour *l'invalidité de longue durée* : Ne sont pas compris dans les dépenses habituelles engagées dans le cadre de l'exploitation de l'entreprise les salaires, les avantages sociaux et toute autre forme de rémunération payable à un membre de votre famille immédiate, à moins que ces dépenses ne soient raisonnables et conformes aux frais engagés avant le début de l'invalidité. Le revenu gagné ne comprend pas ce qui suit : • tout revenu provenant de régimes de rémunération différée, de contrats d'assurance invalidité ou de régimes de retraite; • intérêts, dividendes, loyers, redevances, prestations reçues au titre d'un régime de maintien de salaire et toute autre somme non liée à l'accomplissement de services personnels. Le revenu gagné sera calculé d'après la méthode de la comptabilité d'exercice en ce qui a trait aux recettes et aux dépenses.
Traitement approprié	Traitement donné et prescrit par un médecin ou, lorsque Securian Canada l'estime nécessaire, par un médecin spécialiste. Il doit s'agir d'un traitement raisonnable et de pratique courante qui ne se limite pas à des examens ou à des tests, et la fréquence des soins doit correspondre à celle qu'exige normalement l'affection en cause.

SPECIMEN

Frais médicaux

Description générale de la garantie

Dans la présente section, le mot *vous* s'entend du membre, employé ou de toute personne à sa charge, couverts par la garantie Frais médicaux.

La garantie Frais médicaux prévoit le paiement des frais remboursables que vous engagez en cours de couverture.

Par *frais remboursables*, on entend les frais engagés pour les services et les articles indiqués ci-dessous qui sont médicalement nécessaires au traitement d'une maladie et qui n'excèdent pas les frais raisonnables habituellement exigés pour les services ou les articles faisant l'objet de la demande de règlement. Toutefois, des conditions d'admissibilité supplémentaires s'appliquent dans le cas des médicaments.

Par *médicalement nécessaire*, on entend généralement reconnu par le corps médical canadien comme efficace, approprié et requis pour traiter une maladie d'après les normes médicales canadiennes.

Par *frais raisonnables habituellement exigés*, on entend :
- les honoraires et prix normalement demandés dans la région où les services ou articles sont donnés
- et les frais relatifs aux services et aux articles qui représentent un traitement raisonnable en ce qui touche la fréquence et la durée.

Pour bénéficier de cette garantie, vous devez être couvert par un régime provincial d'assurance-maladie ou par un régime fédéral comportant des garanties analogues.

Le terme médecin peut également s'entendre d'une infirmière praticienne – Si les lois provinciales applicables permettent aux infirmières praticiennes de fournir des ordonnances pour certains produits ou services, Securian Canada rembourse les frais admissibles de la même façon que si les ordonnances venaient d'un médecin. Pour les médicaments, veuillez vous reporter à la section *Autres professionnels de la santé autorisés à prescrire des médicaments* indiquée dans le Sommaire des garanties.

Présentation d'une demande de règlement lorsque les frais sont engagés	Les frais sont imputés à l'année de référence au cours de laquelle ils sont engagés. Les frais sont réputés engagés à la date à laquelle les soins sont donnés ou les articles sont loués ou achetés. L'année de référence figure dans le Sommaire des garanties. Voir le tableau **Instructions et délais prescrits pour nous présenter vos demandes de règlement** au début de la présente brochure pour savoir quand et comment présenter une demande de règlement.
Niveau de remboursement	Les frais engagés sont remboursés en fonction du niveau de remboursement prévu par le présent régime. Pour chaque type de service mentionné ci-dessous, le niveau de remboursement figure dans le Sommaire des garanties.

Médicaments sur ordonnance

Médicaments sur ordonnance	Nous couvrons le coût des médicaments et articles qui figurent dans le Sommaire des garanties.

Limite d'approvisionnement	Les prestations versées pour chaque achat sont limitées au coût de la quantité qu'il est raisonnable d'utiliser pendant une période de 3 mois.
Exclusions	Aucune prestation n'est payable pour ce qui suit, même s'il s'agit de soins, de médicaments et d'articles prescrits : • frais d'administration de sérums, de vaccins et d'injections. • traitements de l'obésité, y compris les médicaments, les protéines et les suppléments alimentaires ou diététiques. • stimulants de la pousse des cheveux. • auxiliaires antitabagiques. • médicaments pour le traitement de la stérilité. • médicaments pour le traitement d'une dysfonction sexuelle. • médicaments utilisés à des fins esthétiques. • produits de santé naturels, qu'ils aient ou non un numéro de produit naturel (NPN). • médicaments et traitements administrés dans un hôpital à une personne à titre de malade interne ou de malade externe, ou dans une clinique ou un centre de soins financés au moyen de fonds publics, y compris tout service ou article ayant trait à l'administration du médicament et du traitement.
Évaluation des médicaments	Les médicaments suivants feront l'objet d'une évaluation et devront être approuvés par nous en vue d'être admissibles à un remboursement : • médicaments ayant reçu un avis de conformité de Santé Canada, le 1er novembre 2017 ou après cette date, pour un usage initial ou un nouvel usage. • médicaments couverts par ce régime et dont le coût a connu une hausse importante. Les frais de médicaments sont admissibles à un remboursement seulement s'ils ont été engagés à compter de la date à laquelle nous les avons approuvés. Nous évaluerons l'admissibilité du médicament en fonction de facteurs comme : • l'analyse comparative du coût du médicament et de son efficacité clinique. • les recommandations faites par les organismes d'évaluation des technologies de la santé et les provinces. • l'accès à d'autres médicaments qui traitent les mêmes affections ou des affections similaires. • la durabilité du régime.
Auxiliaires antitabagiques	Pour les membres ou leurs employés résidant au Québec, les auxiliaires antitabagiques sont couverts compte tenu des exigences du régime d'assurance médicaments du Québec.
Services pharmaceutiques (rendus par les pharmaciens)	Pour les membres ou leurs employés résidant au Québec, nous couvrons les services pharmaceutiques qui sont couverts par le régime d'assurance médicaments du Québec et appliquons les exigences de celui-ci.

Frais d'hospitalisation engagés dans votre province

Hôpital	Nous couvrons les frais engagés pour une hospitalisation dans un hôpital dans votre province de résidence, comme il est indiqué dans le Sommaire des garanties.

SPÉCIMEN

	Un *hôpital* est un établissement autorisé à donner des soins et des traitements aux blessés et aux malades, principalement durant la phase aiguë de la maladie. Il doit être doté d'installations servant au diagnostic et à la chirurgie majeure. L'établissement doit assurer des soins infirmiers 24 heures sur 24. L'établissement qui est un établissement de soins prolongés, une maison de repos, un établissement de soins pour personnes âgées ou malades chroniques, un sanatorium, un hôpital de convalescence ou un établissement destiné au traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, de même que les lits réservés à ces fins dans un hôpital ne sont pas considérés comme un hôpital.
Hôpital de convalescence	Nous couvrons les frais engagés pour une hospitalisation dans un hôpital de convalescence, prescrite par le médecin, à condition qu'elle ait principalement pour objet la réadaptation du malade et non la surveillance du malade, comme il est indiqué dans le Sommaire des garanties. Un *hôpital de convalescence* est un établissement autorisé à donner des soins et des traitements à des personnes hospitalisées qui sont en convalescence par suite d'une blessure ou d'une maladie, et qui doit assurer des soins infirmiers et médicaux 24 heures sur 24. L'établissement qui est un établissement de soins prolongés, une maison de repos, un établissement de soins pour personnes âgées ou malades chroniques, un sanatorium ou un établissement destiné au traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, n'est pas considéré comme un hôpital de convalescence.

Frais engagés hors de votre province

Frais engagés hors de votre province	Nous couvrons les services reçus en cas d'urgence hors de la province de votre domicile. Nous couvrons également les services reçus à la recommandation du médecin. **Dans le cas des services reçus en cas d'urgence et à la recommandation du médecin, le niveau de remboursement figure dans le Sommaire des garanties.** Dans le cas des services reçus en cas d'urgence et à la recommandation du médecin, nous couvrons ce qui suit : • hospitalisation dans une chambre semi-particulière • autres services hospitaliers reçus hors du Canada seulement • soins reçus à l'hôpital à titre de malade externe • soins du médecin

SPECIMEN

Services reçus en cas d'urgence	Nous couvrons les frais engagés pour des services reçus en cas d'urgence uniquement durant la limite de temps indiquée dans le Sommaire des garanties. Si vous êtes admis à l'hôpital au cours de cette période, les services que vous recevez à titre de malade hospitalisé sont couverts jusqu'à votre sortie de l'hôpital. Le terme *services reçus en cas d'urgence* s'entend des services et des articles médicaux raisonnables, y compris les consultations, traitements, actes médicaux ou interventions chirurgicales, qui sont nécessaires en raison d'une urgence. Dans le cas des personnes souffrant d'une affection chronique, les services reçus en cas d'urgence ne comprennent pas les soins donnés dans le cadre d'un programme de traitement établi qui était déjà en place avant leur départ de la province de leur domicile. Le terme *urgence* s'entend de toute situation reliée à une maladie aiguë ou à une blessure accidentelle qui exige un traitement immédiat, médicalement nécessaire, prescrit par le médecin. **En cas d'urgence, communiquez immédiatement avec nous!** Vous ou une personne qui vous accompagne devez communiquer immédiatement avec le fournisseur du Programme Voyage Assistance (PVA) de Securian Canada. Le fournisseur du PVA de Securian Canada doit approuver au préalable tous les procédés invasifs et les procédés d'investigation (y compris toute intervention chirurgicale, angiographie, imagerie par résonance magnétique (IRM), tomographie par émission de positons (TEP), tomodensitométrie) que vous recevez. Si vous recevez des soins d'urgence avant que le fournisseur du PVA de Securian Canada n'en soit informé et que nous déterminons que quelqu'un aurait pu raisonnablement communiquer avec le fournisseur du PVA de Securian Canada à votre place, a Securian Canada a le droit de refuser ou de limiter le paiement des frais engagés relativement à cette urgence. Lorsque des circonstances exceptionnelles vous empêchent de communiquer avec le fournisseur du PVA de Securian Canada avant de recevoir des services, vous devez le faire le plus tôt possible par la suite. L'urgence prend fin lorsque le fournisseur du PVA de Securian Canada considère, en se basant sur les renseignements médicaux disponibles, que votre état est suffisamment stable du point de vue médical pour que vous puissiez retourner dans la province de votre domicile.
Services reçus en cas d'urgence exclus de la couverture	Les frais engagés pour les services suivants reçus en cas d'urgence ne sont pas couverts : • services médicaux qui ne sont pas requis immédiatement ou qui pourraient raisonnablement être reportés jusqu'à votre retour dans la province de votre domicile, à moins que votre état de santé soit tel que vous ne pouvez pas raisonnablement retourner dans cette province avant d'avoir reçu ces services.

SPÉCIMEN

	• services reliés à une maladie ou blessure qui est à l'origine de l'urgence, après que l'urgence a pris fin. • services continus, découlant directement ou indirectement de l'urgence ou d'une récurrence de l'urgence, reçus après la date à laquelle Securian Canada ou le fournisseur du PVA de Securian Canada a déterminé, en se basant sur les renseignements médicaux disponibles, que vous pouviez retourner dans la province de votre domicile, dans le cas où vous avez refusé de le faire. • services qui sont nécessaires pour le traitement de la maladie ou blessure pour laquelle vous avez déjà reçu des services en cas d'urgence, y compris toute complication découlant de cette maladie ou blessure, si vous aviez refusé ou négligé sans raison valable de recevoir les services médicaux recommandés. • lorsque le voyage a été entrepris dans le but de recevoir des services médicaux pour le traitement d'une maladie ou blessure, services reliés à cette maladie ou blessure, y compris toute complication ou urgence découlant directement ou indirectement de cette maladie ou blessure.
Services reçus à la recommandation du médecin	Les *services reçus à la recommandation du médecin* doivent être donnés pour le traitement d'une maladie et prescrits par un médecin exerçant dans la province de votre domicile. La régie de l'assurance-maladie de votre province doit avoir accepté par écrit de verser des prestations relativement à ces services. Les services donnés à la recommandation du médecin doivent être reçus au Canada, s'ils sont offerts dans ce pays, indépendamment de toute liste d'attente. Les services donnés à la recommandation du médecin qui ne sont pas offerts au Canada peuvent être reçus à l'extérieur du pays.

Votre couverture des frais médicaux en un coup d'œil

Frais couverts	Précisions	Prestations maximales
Services et articles médicaux		
Soins d'infirmières ou d'infirmiers exerçant à titre privé donnés hors de l'hôpital	Doivent être médicalement nécessaires Les services doivent consister en soins infirmiers; ils ne doivent pas avoir pour objet la surveillance du malade et ils doivent être prescrits par le médecin Par infirmières ou infirmiers exerçant à titre privé, on entend des infirmières ou infirmiers et infirmières ou infirmiers auxiliaires, qui sont autorisés à exercer leur profession dans la province de votre domicile et qui ne résident pas normalement avec vous Les services d'infirmières ou d'infirmiers autorisés ne sont couverts que s'ils ne peuvent pas être donnés par des infirmières ou infirmiers auxiliaires	25 000 $ par personne pour 3 années de référence consécutives

SPÉCIMEN

Frais couverts	Précisions	Prestations maximales
Ambulance	Transport dans une ambulance autorisée, à destination et en provenance de l'hôpital approprié le plus proche Les services doivent être médicalement nécessaires Les frais engagés à l'extérieur du Canada pour des services reçus en cas d'urgence sont remboursés selon les conditions figurant dans le Sommaire des garanties pour les *Services hors province reçus en cas d'urgence*	
Transport aérien par service ambulancier	Transport aérien par service ambulancier autorisé, à destination de l'hôpital approprié le plus proche Les services doivent être médicalement nécessaires Les frais engagés à l'extérieur du Canada pour des services reçus en cas d'urgence sont remboursés selon les conditions figurant dans le Sommaire des garanties pour les *Services hors province reçus en cas d'urgence*	
Services diagnostiques	Services diagnostiques suivants reçus hors de l'hôpital, sauf si votre régime provincial considère ces frais comme un service assuré : • analyses de laboratoire prescrites par le médecin • traitements au radium • examens radiologiques • examens diagnostiques	
Soins dentaires après un accident	Traitement des dents naturelles endommagées dans un accident survenu en cours de couverture, y compris les frais d'attelles et d'arcs dentaires Vous devez recevoir les soins dans les 12 mois de l'accident	5 000 $ par personne par accident pour toute personne de 18 ans ou plus (aucun maximum ne s'applique pour les personnes moins de 18 ans) Les frais couverts sont limités aux honoraires prévus dans le tarif publié à l'intention des dentistes généralistes par l'association des chirurgiens-dentistes de la province du domicile du membre/de l'employé
Ophtalmologistes ou optométristes autorisés	Services d'ophtalmologistes ou d'optométristes autorisés	50 $ par personne par période de 24 mois

SPÉCIMEN

Frais couverts	Précisions	Prestations maximales
Perruques	Nécessaires à la suite d'une chimiothérapie	500 $ par personne sa vie durant
Appareils	Appareils médicalement nécessaires répondant à vos besoins médicaux fondamentaux que vous avez loués (ou achetés à notre demande) Le remboursement de ces frais peut être assujetti à la présentation d'une ordonnance du médecin S'il y a plus d'un appareil qui répond à vos besoins médicaux fondamentaux, les frais remboursables sont limités au coût de l'appareil le moins cher	Dans le cas des fauteuils roulants, nous ne couvrons que le coût d'un fauteuil roulant non motorisé, sauf si votre état de santé justifie l'utilisation d'un fauteuil roulant motorisé. Les frais remboursables sont limités à un maximum viager de 4 000 $ pour un fauteuil roulant motorisé.
Plâtres, bandages herniaires ou béquilles		
Attelles ou orthèses	Sur l'ordonnance du médecin	
Prothèses mammaires	Nécessaires à la suite d'une intervention chirurgicale	400 $ par personne par période de 24 moise
Soutiens-gorge post-opératoires	Nécessaires à la suite d'une intervention chirurgicale	2 soutiens-gorge par personne par année de référence
Membres artificiels		5 000 $ personne par année de référence
Yeux artificiels		
Couvre-moignons, bas à varices, y compris les bas à compression régressive	Sur l'ordonnance du médecin	2 paires par personne par année de référence
Orthèses plantaires faites sur mesure	Sur l'ordonnance du médecin, du podiatre ou du chiropodiste	300 $ par personne sa vie durant
Chaussures orthopédiques faites sur mesure et modifications apportées à des chaussures orthopédiques	Sur l'ordonnance du médecin, du podiatre ou du chiropodiste	200 $ par personne par année de référence
Appareils de correction auditive		300 $ par personne pour 5 années de référence consécutives Les réparations sont comprises dans ce maximum
Oxygène et sérum sanguin		
Lecteurs de glycémie		700 $ par personne sa vie durant
Articles pour diabétiques	Sur l'ordonnance du médecin	
Chirurgie esthétique	Nécessaires à la suite d'un accident subi pendant que la personne était assurée pour remédier à un défigurement	

SPÉCIMEN

Frais couverts	Précisions	Prestations maximales
Articles devenus nécessaires à la suite d'une colostomie		
Services paramédicaux		
Spécialistes paramédicaux figurant dans le Sommaire des garanties	Les spécialistes paramédicaux doivent être autorisés	Jusqu'à concurrence du niveau de remboursement indiqué dans le Sommaire des garanties

Le terme *autorisé* se rapporte à toute personne qui est membre de l'organisme approprié régissant l'exercice de sa profession établi par les autorités gouvernementales provinciales. En l'absence d'un tel organisme, la personne doit être un membre actif d'une association approuvée par nous.

Les spécialistes paramédicaux *autorisés* doivent :

- faire partie d'un organisme de réglementation ou, en l'absence d'un tel organisme, être membre d'une association approuvée par nous;
- détenir un permis ou être autorisés à pratiquer leur profession, de la manière prescrite par l'organisme de réglementation provincial pertinent;
- avoir suivi une formation adéquate et obtenu les titres requis pour être en mesure de fournir les services ou les articles offerts;
- conserver des dossiers cliniques conformes aux pratiques et aux normes raisonnables qui sont en usage dans leur domaine ou aux exigences de l'organisme ou de l'association;
- nous fournir les dossiers cliniques lorsque nous en faisons la demande et répondre favorablement à nos demandes de renseignements;
- ne pas avoir recours à des pratiques administratives qui sont inacceptables pour nous.

Cette liste de critères n'est pas exhaustive. Nous avons le droit de déterminer à notre entière discrétion qu'un spécialiste paramédical est autorisé à offrir un service ou un article. Dans la mesure où les critères énoncés ci-dessus s'appliquent aux cliniques, nous avons le droit de déterminer à notre entière discrétion qu'une clinique est autorisée de sorte que les demandes de règlement pour des services ou des articles reçus à cette clinique donnent droit à un remboursement au titre du présent régime.

Cessation de la couverture

Voir le Sommaire des garanties au début de la présente brochure pour connaître la cessation de votre couverture.

Prestations après la cessation de la couverture

Si vous êtes totalement invalide, au sens défini dans le contrat, au moment de la cessation de votre couverture, vous avez droit au remboursement des frais engagés pour le traitement de la maladie à l'origine de votre invalidité si les frais sont engagés :

- pendant la période ininterrompue d'invalidité totale,
- dans les 90 jours de la cessation de la couverture,
- et lorsque la présente garantie est en vigueur.

En cas de résiliation de la garantie Frais médicaux, le traitement des dents naturelles endommagées dans un accident demeure couvert, pourvu que les conditions suivantes soient respectées :

- l'accident est survenu en cours de couverture,
- et les soins sont reçus dans les 6 mois qui suivent la date de l'accident.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour ce qui suit :

- services ou articles couverts ou disponibles (sans égard aux listes d'attente) au titre de tout régime ou programme parrainés par l'État, sous réserve des dispositions énoncées ci-dessous sous la rubrique *Intégration du régime avec les programmes de l'État*.

SPÉCIMEN

- prothèses ou appareils médicaux implantés (exemples : anneaux gastriques, implants mammaires, implants rachidiens et prothèses de hanche).
- matériel que nous excluons de notre garantie (exemples : matelas orthopédiques, appareils d'exercice physique, climatiseurs et purificateurs d'air, baignoires d'hydromassage et humidificateurs).
- services ou articles qui ne sont pas habituellement fournis pour le traitement d'une maladie, y compris les traitements expérimentaux ou les traitements de recherche, tels que décrits dans le contrat.
- services ou articles qui ne sont pas des frais médicaux admissibles en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada).
- services ou articles pour lesquels il n'y aurait pas eu de frais s'il n'y avait pas eu la présente couverture.

Nous ne versons pas de prestations lorsque la demande de règlement se rapporte à une maladie attribuable à l'une des causes suivantes :

- acte d'hostilité de forces armées, insurrection ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire.
- exercice d'une activité rémunérée pour le compte d'une autre personne que l'employeur qui offre le présent régime.
- participation à la perpétration d'un acte criminel.

Intégration du régime avec les programmes de l'État

Le présent régime intègre les prestations qu'il prévoit avec celles qui sont payables ou disponibles au titre du régime ou programme parrainés par l'État (le *programme de l'État*).

Les frais remboursables au titre du présent régime correspondent à la portion des frais qui n'est pas payable ou couverte au titre du programme de l'État, sans égard à ce qui suit :

- le fait que vous ayez ou non présenté une demande au titre du programme de l'État,
- le fait que votre couverture au titre de ce régime ait une incidence sur votre admissibilité ou votre droit à toutes prestations prévues par le programme de l'État,
- ou toute liste d'attente.

SPÉCIMEN

Programme Voyage Assistance

Description générale de la garantie

Dans la présente section, le mot *vous* s'entend du membre, de l'employé ou de toute personne à sa charge, couverts par le Programme Voyage Assistance.

Le terme *urgence* s'entend de toute situation reliée à une maladie aiguë ou à une blessure accidentelle qui exige un traitement immédiat, médicalement nécessaire, prescrit par le médecin.

Le Programme Voyage Assistance complète la section de la garantie Frais médicaux relative aux services reçus en cas d'urgence. Nous couvrons les services reçus en cas d'urgence uniquement durant la limite de temps indiquée dans le Sommaire des garanties. Si vous êtes admis à l'hôpital au cours de cette période, les services que vous recevez à titre de malade hospitalisé sont couverts jusqu'à votre sortie de l'hôpital.

La clause portant sur les services reçus en cas d'urgence qui sont exclus de la couverture et toutes les autres conditions, notamment les maximums, les exclusions et les restrictions prévus par la garantie Frais médicaux s'appliquent également à la garantie Programme Voyage Assistance.

Emportez votre carte d'assistance-voyage avec vous! Vous y trouverez les numéros de téléphone à composer et les renseignements nécessaires pour confirmer votre couverture et recevoir de l'aide.

Pour recevoir de l'aide	En cas d'urgence, communiquez immédiatement avec nous! Vous ou une personne qui vous accompagne devez communiquer immédiatement avec le fournisseur du PVA de Securian Canada. Si vous recevez des soins d'urgence avant que le fournisseur du PVA de Securian Canada n'en soit informé et que nous déterminons que quelqu'un aurait pu raisonnablement communiquer avec le fournisseur du PVA de Securian Canada à votre place, Securian Canada a le droit de refuser ou de limiter le paiement des frais engagés relativement à cette urgence. Lorsque des circonstances exceptionnelles vous empêchent de communiquer avec le fournisseur du PVA de Securian Canada avant de recevoir des services, vous devez le faire le plus tôt possible par la suite. Vous avez accès 24 heures sur 24 à un centre de coordination disposant d'un personnel complet. Les numéros de téléphone appropriés figurent sur votre carte d'assistance-voyage. Le fournisseur du PVA de Securian Canada :
Assistance médicale immédiate	Le fournisseur du PVA de Securian Canada vous dirige vers un médecin, un pharmacien ou un centre de soins. Dès que cette société est informée que vous avez besoin d'une assistance médicale d'urgence, le personnel de l'organisme, ou un médecin désigné par l'organisme, tente de communiquer au besoin avec le personnel médical qui est sur place pour comprendre la situation et en suivre l'évolution. Au besoin, elle garantit au fournisseur des services médicaux le paiement de ses honoraires ou lui verse une avance. Le fournisseur du PVA de Securian Canada offre des services de traduction dans les principales langues, qui peuvent s'avérer nécessaires pour communiquer avec le personnel médical de l'endroit.

SPÉCIMEN

	Le fournisseur du PVA de Securian Canada peut transmettre un message urgent à votre domicile, votre lieu de travail ou tout autre endroit approprié. L'organisme conserve dans ses bureaux pendant un maximum de 15 jours les messages à prendre.
Retour au domicile ou transport à un autre établissement médical	Après avoir consulté le médecin traitant, le fournisseur du PVA de Securian Canada peut déterminer qu'il est nécessaire d'assurer votre transport, sous surveillance médicale, vers un autre hôpital ou centre de soins, ou votre retour à la maison. Dans ce cas, l'organisme prend les dispositions nécessaires et garantit le paiement des frais de transport et, au besoin, verse une avance à cette fin. Securian Canada ou le fournisseur du PVA de Securian Canada décide, en se basant sur les renseignements médicaux disponibles, de la nécessité de vous transporter hors du lieu où vous vous trouvez, du mode de transport et du moment de votre transport, du choix de la destination finale, ainsi que de l'équipement, du matériel et du personnel médicaux. Sa décision est sans appel.
Nourriture et logement	Si votre voyage est retardé ou interrompu en raison d'une urgence ou parce qu'une personne couverte par la garantie et voyageant avec vous vient à décéder, le fournisseur du PVA de Securian Canada prend les dispositions en vue de vous assurer la nourriture et le logement dans un établissement commercial. La prestation maximale payable est de 150 $ par personne par jour, pour une période limitée à 7 jours. Le fournisseur du PVA de Securian Canada prend les dispositions en vue de vous assurer la nourriture et le logement dans un établissement commercial si vous avez été hospitalisé d'urgence pendant un voyage à l'extérieur de la province de votre domicile et si, de l'avis du fournisseur du PVA de Securian Canada, vous n'êtes pas encore en état de voyager après votre sortie de l'hôpital. La prestation maximale payable est de 150 $ par jour, pour une période limitée à 5 jours.
Retour de personnes en difficulté	Le fournisseur du PVA de Securian Canada prend des dispositions et, au besoin, verse une avance pour assurer : • votre retour dans la province de votre domicile si vous ne pouvez plus utiliser un billet du fait que vous ou une personne à votre charge avez dû être hospitalisés ou transportés vers un centre de soins ou qu'une personne à votre charge ou sa dépouille a dû être ramenée dans la province de son domicile, en raison d'une urgence (retour au domicile). • le retour d'un enfant si, en raison d'une urgence, vous devez être hospitalisé et que l'enfant se retrouve seul alors qu'il voyageait avec vous à l'extérieur de la province de votre domicile. Ce service est offert aux enfants âgés de moins de 16 ans ou souffrant d'un handicap mental ou physique. S'il y a lieu, le fournisseur du PVA de Securian Canada prend des dispositions et verse une avance dans ce cas pour qu'un préposé compétent accompagne l'enfant jusqu'au domicile. La prestation maximale payable est égale au coût du transport, diminué de toute fraction remboursable du prix original du billet.

PROTOTYPE

Visite d'un membre de la famille	Le fournisseur du PVA de Securian Canada prend des dispositions pour qu'un membre de votre famille immédiate puisse se rendre à l'endroit où vous êtes hospitalisé et, au besoin, l'organisme avance les fonds correspondant au prix du billet aller-retour en classe économique : • si vous êtes hospitalisé pendant plus de 7 jours consécutifs, et • si vous voyagez seul ou si vous êtes accompagné seulement d'un enfant de moins de 16 ans ou souffrant d'un handicap mental ou physique. Nous payons jusqu'à 150 $ par jour pour couvrir les frais de nourriture et de logement du membre de la famille dans un établissement commercial, pour une période limitée à 7 jours.
Retour au domicile (transport de la dépouille)	Si vous décédez au cours d'un voyage à l'extérieur de la province de votre domicile, le fournisseur du PVA de Securian Canada paie jusqu'à 5 000 $ pour : • obtenir les autorisations prescrites par l'État. • régler les frais nécessaires pour le transport de votre dépouille dans un conteneur approprié.
Retour de votre voiture	Le fournisseur du PVA de Securian Canada prend des dispositions et, au besoin, verse une avance d'au plus 500 $ pour le retour d'une voiture privée dans la province de votre domicile ou d'une voiture louée au centre de location approprié le plus proche si vous ne pouvez le faire vous-même en raison d'une urgence ou d'un décès.
Bagages ou documents perdus	Si vous perdez ou vous faites voler vos bagages ou des documents de voyage au cours d'un voyage à l'extérieur de la province de votre domicile, le fournisseur du PVA de Securian Canada vous indiquera les mesures à prendre pour remplacer les documents perdus ou volés et qui contacter en cas de perte ou de vol de bagages. Il s'agit uniquement d'un service. Aucune prestation n'est payable pour la perte ou le vol de documents et de bagages.
Avance	Aucune avance de moins de 200 $ ne sera consentie. Les avances comprises entre 200 $ et 10 000 $ sont réglées en un seul versement.
Sommes qui vous sont remboursées	Securian Canada vous rembourse les frais d'articles et de services médicaux couverts par le présent régime que vous avez payés en cas d'urgence médicale, si votre couverture et l'état d'urgence médicale ont été préalablement confirmés par le fournisseur du PVA de Securian Canada. En pareil cas, vous devez : • conserver vos reçus; • vous procurer dans tous les cas une note détaillée des frais engagés, le cas échéant, pour tous les soins reçus à l'hôpital; • remplir, dans les 30 jours de votre retour à la maison, un formulaire de demande de règlement de frais médicaux et l'envoyer directement à le fournisseur du PVA de Securian Canada accompagné des reçus originaux et de toutes les notes détaillées relatives aux frais engagés. Vous pouvez vous procurer l'adresse du fournisseur du PVA de Securian Canada en visitant le site Web des Services aux participants de Securian Canada à l'adresse *www.my.securiancanada.ca* ou en appelant son Centre de service à la clientèle, au numéro sans frais 1-877-363-2773. Le fournisseur du PVA de Securian Canada vous demandera de signer un formulaire l'autorisant à agir en votre nom concernant le régime d'assurance-maladie de votre province. Vous devez signer et retourner ce formulaire à le fournisseur du PVA de Securian Canada pour que votre demande de règlement soit traitée.

SPECIMEN

Coordination des prestations	Nous appliquons le principe de la coordination des prestations conformément aux directives adoptées par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, lorsque vous êtes couvert par le présent régime et par d'autres régimes. La société émettrice du régime au titre duquel vous présentez une demande de règlement en premier est responsable de la gestion et de l'évaluation de la demande. Elle a le droit d'exiger de toute société émettrice d'un autre régime le remboursement des frais venant en excédent de la part qui lui incombe.
Sommes que vous devez rembourser	Vous devez rembourser à Securian Canada les sommes suivantes que le fournisseur du PVA de Securian Canada vous a versées sous forme d'avances : • sommes qui doivent vous être remboursées par la régie de l'assurance-maladie de la province de votre domicile. • tout excédent sur les prestations maximales prévues par le présent régime. • sommes versées pour des services ou articles non couverts par le présent régime. • sommes que vous devez prendre à votre charge, notamment les franchises et la quote-part des frais que vous devez payer. Securian Canada vous facture les sommes qui doivent lui être remboursées. Le paiement est exigible dès réception de la facture.
Restrictions	Le fournisseur du PVA de Securian Canada n'offre pas de services dans certains pays pour diverses raisons. Veuillez communiquer avec le fournisseur du PVA de Securian Canada avant votre départ pour vous informer à ce sujet. Le fournisseur du PVA de Securian Canada se réserve le droit de suspendre ou de restreindre ses services sans préavis dans quelque région que ce soit dans les cas suivants : • rébellion, émeute, soulèvement militaire, guerre, conflit de travail, grève, accident nucléaire, terrorisme ou force majeure. • refus des autorités du pays en cause d'autoriser le fournisseur du PVA de Securian Canada à fournir des services aussi complets que possible.
Responsabilité de Securian Canada ou de le fournisseur du PVA de Securian Canada	Securian Canada et le fournisseur du PVA de Securian Canada ne sont nullement responsables des négligences, erreurs ou omissions imputables au médecin ou à un autre professionnel de la santé qui vous fournit directement des services en vertu du présent régime.

SPÉCIMEN

Frais dentaires

Description générale de la garantie

Dans la présente section, le mot *vous* s'entend du membre, de l'employé ou de toute personne à sa charge, couverts par la garantie Frais dentaires.

La garantie Frais dentaires prévoit le paiement des frais remboursables que vous engagez en cours de couverture pour les soins donnés par un dentiste, un denturologiste, un hygiéniste dentaire ou un anesthésiste autorisés.

Nous couvrons les **frais raisonnables habituellement exigés** pour les soins reçus, à concurrence du montant indiqué en regard de ces soins dans le tarif de l'association des chirurgiens-dentistes qui figure dans le Sommaire des garanties. Lorsqu'un tarif n'est pas publié pour une année donnée, le terme tarif peut également s'entendre d'un tarif rajusté établi par Securian Canada.

Par frais raisonnables habituellement exigés, on entend :

- les frais considérés nécessaires pour le traitement et l'entretien de la santé bucco-dentaire d'une personne, selon les procédures et pratiques de soins dentaires standards au Canada, et
- les frais d'une durée et d'une fréquence raisonnables, tel qu'il est déterminé par Securian Canada.

Nous baserons le remboursement sur le tarif qui est en vigueur à la date du traitement.

Pour déterminer la partie des frais engagés que nous rembourserons :

- nous vérifions d'abord si des méthodes de traitement différentes ou équivalentes auraient pu être utilisées.
- nous confirmons que ces méthodes s'inscrivent dans les soins dentaires reconnus qui sont de pratique courante et qu'elles sont aussi efficaces que celle qui a été appliquée par le dentiste.

Nous remboursons uniquement les frais raisonnables qui correspondent à la méthode de traitement équivalente la moins coûteuse.

Dans le cas d'une couronne ou prothèse sur implant	Les prestations que nous versons correspondent à celles que nous aurions versées au titre du présent régime pour une couronne sur dent ou une prothèse non reliée à un implant, respectivement. Nous tenons compte de toutes les restrictions qui auraient été appliquées s'il n'y avait pas eu d'implant. Tous les autres frais reliés à des implants, y compris les frais de chirurgie, ne sont pas couverts.
Si vous recevez des soins dentaires temporaires	Ces soins sont considérés comme faisant partie intégrante du traitement définitif donné pour corriger le problème, et non comme des soins distincts. Seuls les honoraires imputés pour les soins à caractère permanent serviront à déterminer le montant des frais raisonnables habituellement exigés pour le traitement dentaire définitif.
Présentation d'une demande de règlement lorsque les frais sont engagés	Les frais sont imputés à l'année de référence au cours de laquelle ils sont engagés. L'année de référence figure dans le Sommaire des garanties. Les frais sont réputés engagés le jour où les soins sont donnés, dans le cas d'un traitement nécessitant un seul rendez-vous. Pour tous les traitements nécessitant plusieurs rendez-vous, les frais sont réputés engagés le jour où le traitement est terminé. Voir le tableau **Instructions et délais prescrits pour nous présenter vos demandes de règlement** au début de la présente brochure pour savoir quand et comment présenter une demande de règlement.

SPECIMEN

Niveau de remboursement	Les frais engagés sont remboursés en fonction du niveau de remboursement prévu par le présent régime. Pour chaque type de service mentionné ci-dessous, le niveau de remboursement figure dans le Sommaire des garanties.
Prestation maximale	Les prestations maximales figurent dans le Sommaire des garanties.
Limitation de garantie	Si vous adhérez à la garantie prévue pour les membres/employés ou les personnes à charge plus de 31 jours après la date à laquelle vous ou la personne à votre charge y êtes admissible, la prestation maximale que nous versons est *la prestation maximale en cas d'adhésion tardive* qui figure dans le Sommaire des garanties.
Obtention d'une estimation avant de recevoir certains soins	Avant de recevoir des soins dentaires importants ou des soins entraînant des frais de plus de 300 $, nous vous recommandons de nous envoyer une estimation. Voici comment cela fonctionne : • vous nous enverrez un formulaire de demande de règlement de frais dentaires dûment rempli indiquant le traitement prévu et son coût. • le formulaire doit être rempli par vous-même et par votre dentiste. • nous vous informerons alors des frais que nous rembourserons. Vous connaîtrez ainsi, avant le traitement, la part des frais que vous devrez assumer.

Votre couverture des frais dentaires en un coup d'œil

Frais couverts	Précisions / Prestations maximales
Soins dentaire de prévention – La garantie Frais dentaires couvre les soins ci-après destinés à la prévention de problèmes dentaires, c'est-à-dire les soins que le dentiste donne régulièrement pour maintenir les dents en bonne santé.	
Examens buccaux	• 2 examens complet tous les 2 ans. • 1 examen périodique tous les 9 mois. • examens d'urgence ou examens particuliers.
Radiographies	• 1 panographie ou série complète de radiographies tous les 2 ans. • 1 série de radiographies interproximales tous les 9 mois. • radiographies nécessaires au diagnostic ou à la surveillance de l'évolution d'un traitement.
Autres soins	• consultations nécessaires entre deux dentistes. • polissage (nettoyage des dents) et application topique de fluorure, à intervalles d'au moins 9 mois. • traitements palliatifs et urgences. • examens de diagnostic et de laboratoire. • extraction de dents incluses et anesthésie à cette fin. • mainteneurs d'espace pour dents primitives manquantes. • scellement de puits et fissures, pour les enfants de moins de 19 ans seulement. • conseils d'hygiène bucco-dentaire, une séance par personne sa vie durant.

SPÉCIMEN

Frais couverts	Précisions / Prestations maximales
Soins dentaires de base – La garantie Frais dentaires couvre les soins dentaires de base ci-après.	
Obturations	• amalgame (argent) et résine composite ou résine acrylique (substance blanche), ou l'équivalent.
Extractions	• extraction de dents, sauf l'extraction de dents incluses (Soins dentaires de prévention).
Restaurations de base	• restaurations préfabriquées en métal et réparation de restaurations préfabriquées en métal, sauf dans le cadre de la mise en place de couronnes définitives, pour les enfants de moins de 19 ans seulement.
Endodontie	• traitement radiculaire et obturation des canaux, et traitements des maladies de la pulpe.
Parodontie	• traitement des maladies des gencives et des autres éléments de soutien. • détartrage et aplanissement des racines, sous réserve d'un maximum global de 10 unités de 15 minutes par année de référence. • séances d'équilibration occlusale, sous réserve d'un maximum de 8 unités de 15 minutes par année de référence. • entretien, ajustement et réparation d'appareils, sous réserve d'un maximum de 2 par année de référence.
Chirurgie buccale	• traitement chirurgical et anesthésie à cette fin, sauf l'extraction de dents incluses (Soins dentaires de prévention). Fractures, y compris l'assistance auprès d'un chirurgien dans la réduction d'une fracture, sous réserve d'un maximum 100 $ par sinistre.
Réparation de prothèses amovibles	• réparation de prothèses amovibles.
Rebasage ou regarnissage	• 1 rebasage ou 1 regarnissage de prothèses amovibles partielles ou complètes par de prothèses, par année de référence.

Soins dentaires majeurs – La garantie Frais dentaires couvre les soins dentaires majeurs ci-après.	
Restaurations majeures	• Incrustations en profondeur, couronnes et réparation de couronnes, sauf les restaurations préfabriquées en métal (Soins dentaires de base), une fois tous les 48 mois. Restaurations provisoires, y compris les frais de laboratoire, à concurrence d'un maximum viager de $50 par personne.
Réparations de ponts	• réparations de ponts.
Services de prothèse	Confection et mise en place de ponts ou de prothèses amovibles standard. La garantie est limitée aux dents extraites en cours de couverture. Nous ne considérons pas que les frais engagés pour des ponts ou prothèses amovibles standard de remplacement moins de 4 ans après la confection ou la mise en place précédente sont remboursables, sauf si la condition énoncée au point 1 ou au point 2 ci-dessous s'applique : 1. dans le cas du remplacement d'un pont ou d'une prothèse amovible standard, la prothèse à remplacer nuit à l'articulation temporo-mandibulaire et ne peut être réparée à peu de frais. 2. dans le cas du remplacement d'une prothèse de transition qui a été mise en place peu de temps après l'extraction des dents, le dentiste ne peut pas l'ajuster à peu de frais.

SPÉCIMEN

Cessation de la couverture

Voir le Sommaire des garanties au début de la présente brochure pour connaître la cessation de votre couverture.

Prestations après la cessation de la couverture

En cas de résiliation de la garantie Frais dentaires, le traitement des dents naturelles endommagées dans un accident demeure couvert, pourvu que les conditions suivantes soient respectées :

- l'accident est survenu en cours de couverture,
- et les soins sont reçus dans les 6 mois qui suivent la date de l'accident.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour les services ou articles couverts ou disponibles (sans égard aux listes d'attente) au titre de tout régime ou programme parrainés par l'État, sauf si le présent régime en prévoit expressément le remboursement.

Sont exclus les services ou articles qui ne s'inscrivent pas dans les méthodes normalement pratiquées.

Nous ne couvrons pas ce qui suit :

- soins dentaires donnés à des fins principalement esthétiques.
- frais de remplacement d'appareils perdus, égarés ou volés.
- frais de rendez-vous non respectés.
- frais de rédaction de demandes de règlement.
- services ou articles pour lesquels il n'y aurait pas eu de frais s'il n'y avait pas eu la présente couverture.
- frais d'articles rattachés normalement au port d'un appareil dans l'exercice d'un sport ou à la maison, par exemple, un protège-dents.
- frais de soins et d'articles relatifs à la restauration buccale complète (mise en place de couronnes sur toutes les dents), à la rectification de la dimension verticale (changement de la façon dont les dents entrent en contact), y compris l'abrasion (usure des dents), la modification ou la reconstitution de l'occlusion (du contact entre les mâchoires), ou à la contention au moyen d'une prothèse (mise en place de couronnes pour rendre les dents plus solides).
- transplants et modification des rapports entre maxillaires.
- traitements expérimentaux.

Nous ne couvrons pas non plus les frais dentaires résultant de dommages attribuables à l'une des causes ci-dessous :

- acte d'hostilité de forces armées, insurrection ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire.
- malformations congénitales ou déformations acquises.
- participation à la perpétration d'un acte criminel.

SPÉCIMEN

Invalidité de longue durée

Description générale de la garantie

La garantie Invalidité de longue durée prévoit le versement de prestations si vous êtes atteint d'invalidité totale. Vous avez droit à ces prestations si vous présentez à Securian Canada une attestation établissant à sa satisfaction les deux points suivants :

- que vous avez été atteint d'invalidité totale en cours de couverture,
- et que vous suivez le traitement approprié pour cette invalidité depuis le début de l'invalidité.

Vous êtes considéré comme totalement invalide au titre de la garantie Invalidité de longue durée :

- durant le délai de carence et les 24 mois subséquents (cette période est désignée sous le terme de **période relative à la profession habituelle**), si vous êtes continuellement incapable en raison d'une maladie d'accomplir les tâches essentielles de votre profession habituelle, dans n'importe quel lieu de travail, y compris dans un autre service ou emplacement auprès de votre employeur ou auprès d'un autre employeur,
- et, par la suite, si vous êtes continuellement incapable, en raison d'une maladie, d'exercer auprès de tout employeur quelque profession qui convienne à la formation ou à l'expérience que vous avez ou que vous pourriez acquérir et que vous n'exercez aucune activité rémunérée.

La disponibilité d'un travail auprès de tout employeur n'intervient pas dans la détermination de l'invalidité totale.

Nous versons ces prestations à la fin de chaque mois. Nous déterminons leur montant d'après votre couverture à la date du début de votre invalidité totale.

Voir le tableau **Instructions et délais prescrits pour nous présenter vos demandes de règlement** au début de la présente brochure pour savoir quand et comment présenter une demande de règlement.

Début de l'indemnisation	Le versement des prestations d'invalidité de longue durée commence **dès que toutes les conditions suivantes sont remplies** : • vous avez été totalement invalide de façon ininterrompue durant toute la période indiquée dans le Sommaire des garanties. • vous cessez d'avoir droit à des prestations d'invalidité de courte durée, à des prestations pour perte de revenu, ou à toute forme de maintien du salaire. La période d'invalidité totale qui doit s'écouler avant le versement des prestations d'invalidité est désignée sous le terme de **délai de carence**.
Prestations	Nous calculons les prestations d'invalidité de longue durée comme suit. Toute référence à des prestations et à des paiements faite dans la présente garantie se rapporte au montant brut, avant déductions. Étape 1 : Nous prenons le montant maximum indiqué dans le Sommaire des garanties. Étape 2 : Nous déduisons de ce montant les prestations ou les paiements prévus :
	• par tout régime parrainé par l'État, comme le Régime de pensions du Canada ou le Régime de rentes du Québec, à l'exclusion des prestations ou des paiements prévus pour les personnes à charge, pour la même invalidité ou toute invalidité ultérieure. • par la loi sur les accidents du travail ou par toute loi analogue, pour la même invalidité ou toute invalidité ultérieure. • par tout régime d'assurance automobile. • par tout contrat collectif, y compris tout contrat qui vous couvre en votre qualité de membre d'une association, mais à l'exclusion des prestations ou des paiements prévus par un régime d'assurance contre les maladies graves.

SPÉCIMEN

	• en raison de votre invalidité ou d'une autre maladie, par tout régime de retraite auquel cotise votre employeur. • par le Régime québécois d'assurance parentale.
	Le résultat obtenu à l'étape 2 est la somme que vous recevrez normalement. Prenez le résultat que vous obtenez à l'étape 2, ajoutez les prestations et les paiements ci-dessus, ainsi que les autres prestations et paiements indiqués ci-dessous et vérifiez la somme obtenue. Si cette somme est supérieure à 100 % du salaire de base que vous touchiez avant votre invalidité, vos prestations d'invalidité de longue durée sont réduites de l'excédent. Si les prestations ne sont pas imposables, nous utilisons votre revenu après déduction de l'impôt sur le revenu. Autres prestations et paiements prévus : • par la loi sur les accidents du travail ou par toute loi analogue, pour une autre invalidité. • par la loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels ou par une loi analogue.
	Important : ○ Si vous avez droit à l'une des prestations ou à l'un des paiements ci-dessus mais que vous n'en avez pas fait la demande, nous les prenons quand même en considération. Nous pouvons faire une estimation de ces prestations et paiements et en tenir compte dans le calcul de vos prestations d'invalidité de longue durée. ○ Dans le cas où l'une des prestations ou l'un des paiements ci-dessus est réglé en une seule fois, nous déterminons l'équivalent mensuel que vous auriez reçu en nous fondant sur les principes comptables généralement reconnus. ○ Nous ne tenons pas compte des prestations ou des paiements qui ont commencé à être versés avant le début de votre invalidité. Cependant, toute augmentation de ces prestations ou de ces paiements liée à votre invalidité est prise en compte. ○ Nous nous réservons le droit de rajuster, au besoin, le montant de vos prestations d'invalidité de longue durée en vertu des dispositions ci-dessus.

Anniversaire de l'invalidité

La date de l'anniversaire du début de toute période d'invalidité. La date du premier anniversaire de l'invalidité est celle qui suit de 12 mois la date du début de l'invalidité.

Périodes successives d'invalidité après le début de l'indemnisation

Si, après avoir reçu des prestations d'invalidité de longue durée, vous êtes de nouveau atteint d'invalidité totale en raison des mêmes causes ou de causes connexes, nous considérons cette deuxième période d'invalidité comme le prolongement de la précédente s'il s'est écoulé 180 jours ou moins entre les périodes d'invalidité totale.

Nous déterminons ces prestations d'après la couverture qui s'appliquait au début de la première période d'invalidité totale.

Invalidité partielle

s'entend du fait que vous n'êtes pas totalement invalide, mais que vous êtes en mesure d'accomplir au moins une des tâches de votre profession habituelle pendant moins de la moitié du temps que vous consacrez normalement à votre profession habituelle.

Programme en cas d'invalidité partielle

Securian Canada peut exiger que vous participiez à un programme en cas d'invalidité partielle qu'elle a approuvé par écrit.

SPÉCIMEN

À la suite d'une période durant laquelle des prestations d'invalidité totale ont été versées, si, tandis que vous êtes encore suivi régulièrement par un médecin autorisé, vous reprenez le travail à temps partiel pendant moins de la moitié du temps que vous consacrez normalement à votre profession habituelle, des prestations d'invalidité partielle sont payables pendant une période ne dépassant pas 3 mois et représentant 50 % de la dernière prestation mensuelle versée.

Programme de réadaptation

Securian Canada peut exiger que vous participiez à un programme de réadaptation qu'elle a approuvé par écrit.

Si vous entreprenez un programme de réadaptation sous la surveillance de votre médecin et avec l'approbation de Securian Canada, vous continuez de recevoir des prestations tant que ce programme est approuvé. Vos prestations ne sont alors réduites que de 50 % du montant de la rémunération que vous touchez dans le cadre du programme de réadaptation. Toutefois, votre revenu provenant de toutes sources ne peut excéder votre revenu avant l'invalidité. Si vous redevenez totalement invalide pendant que vous participez à un programme de réadaptation, vous recommencez à recevoir des prestations complètes.

Réclamation à un tiers

Nous avons droit à une part des indemnités que vous touchez par suite d'un règlement à l'amiable ou d'une action en justice intentée contre toute personne physique ou morale qui a causé votre invalidité.

Si vous décidez d'intenter une action en justice, vous devez vous conformer aux dispositions pertinentes du contrat collectif.

En ce qui touche les prestations d'invalidité payées ou payables avant la date du jugement ou de l'entente, si vous touchez une indemnité, vous devez nous verser une somme égale à 75 % de l'indemnité nette obtenue du tiers, ou égale au montant total des prestations d'invalidité totale payées ou payables aux termes du régime, si ce montant est moindre. En ce qui touche les prestations d'invalidité payables après un jugement ou une entente, si la somme représentant 75 % de l'indemnité nette obtenue du tiers dépasse le montant qui nous a été remboursé pour des prestations d'invalidité antérieures, nous avons le droit de déduire l'excédent des prestations d'invalidité futures. Veuillez vous reporter à votre contrat collectif pour plus de précisions.

Vos responsabilités

Pendant toute période d'invalidité totale, vous devez faire des efforts raisonnables pour remplir les obligations ci-dessous. Si vous manquez à l'une des obligations ci-dessous, Securian Canada peut retenir les prestations ou en cesser le versement.

- vous remettre de votre invalidité, par exemple en suivant tout traitement raisonnable ou tout programme de réadaptation qui vous est proposé et en acceptant toute offre raisonnable, que l'employeur peut vous faire, de modifier vos tâches.
- reprendre l'exercice de votre profession habituelle pendant les 24 premiers mois de l'indemnisation.
- recevoir la formation qui vous permettra d'exercer une autre profession dans le cas où il semble que vous serez dans l'incapacité de reprendre l'exercice de votre profession habituelle dans les 24 premiers mois de l'indemnisation.
- trouver du travail dans une autre profession après les 24 premiers mois de l'indemnisation.
- obtenir toutes les autres prestations auxquelles vous pouvez avoir droit.

Fin de l'indemnisation

Le versement des prestations d'invalidité de longue durée prend fin **dès que se réalise l'une des situations suivantes** :

- vous avez touché des prestations d'invalidité partielle pendant une période de 3 mois.
- cessation de votre invalidité totale.
- la période maximale d'indemnisation indiquée dans le Sommaire des garanties prend fin.
- fin du mois au cours duquel vous décédez.

Cessation de la couverture

Voir le Sommaire des garanties au début de la présente brochure pour connaître la cessation de votre couverture.

SPÉCIMEN

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour toute période au cours de laquelle au moins l'un des énoncés suivants s'applique :

- pour toute période au cours de laquelle vous ne recevez pas le traitement approprié.
- pour toute période au cours de laquelle vous exercez une activité rétribuée ou lucrative, à moins que Securian Canada n'accepte à l'avance de verser des prestations.
- pour toute période au cours de laquelle vous ne participez pas à un programme prévu en cas d'invalidité partielle ou à un programme de réadaptation, approuvé par Securian Canada, lorsque celle-ci l'exige.
- pour toute période de plus de 4 mois au cours de laquelle vous vous trouvez hors du Canada pour quelque raison que ce soit, à moins que Securian Canada n'accepte d'avance par écrit de régler des prestations au cours de cette période.
- pour toute période au cours de laquelle vous purgez une peine de prison ou êtes incarcéré dans un établissement analogue.

Aucune prestation n'est payable pour une invalidité totale attribuable à l'une des causes ci-dessous :

- acte d'hostilité de forces armées, insurrection ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire.
- blessure intentionnellement provoquée par vous.
- participation à la perpétration d'un acte criminel.

Exonération des primes

Aucune prime au titre de la garantie Invalidité de longue durée n'est exigible tant que vous recevez des prestations d'invalidité de longue durée.

SPÉCIMEN

Assurance frais généraux des membres

Description de la garantie

Dans la présente section, le mot *vous* s'entend du membre couverts par la garantie Assurance frais généraux des membres.

Si, à la suite d'une maladie ou d'une blessure, vous êtes atteint d'une invalidité totale qui commence pendant que la présent brochure est en vigueur et pour laquelle vous devez être suivi par un médecin, la Compagnie vous verse une prestation périodique égale au montant des frais généraux mensuels couverts que vous avez engagés, qui sont définis ci-dessous, pour chaque mois d'invalidité. Aucune prestation n'est versée pour ce qui suit :

- les frais engagés avant l'expiration du délai de carence.
- toute période venant en excédent de 12 mois consécutifs pour une invalidité commençant avant votre 65e anniversaire de naissance.
- toute somme venant en excédent de la prestation mensuelle indiquée au *Tableau des garanties*.
- toute période d'invalidité durant laquelle vous n'êtes pas suivi par un médecin.
- toute période d'invalidité durant laquelle vous exercez une activité professionnelle rémunérée ou lucrative.
- toute période durant laquelle vous n'êtes pas totalement invalide.

Dans le cas de mois incomplets d'invalidité, le montant de la prestation payable est le moindre des montants suivants : la somme des frais généraux mensuels couverts que vous avez réellement engagés ou la prestation mensuelle, divisée par le nombre de jours durant le mois, le résultat étant multiplié par le nombre de jours d'invalidité totale continue durant ce mois.

Par frais généraux mensuels couverts, on entend : le loyer, l'électricité, le téléphone, le chauffage, l'eau, la buanderie, la dépréciation, les salaires du personnel et les autres frais fixes normalement liés à l'exploitation de votre studio, à l'exclusion de tout salaire, honoraires, compte de retraits ou toute autre rémunération versés à vous-même ou à tout autre membre de votre profession ou encore à toute personne embauchée pour accomplir vos tâches, ainsi que les coûts de marchandises de quelque nature que ce soit, les coûts d'instruments utilisés dans l'exercice de votre profession, tous versements hypothécaires à valoir sur le capital ou les coûts liés à vos voitures. Les taxes et les intérêts de prêts hypothécaires se rapportant aux locaux que vous possédez et dont vous vous servez dans l'exercice de votre profession (non pas les versements à valoir sur le capital) sont compris dans les frais généraux mensuels couverts.

Si vous êtes couvert par une autre assurance valide prévoyant le versement de prestations pour les frais engagés pour la même perte, la responsabilité en vertu de la couverture des frais engagés au titre de la présente garantie se limite à un règlement établi en fonction de la somme qui aurait été payable au titre de la présente garantie par rapport à celle qui est prévue par toute autre assurance valide pour la même perte, et au remboursement de la partie de la prime payée déterminée au prorata de la somme ainsi établie.

Périodes successives d’invalidité après le début de l'indemnisation

Si, après avoir été atteint d'une invalidité pour laquelle vous avez touché des prestations, vous reprenez le travail à temps plein, mais êtes de nouveau atteint d'une invalidité totale dans les 180 jours qui suivent, vous pouvez recommencer immédiatement à toucher des prestations sans avoir à satisfaire à nouveau au délai de carence.

Nous déterminons ces prestations d'après la couverture qui s'appliquait au début de la première période d'invalidité totale.

Fin de l’indemnisation

Le versement des prestations d’assurance frais généraux prend fin **dès que se réalise l'une des situations suivantes** :

- cessation de votre invalidité totale.
- la période maximale d'indemnisation indiquée dans le Sommaire des garanties prend fin.
- fin du mois au cours duquel vous décédez.

SPÉCIMEN

Cessation de la couverture

Voir le Sommaire des garanties au début de la présente brochure pour connaître la cessation de votre couverture.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour une invalidité totale attribuable à l'une des causes ci-dessous :

- acte d'hostilité de forces armées, insurrection ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire.
- blessure intentionnellement provoquée par vous.
- participation à la perpétration d'un acte criminel.

Exonération des primes

Aucune prime au titre de la garantie assurance frais généraux n'est exigible tant que vous recevez des prestations d'invalidité de longue durée.

SPÉCIMEN

Maladies graves

Description générale de la garantie

La garantie Maladies graves prévoit le versement d'un capital si, après la date d'effet de la couverture et en cours de couverture, vous ou votre conjoint recevez le diagnostic d'une affection couverte ou subissez une intervention chirurgicale pour une affection couverte, comme il est indiqué ci-après sous *Prestations*.

Le capital et la date de cessation de la couverture sont indiqués dans le Sommaire des garanties au début de la présente brochure.

Voir le tableau **Instructions et délais prescrits pour nous présenter vos demandes de règlement** au début de la présente brochure pour avoir des renseignements sur le moment et la façon de présenter une demande de règlement.

Pour bénéficier de cette garantie, la personne doit résider au Canada.

Prestations	Nous versons le capital de la garantie Maladies graves si, après la date d'effet de la couverture et en cours de couverture, vous ou votre conjoint recevez le diagnostic d'une affection couverte ou subissez une intervention chirurgicale pour une affection couverte, sous réserve de la période de survie. Les demandes de règlement sont évaluées en fonction des dispositions de la garantie Maladies graves en vigueur à la date du diagnostic ou de l'intervention chirurgicale. Le capital de la garantie Maladies graves n'est payable que relativement à la première affection couverte dont l'existence est constatée par un diagnostic ou qui donne lieu à une intervention chirurgicale. Dès que le capital est réglé, la couverture de la personne prend fin. Cette personne ne peut être admise de nouveau à la couverture prévue par cette garantie. Avant de régler le capital prévu par la garantie Maladies graves, nous avons la faculté de faire examiner la personne couverte par un médecin de notre choix et de faire confirmer par ce médecin tout diagnostic ou toute intervention chirurgicale se rapportant à l'affection couverte.
Diagnostic	Acte établi par écrit par le médecin ou médecin spécialiste, autorisé à exercer et pratiquant la médecine au Canada, et attestant que la personne couverte est atteinte d'une affection couverte. Le diagnostic, dont le dossier médical fait état, doit être établi en cours de couverture et il prend effet à la date à laquelle il est établi par le médecin ou médecin spécialiste. Tout diagnostic d'une affection couverte qui a été établi avant la date d'effet de la couverture n'est pas couvert.
Intervention chirurgicale	Toute intervention chirurgicale pratiquée sur la personne couverte, à la recommandation d'un médecin ou médecin spécialiste, autorisé à exercer et pratiquant la médecine au Canada.
Maintien artificiel des fonctions vitales	Le maintien artificiel des fonctions vitales signifie que la personne couverte est sous les soins d'un médecin ou médecin spécialiste et est maintenue en vie grâce à un soutien nutritionnel, respiratoire et/ou cardiovasculaire lorsqu'un arrêt irréversible de toutes les fonctions cérébrales s'est produit.

SPÉCIMEN

Médecin	Praticien autorisé en vertu de la loi et des règles régissant l'exercice de sa profession à pratiquer la médecine au Canada. Le médecin posant le diagnostic ou traitant la personne couverte ne peut être la personne couverte, ni avoir un lien de parenté avec la personne couverte ni résider normalement au domicile de la personne couverte.
Médecin spécialiste	Praticien autorisé qui a reçu une formation médicale spécialisée en lien avec la maladie grave couverte faisant l'objet d'une demande de règlement, et dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de spécialité. S'il est impossible de consulter un médecin spécialiste, une affection peut être diagnostiquée par un autre médecin qualifié pratiquant au Canada, sous réserve de l'approbation de Securian Canada. Le médecin spécialiste posant le diagnostic ou traitant la personne couverte ne peut être la personne couverte, ni avoir un lien de parenté avec la personne couverte ni résider normalement au domicile de la personne couverte.
Période de survie	Période qui débute à la date du diagnostic de la maladie grave et qui se termine 30 jours après cette date, à moins que la description d'une affection couverte ci-dessous ne modifie expressément cette définition. La période de survie ne comprend pas le nombre de jours de maintien artificiel des fonctions vitales. La personne couverte doit être en vie à la fin de cette période et ne doit pas avoir subi l'arrêt irréversible de toutes les fonctions cérébrales.
Bénéficiaire	Le capital de la garantie Maladies graves vous est versé ou, si vous êtes décédé, il est versé à vos ayants droit.
Modification de la couverture	Le montant de la couverture ou les affections couvertes peuvent être modifiés par suite du changement de la situation du membre/de l'employé au travail ou de modifications apportées aux caractéristiques du régime.
Modification du montant de la couverture	Si vous n'êtes pas effectivement au travail ou si votre conjoint est hospitalisé à la date du changement, veuillez vous reporter à la clause *Modification de la couverture* des *Conditions générales* pour connaître la date d'effet de toute modification du montant de la couverture Maladies graves. La clause *Maladies préexistantes* sous *Exclusions* s'applique à toute augmentation du montant de couverture, tel qu'il est indiqué dans cette clause.
Autres modifications	Si de nouvelles affections couvertes par la garantie Maladies graves sont ajoutées au présent régime, ces nouvelles affections ne s'appliquent qu'aux : • membres/employé qui sont effectivement au travail, • conjoints qui ne sont pas hospitalisés, • membres/employés et conjoints qui bénéficient déjà de la couverture Maladies graves, à la date du changement. La date d'effet de la couverture pour les nouvelles affections est la date à laquelle le changement est apporté au régime. Si vous n'êtes pas effectivement au travail à la date du changement, le changement prend effet à la date de votre retour effectif au travail. Cette date devient la date d'effet de votre couverture pour les nouvelles affections. Si votre conjoint est hospitalisé à la date du changement, le changement prend effet à la date à laquelle votre conjoint cesse d'être hospitalisé et exerce ses activités habituelles. Cette date devient la date d'effet de la couverture de votre conjoint pour les nouvelles affections.

SPÉCIMEN

	Dans tous les cas, Securian Canada : • applique la date d'effet de la couverture pour déterminer l'admissibilité de la personne au paiement du capital prévu par la garantie Maladies graves. • applique la date d'effet de la couverture pour les nouvelles affections à toute exclusion et restriction au titre du présent régime, y compris à la clause *Maladies préexistantes*. Ces exclusions et ces restrictions s'appliquent aux nouvelles affections couvertes, même si le libellé explicite du présent régime en stipule autrement, y compris dans le cas où une attestation de bonne santé a déjà été exigée pour la couverture de la personne. Si la définition d'une affection couverte change, Securian Canada évalue toute demande de règlement présentée au titre de la garantie Maladies graves en fonction de la définition qui est en vigueur à la date du diagnostic ou de l'intervention chirurgicale, que le membre/l'employé ait été effectivement au travail ou non, ou que le conjoint ait été hospitalisé ou non, à la date du changement. Dans les cas de changement d'assureur, les règles qui suivent s'appliquent à toute personne couverte en vertu du contrat collectif précédent à la date précédant immédiatement la date d'effet de la couverture au titre du présent régime : • le nouveau régime, y compris la couverture de toute nouvelle affection prévue par la garantie Maladies graves qui n'était pas couverte par le régime de l'ancien assureur, s'applique à tous les membres/employés et les conjoints à la date d'effet du présent régime, que les membres/employés soient effectivement au travail ou non, ou que les conjoints soient hospitalisés ou non, à cette date. • pour toutes les nouvelles affections prévues par la garantie Maladies graves dont il est question ci-dessus, la date d'effet de la couverture correspond à la date d'effet du présent régime, lorsqu'il y a lieu d'appliquer la clause *Maladies préexistantes* ou toute autre exclusion ou restriction au titre du présent régime. • pour les affections prévues par la garantie Maladies graves du présent régime qui étaient également couvertes par le régime de l'ancien assureur, la date d'effet de la couverture correspond à la date la plus récente à laquelle la personne a été admise à la couverture du régime de l'ancien assureur, lorsqu'il y a lieu d'appliquer la clause *Maladies préexistantes* ou toute autre exclusion ou restriction au titre du présent régime. Si une personne a reçu le paiement du capital de la garantie Maladies graves au titre du régime de l'ancien assureur, elle n'est pas admissible, au titre du présent régime, à la couverture de l'affection qui a déjà donné lieu au règlement du capital. Securian Canada n'est pas responsable des demandes de règlement associées à une date de diagnostic ou d'intervention chirurgicale antérieure à la date d'effet du présent régime.
Affections couvertes	La couverture est prévue pour les maladies, interventions chirurgicales ou troubles définis ci-dessous :
Accident vasculaire cérébral	Accident vasculaire cérébral s'entend du diagnostic formel d'un accident vasculaire aigu se produisant dans le cerveau et causé par une thrombose ou une hémorragie intracrânienne ou par une embolie de source extracrânienne, avec : • apparition aiguë de symptômes neurologiques, et • nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés à l'examen clinique, qui persistent pendant plus de 30 jours après la date du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être confirmés par des tests d'imagerie diagnostique. Le diagnostic d'accident vasculaire cérébral doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

SPÉCIMEN

	Exclusions : Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable dans les cas suivants : • accident ischémique cérébral transitoire, • accident vasculaire intracérébral causé par un trauma, ou • infarctus lacunaire, lequel ne satisfait pas à la définition d'accident vasculaire cérébral donnée ci-dessus.
Cancer (mettant la vie en danger)	Cancer (mettant la vie en danger) s'entend du diagnostic formel d'une tumeur caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus. Sont inclus le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome. Le diagnostic de cancer doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic. Exclusions : Aucune prestation n'est payable en cas de récidive ou de métastase d'un cancer initial qui a été diagnostiqué avant la date d'effet de la couverture. Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable dans les cas suivants : • lésions qualifiés de bénignes, de précancéreuses, incertaines, frontières (borderline), non invasives, carcinome in situ (Tis) ou tumeurs au stade Ta; • cancer de la peau avec présence de mélanome malin dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1,0 mm, à moins qu'il ne soit ulcéré ou accompagné d'une atteinte des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance; • tout cancer de la peau sans mélanome, sans atteinte ganglionnaire ni métastases à distance; • cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, sans atteinte ganglionnaire ni métastases à distance; • cancer papillaire ou folliculaire de la thyroïde, ou les deux, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 2 cm et qui est au stade T1, sans atteinte ganglionnaire ni métastases à distance; • leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 1 selon la classification de Rai; • tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et tumeurs carcinoïdes malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'AJCC. Période moratoire d'exclusion : Si, dans les 90 jours qui suivent la plus tardive des dates suivantes : • la date d'adhésion pour tout montant de couverture • ou la date d'effet applicable à ce montant de couverture, la personne couverte • a présenté des signes ou symptômes de cancer ou subi des examens menant à un diagnostic de cancer (couvert ou exclu aux termes de la présente couverture), sans égard à la date du diagnostic, ou • a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou exclu aux termes de la présente couverture), aucune prestation ne sera payable relativement au cancer pour ce montant de couverture. En outre, si, par la suite, la personne bénéficie de montants de couverture additionnels, aucune prestation ne sera payable relativement au cancer pour ces montants additionnels. Toute autre couverture demeure en vigueur.

SPÉCIMEN

	Les renseignements susmentionnés doivent nous être transmis dans les 6 mois qui suivent la date du diagnostic. Si ces renseignements ne nous sont pas fournis, nous avons le droit de refuser toute demande de règlement pour un cancer ou pour toute maladie grave causée par un cancer ou par le traitement d'un cancer. Si, après la cessation de sa couverture Maladies graves, la personne est réadmise à la présente garantie, nous nous basons sur la date la plus récente de son admission lorsqu'il y a lieu d'appliquer la période moratoire d'exclusion. Pour les besoins de la présente garantie, les termes Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 2 selon la classification de l'AJCC sont utilisés au sens défini dans le *Cancer Staging Manual* de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC), 7e édition, 2010. Pour les besoins de la présente garantie, le terme «classification de Rai» est utilisé au sens défini dans *Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia*, KR Rai, A Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Pasternack. Blood, vol. 46, p. 219 (1975).
Crise cardiaque	Crise cardiaque (infarctus du myocarde) s'entend du diagnostic formel de nécrose d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de la circulation sanguine mise en évidence par l'élévation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques à des niveaux attestant le diagnostic d'infarctus, et présentant au moins un des éléments suivants : • symptômes de crise cardiaque, • modifications électrocardiographiques (ECG) indiquant un infarctus du myocarde, ou • apparition d'ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, entre autres, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne. Le diagnostic de crise cardiaque doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic. Exclusions : Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable dans les cas suivants : • l'élévation des marqueurs biochimiques cardiaques résultant d'une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, entre autres, l'angiographie coronarienne et l'angioplastie coronarienne en l'absence d'onde Q, ou • la découverte de changements à l'ECG indiquant un infarctus ancien du myocarde qui ne satisfait pas à la définition de crise cardiaque (infarctus du myocarde) donnée ci-dessus.

Exclusions

Nous ne versons aucune prestation pour les maladies, interventions chirurgicales ou troubles qui ne sont pas expressément définis à la clause *Affections couvertes*.

Aucune prestation n'est payable pour les affections résultant directement ou indirectement de l'une des causes ci-dessous :

- tentative de suicide ou blessure intentionnellement provoquée par la personne couverte, que cette personne ait ou non alors été atteinte d'une maladie mentale ou qu'elle ait ou non voulu ou compris les conséquences de son geste.
- acte d'hostilité de forces armées, insurrection, ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire.
- participation à la perpétration d'un acte criminel.
- usage illégal ou illicite de drogues, de médicaments ou d'autres substances, usage abusif ou impropre de médicaments ou d'alcool.

SPECIMEN

Maladies préexistantes

Pour tout montant de couverture

- n'ayant pas nécessité la présentation d'une attestation de bonne santé,
- et qui est en vigueur depuis moins de 12 mois au titre de la garantie Maladies graves de l'employeur,

aucune prestation n'est versée relativement à une affection couverte qui est attribuable à une blessure, à une maladie ou à une affection (qu'un diagnostic ait été établi ou non) pour lesquelles la personne couverte a, au cours des 12 mois précédant la date d'effet de la couverture,

- présenté des signes ou des symptômes, consulté un médecin ou un autre praticien,
- ou reçu des soins, des conseils ou des traitements d'ordre médical,
- ou aurait consulté un médecin ou un autre praticien si elle avait agi comme l'aurait fait toute personne raisonnablement prudente ayant subi la blessure en cause, souffrant de la maladie ou de l'affection en cause, ou présentant les signes ou les symptômes en cause.

Si, après la cessation de sa couverture, la personne est réadmise à la présente garantie, Securian Canada se base sur la date la plus récente de son admission lorsqu'il y a lieu d'appliquer la restriction ci-dessus.

SPÉCIMEN

Assurance-vie

Description générale de la garantie

L'assurance-vie prévoit le versement d'un capital à votre bénéficiaire si vous décédez en cours de couverture. L'assurance-vie des personnes à charge prévoit le versement d'un capital en cas de décès de toute personne à votre charge en cours de couverture.

Le capital et la date de cessation de la couverture sont indiqués dans le Sommaire des garanties au début de la présente brochure.

Voir le tableau **Instructions et délais prescrits pour nous présenter vos demandes de règlement** au début de la présente brochure pour savoir quand et comment présenter une demande de règlement.

Bénéficiaire	Si vous décédez en cours de couverture, nous réglons en totalité le capital de votre assurance au dernier bénéficiaire désigné qui est inscrit dans nos dossiers. Si aucun bénéficiaire n'a été désigné, nous versons le capital à vos ayants droit. Vous pouvez désigner comme bénéficiaire la personne de votre choix. Vous pouvez changer le bénéficiaire à tout moment, à moins que la loi ne l'interdise ou que vous n'indiquiez dans la désignation que le bénéficiaire ne peut être changé. Si l'une des personnes à votre charge décède, nous vous réglons le capital de l'assurance couvrant cette personne. En ce qui a trait à l'assurance facultative du conjoint, nous réglons en totalité le capital de cette assurance au dernier bénéficiaire désigné qui est inscrit dans nos dossiers. Si vous n'avez pas désigné de bénéficiaire, le capital vous est versé. **Remarque** : Un bénéficiaire mineur ne peut recevoir personnellement un capital-décès au titre du régime tant qu'il n'a pas atteint l'âge de la majorité. Si le membre/l'employé réside à l'extérieur du Québec et qu'il désire désigner un mineur comme bénéficiaire, le membre/l'employé pourrait désigner une autre personne qui recevra le capital-décès en fidéicommis pour le compte du mineur. Si aucun fiduciaire n'est désigné, il peut être exigé, aux termes des lois pertinentes, que le capital-décès payable au mineur soit versé au tribunal, à un tuteur ou à un curateur public. Si le membre/l'employé réside au Québec et qu'il a désigné un mineur comme bénéficiaire, le capital-décès sera versé au(x) parent(s) ou au tuteur légal du mineur, en son nom. Le membre/l'employé pourrait aussi (qu'il réside au Québec ou non) désigner ses ayants droit (ou les ayants droit de son conjoint dans le cas de l'assurance-vie facultative du conjoint) comme bénéficiaire et donner dans son testament (ou dans celui de son conjoint) des directives à l'exécuteur testamentaire ou aux exécuteurs testamentaires sur les droits du mineur.
Suicide	Si vous ou votre conjoint êtes couvert par l'assurance-vie, le décès par suicide, que vous ou votre conjoint ayez ou non alors été atteint d'une maladie mentale ou que vous ou votre conjoint ayez ou non voulu ou compris les conséquences de vos gestes, n'ouvre pas droit au règlement de toute tranche d'assurance-vie facultative qui est en vigueur depuis moins de 2 ans.

SPÉCIMEN

Garantie en cas d'invalidité totale	Si vous êtes atteint d'invalidité totale et que vous n'avez pas encore atteint l'âge de 65 ans ni pris votre retraite, vous demeurez couvert par l'assurance-vie, sans qu'aucune prime ne soit exigible, tant que votre invalidité totale subsiste. L'assurance ainsi maintenue est soumise aux dispositions du contrat qui étaient en vigueur au début de votre invalidité totale, y compris celles qui portent sur la réduction et sur la cessation de l'assurance.
	En vertu du contrat collectif, le maintien de la garantie en cas d'invalidité totale est assujetti à certaines conditions. Pour plus d'information à ce sujet, veuillez vous adresser à votre gestionnaire du régime.

Transformation de l'assurance-vie collective

En cas de cessation ou de réduction de la couverture prévue par votre assurance-vie ou celle de votre conjoint pour toute autre raison qu'à votre demande expresse, vous ou votre conjoint pouvez demander la transformation de l'assurance-vie collective qui a pris fin en assurance-vie individuelle, sans avoir à présenter d'attestation de bonne santé.

Dans le cas où il est nécessaire de le faire pour respecter les lois pertinentes : Si la couverture d'assurance-vie de votre enfant prend fin en raison de la cessation de votre assurance-vie, vous pouvez demander la transformation de l'assurance-vie collective pour votre enfant en assurance-vie individuelle auprès de Securian Canada, sans avoir à présenter d'attestation de bonne santé.

La demande doit être présentée dans les 31 jours qui suivent la réduction ou la cessation.

Important
En vertu du contrat collectif, la transformation de l'assurance-vie est assujettie à certaines conditions et à un maximum. Veuillez vous adresser à votre gestionnaire du régime pour plus de précisions.

SPÉCIMEN

Décès et mutilation accidentels

Description générale de la garantie

La garantie Décès et mutilation accidentels prévoit le versement de prestations si vous ou l'une des personnes à votre charge décédez ou subissez l'une des pertes indiquées dans le *Tableau des prestations* par suite d'un accident survenu en cours de couverture. La prestation payable en cas de décès aux termes de la présente garantie s'ajoute au capital de l'assurance-vie.

Le capital et la date de cessation de la couverture sont indiqués dans le Sommaire des garanties au début de la présente brochure.

Voir le tableau **Instructions et délais prescrits pour nous présenter vos demandes de règlement** au début de la présente brochure pour savoir quand et comment présenter une demande de règlement.

Prestations

Nous versons des prestations si vous ou l'une des personnes à votre charge subissez un accident, y compris tout accident causé par un phénomène naturel, qui conduit directement à votre décès ou à celui de la personne à votre charge, ou à l'une des autres pertes ci-dessous, dans l'année qui suit.

La prestation que nous versons est égale à un pourcentage du capital de la garantie Décès et mutilation accidentels, comme il est indiqué ci-dessous :

TABLEAU DES PRESTATIONS

Décès	100 %
Perte des deux mains ou des deux pieds	100 %
Perte d'une main et d'un pied	100 %
Perte d'une main ou d'un pied, et de la vision d'un oeil	100 %
Perte d'un bras ou d'une jambe	75 %
Perte d'une main ou d'un pied	66 2/3 %
Perte du pouce et un doigt de la même main	25 %
Perte de l'usage des deux bras ou des deux jambes	100 %
Perte de l'usage des deux mains ou des deux pieds	100 %
Perte de l'usage d'un bras ou d'une jambe	75 %
Perte de l'usage d'une main ou d'un pied	66 2/3 %
Perte de la vision des deux yeux	100 %
Perte de l'usage de la parole et surdité des deux oreilles	100 %
Perte de la vision d'un oeil	66 2/3 %
Perte de l'usage de la parole	66 2/3 %
Surdité des deux oreilles	66 2/3 %
Surdité d'une oreille	25 %
Quadriplégie	100 %
Paraplégie	100 %
Hémiplégie	100 %

SPÉCIMEN

N'oubliez pas :

- Lorsqu'une personne subit plusieurs pertes à un membre, par suite du même accident, nous ne versons que la prestation la plus élevée.
- Les prestations versées pour l'ensemble des pertes subies dans un même accident ne peuvent dépasser 100 % du capital de la garantie.
- La perte de l'usage d'un membre doit être totale et elle doit avoir subsisté pendant au moins un an. Avant que nous versions des prestations, vous devez présenter une attestation établissant que la perte est définitive.

Transport aérien	Si plus d'une personne couverte par le contrat collectif subit, dans le même accident, des pertes ouvrant droit à des prestations, Securian Canada verse un maximum de 1 500 000 $ pour l'ensemble des pertes résultant de l'accident.
Exposition au risque/disparition	Lorsqu'elle est attribuable à la disparition, à l'atterrissage forcé, à l'échouement, à la submersion ou à la destruction du véhicule, l'exposition au risque est considérée comme un dommage accidentel, et la disparition survenue depuis au moins un an est considérée comme un décès..
Transport de la dépouille	Si un décès couvert par la présente garantie survient dans un pays étranger, une prestation maximale de 2 000 $ est payable pour couvrir les frais engagés pour préparer le corps à l'inhumation ou à l'incinération et le transporter si l'inhumation doit se faire dans un autre pays.

Garantie en cas d'invalidité totale

Si vous êtes atteint d'invalidité totale en cours de couverture et que les primes de l'assurance-vie cessent d'être exigibles, vous demeurez également couvert par la présente garantie sans qu'aucune prime ne soit exigible, mais non au-delà de l'âge de 65 ans.

Le capital de la garantie ainsi maintenue est soumis aux dispositions du contrat collectif qui étaient en vigueur au début de votre invalidité totale.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable relativement aux pertes attribuables à **une ou plusieurs** des actions suivantes, soit les pertes :

- résultant de blessures provoquées par la personne couverte, notamment à l'occasion de la manipulation d'une arme à feu.
- résultant de l'absorption de drogues.
- résultant de l'inhalation d'oxyde de carbone.
- résultant d'un suicide ou d'une tentative de suicide, que la personne ait ou non alors été atteinte d'une maladie mentale ou qu'elle ait ou non voulu ou compris les conséquences de son geste.
- occasionnées par un vol à bord de tout appareil de navigation aérienne, un saut hors de l'appareil ou une exposition à un danger inhérent à cet appareil, dans l'un des cas suivants :
- la personne recevait une formation en aéronautique.
- elle exerçait une fonction rattachée à l'appareil.
- elle était transportée pour faire du parachutisme.
- elle était militaire et l'appareil était placé sous l'autorité de l'armée.
- résultant d'un acte d'hostilité de forces armées, d'une insurrection, ou de la participation à une émeute ou à un mouvement populaire.
- attribuables au service à temps plein dans les forces armées de quelque pays que ce soit.
- résultant de la participation à la perpétration d'un acte criminel.

Transformation

Si vous demandez la transformation de votre assurance-vie collective en assurance-vie individuelle, vous pouvez faire ajouter au contrat d'assurance individuelle une garantie en cas de décès accidentel.

SPÉCIMEN

Ce droit s'applique également à la couverture de votre conjoint, mais il ne s'applique pas à la couverture des enfants à charge.

Important
En vertu du contrat collectif, la transformation de la couverture est assujettie à certaines conditions et à un maximum. Veuillez vous adresser à votre gestionnaire du régime pour plus de précisions.

SPÉCIMEN

Protection des renseignements personnels

Le respect de votre vie privée est une priorité pour Securian Canada. Nous recueillons l'information à même les formulaires de demande. Nous collectons d'autres renseignements que vous nous communiquez ou que vous envoyez à nos partenaires de distribution concernant des produits d'assurance ou des produits financiers que nous offrons. Nous collectons aussi les données (avec votre consentement) par le biais d'évaluations médicales ou professionnelles, le cas échéant, et auprès de médecins, de praticiens de la santé, d'hôpitaux, de cliniques ou d'autres établissements de santé, de compagnies d'assurance, du Bureau de renseignements médicaux (MIB, LLC./MIB), et d'autres agents, organismes publics ou autres organisations, établissements ou personnes qui ont des dossiers médicaux, le cas échéant. Nous recueillons, utilisons et communiquons vos renseignements personnels notamment aux fins suivantes : la confirmation de votre identité et la tarification, y compris la détermination de votre admissibilité ou de votre besoin d'assurance ou des produits financiers que vous demandez; l'administration et les services; le règlement des sinistres; la protection contre la fraude, les erreurs ou les fausses représentations; la conformité aux exigences légales, réglementaires ou contractuelles. Nous et nos sociétés affiliées pouvons utiliser les renseignements personnels dans le but de vous offrir ou de permettre à des compagnies de choix de vous offrir d'autres produits et services. Vous pouvez retirer votre consentement à cet égard à tout moment en composant 1-888-968-4155 ou en écrivant au Bureau de l'accès à l'information et de la protection des renseignements personnels à l'adresse suivante : 25, avenue Sheppard Ouest, pièce 1400, Toronto ON M2N 6S6. Nous ne donnons accès à vos renseignements personnels qu'à nos propres employés et entrepreneurs indépendants, aux sociétés affiliées au sein de notre groupe de sociétés, aux administrateurs, partenaires de distribution et autres tiers fournisseurs de services, aux sociétés dont les activités sont externalisées et à nos réassureurs qui ont besoin de vos renseignements personnels pour s'acquitter de leurs tâches. Par ailleurs, nous donnerons accès à vos renseignements personnels à toute personne que vous autoriserez. Tous nos fournisseurs de services avec lesquels nous avons une relation contractuelle sont tenus de protéger vos renseignements personnels conformément à la présente déclaration de confidentialité et nos pratiques en matière de protection de la vie privée. Parfois, sauf si nous en sommes interdits, ces personnes peuvent se trouver dans d'autres provinces du Canada ou dans d'autres pays ou vos renseignements personnels peuvent être stockés sur des serveurs situés dans d'autres provinces canadiennes ou dans d'autres pays. Advenant une situation pareille, vos renseignements personnels peuvent être assujettis aux lois des provinces ou pays en question. Vous pouvez demander de consulter l'information que nous avons sur vous dans nos dossiers. Au besoin, vous pouvez nous demander de la corriger en nous le faisant savoir par écrit. Vous trouverez de plus amples renseignements sur nos pratiques en matière de vie privée sur le site suivant : *http://www.securiancanada.ca/fr/vie-privee/*.

SPÉCIMEN

Notes

SPECIMEN

À propos de Securian Canada

Nous sommes là pour les Canadiens et leurs familles, quelle que soit leur définition de la famille, car tout ce que nous faisons contribue à assurer l'avenir des gens. Nos solutions d'assurance et de protection pratiques et prêtes pour la vie sont conçues pour assurer la sécurité financière, afin que les Canadiens puissent passer plus de temps à faire en sorte que chaque moment compte.

Depuis plus de 65 ans, nous donnons aux Canadiens la confiance nécessaire pour faire face aux incertitudes de la vie. Securian Canada réunit des racines locales et une solide expertise, une empreinte nord-américaine et une perspective mondiale, tout en innovant à la vitesse requise pour les marchés qu'elle sert.

En collaboration avec sa société mère américaine – Securian Financial – Securian Canada est un assureur de premier plan dans les marchés canadiens des institutions financières, des associations professionnelles et des groupes d'affinité. Nous offrons des solutions d'assurance élaborées avec soin et des expériences spécialisées aux personnes que nous servons.

SPÉCIMEN

Securian Canada est le nom de marque utilisé par la Compagnie d'assurance-vie Première du Canada et la Compagnie d'assurance générale Première du Canada pour faire affaire au Canada. Les contrats d'assurance sont souscrits par la Compagnie d'assurance-vie Première du Canada.

Securian Canada
securiancanada.ca

1400-25, Av. Sheppard Ouest, Toronto, ON, Canada M2N 6S6
©2023 Securian Canada, une filiale du Groupe financier Securian, Inc. Tous droits réservés.

11-2023