securian CANADA

Association canadienne des créateurs professionnels de l'image (CAPIC)
Membres et employés

Programme d'assurance pour les membres et les employés de la CAPIC

Préparé pour :

capic

Contenu

Aperçu 3
Assurance-vie 4
Assurance décès et mutilation accidentels 6
Assurance invalidité de longue durée 9
Assurance maladies graves 12
Assurance-santé complémentaire et assurance dentaire 14
Assurance frais généraux 20
Quand votre couverture prendra-t-elle fin? 22
Comment faire une demande 23
Annexe pour les maladies graves couvertes 24

Protéger vos finances et celles de votre famille

Votre choix de carrière met en valeur les efforts que vous prendrez pour protéger votre communauté de créateurs contre les violations des droits d'auteur. C'est le moment de commencer à protéger et à investir dans votre bien-être. Nous sommes là pour vous aider à le faire. En plus de protéger les droits et les intérêts des membres, l'Association canadienne des créateurs professionnels de l'image (CAPIC) souhaite vous offrir une valeur supplémentaire pour rendre votre adhésion plus gratifiante. Cela comprend vous aider à prendre soin de votre famille et de vos finances avec le programme d'assurance de la CAPIC. Il offre des économies grâce aux prix de groupe.

Veuillez visiter **securiancanada.ca/capic/fr** pour en savoir plus.

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 exercer leurs activités au Canada. Les polices sont souscrites par la Compagnie d'assurance-vie Première du Canada.

Aperçu

Un aperçu du programme

Une gamme complète de prestations

... avec l'avantage des économies d'un régime collectif.

Exclusivement offert aux membres et aux employés de la CAPIC qui répondent aux critères suivants :

- Membres en règle de l'association CAPIC;
- Employés et rémunérés pour leurs services par la CAPIC ou ses membres agréés;
- Travaillent activement au moins 30 heures par semaine;
- Âgés entre 18 et 64 ans;
- Résident au Canada.

Une protection financière pour vous et votre famille en un coup d'œil

Type d'assurance	Couverture pour
Assurance-vie	Vous, votre conjoint(e) et vos enfants à charge
Assurance décès et mutilation accidentels (DMA)	Vous et votre conjoint(e) (vous devez détenir une couverture d'assurance-vie de la CAPIC pour faire une demande de couverture DMA)
Assurance invalidité de longue durée (ILD)	Vous
Assurance maladies graves (AMG)	Vous et votre conjoint(e)
Assurance-santé complémentaire et assurance dentaire	Vous, votre conjoint(e) et vos enfants à charge
Assurance frais généraux	Vous (vous devez être couvert par l'assurance ILD de la CAPIC pour faire une demande pour l'assurance frais généraux)

Preuve de bonne santé

Vous devrez fournir une preuve de bonne santé pour certains produits au moyen d'un questionnaire médical. Pour l'assurance invalidité de longue durée, nous vous poserons également quelques questions sur vos finances et votre emploi.

Date de début de la couverture

La couverture commence à la date à laquelle Securian Canada approuve votre demande de couverture.

Il s'agit d'un résumé général de la couverture qui deviendra disponible dans le cadre du régime de la CAPIC. Vous trouverez les modalités complètes et finales de cette couverture dans le certificat d'assurance et la police d'assurance collective associée. En cas de divergence, les conditions de la police d'assurance prévaudront.

Assurance-vie

L'assurance-vie vous permet de prendre soin des personnes qui comptent sur vous, qu'il s'agisse de votre partenaire, de vos enfants ou de vos parents âgés.

Une prestation d'assurance-vie est versée sous forme de montant forfaitaire. Il fournit un important filet de sécurité qui peut aider à couvrir les paiements hypothécaires, l'éducation, les frais juridiques, les frais funéraires et plus encore. L'assurance-vie peut également être utilisée pour constituer un héritage ou un dernier don à une organisation caritative favorite.

À propos de la couverture

Couverture disponible pour :

- Vous, votre conjoint(e)[1], vos enfants à charge[2]

Montants de couverture :

- Vous et votre conjoint(e) pouvez faire une demande de couverture d'assurance de 25 000 $ jusqu'à concurrence de 250 000 $ par personne, par tranches de 25 000 $.
- Enfant : 10 000 $ par enfant
- La couverture pour tous vos enfants ne vous coûte que 1,60 $ par mois

Autres avantages

Exonération des primes

Avec ce programme, si vous êtes totalement invalide[3] pendant six mois avant 65 ans, votre assurance-vie continue, mais vous n'avez pas à payer les primes. Dans ce cas, vous devrez répondre à toutes les exigences permettant d'attester de votre invalidité totale.

1. Votre conjoint par mariage ou par toute autre union formelle reconnue par la loi, ou un partenaire du sexe opposé ou du même sexe qui vit avec vous et qui a vécu avec vous dans une relation conjugale depuis au moins 12 mois. Pour les résidents du Québec, il n'y a pas de période minimale de cohabitation pour les conjoints de fait si un enfant est né de leur relation.

À toute époque, le régime ne peut couvrir qu'une personne à titre de conjoint.

2. Votre enfant, autre qu'un enfant en famille d'accueil, qui n'a pas de conjoint et qui est âgé de moins de 21 ans ou de plus de 21 ans, mais de moins de 25 ans (26 ans pour les employés/membres résidant au Québec) qui est un étudiant à temps plein fréquentant un établissement d'enseignement reconnu en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada) et qui dépend de vous pour un soutien financier.

Un enfant qui devient invalide avant l'âge limite et demeure continuellement invalide, est admissible tant que l'enfant : est incapable de subvenir à ses besoins financiers en raison d'une invalidité, dépend de vous pour obtenir un soutien financier et n'a pas de conjoint.

L'assuré doit fournir à Securian Canada une preuve attestant de l'existence de la situation dans les 6 mois suivant la date à laquelle l'enfant atteint l'âge limite.

3. Invalidité totale (pour l'assurance-vie) : Vous serez considéré comme totalement invalide si vous êtes continuellement incapable, en raison d'une maladie, d'exercer toute activité professionnelle pour tout employeur, pour laquelle vous êtes ou pouvez devenir raisonnablement qualifié en raison de votre éducation, de votre formation ou de votre expérience. Toutefois, si vous êtes considéré comme totalement invalide en vertu de l'assurance invalidité de longue durée, vous êtes également considéré comme totalement invalide en vertu de l'assurance-vie.

Quels sont les coûts?

Taux d'assurance-vie pour membre/conjoint(e)

Taux mensuels par tranches de 25 000 $

Couverture minimale de 25 000 $

Couverture maximale de 250 000 $

Tranche d'âge	Homme non-fumeur	Femme non-fumeuse	Homme fumeur	Femme fumeuse
jusqu'à 34 ans	1,71 $	1,34 $	2,92 $	2,18 $
35 à 39 ans	2,21	1,63	4,04	2,78
40 à 44 ans	3,32	2,57	6,61	4,61
45 à 49 ans	5,05	3,67	9,93	6,63
50 à 54 ans	7,51	5,41	14,71	9,54
55 à 59 ans	12,44	8,74	21,86	15,13
60 à 65 ans	17,81	12,69	36,89	22,90

Assurance-vie des enfants à charge

10 000 $ de couverture par enfant

La prime mensuelle unique de 1,60 $ couvre tous les enfants admissibles

Les tarifs sont calculés en fonction de votre âge, de votre genre et de votre statut de fumeur à l'anniversaire de la police. Le calcul de l'âge est effectué chaque année à l'anniversaire de la police.

Les taux sont examinés chaque année, peuvent changer et augmenteront à mesure que vous passerez à la tranche d'âge suivante.

Les taux sont renouvelables annuellement et soumis à la taxe provinciale, le cas échéant.

Qu'est-ce qui est exclu?

Si vous ou votre conjoint avez une protection en vigueur depuis moins de deux ans, nous ne verserons pas de prestations si le décès est causé par le suicide ou la 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.

Aucune prestation n'est payable en cas de décès dû à ce qui suit :

- Un acte d'hostilité de forces armées, une insurrection, ou la participation à une émeute ou à un mouvement populaire;
- Une blessure subie ou une maladie contractée dans le cadre du service dans les forces armées de tout pays en guerre, que cette guerre soit déclarée ou non;
- Une grossesse ou un accouchement normaux.

Assurance décès et mutilation accidentels

Un accident grave affecte énormément votre vie. Vous et votre famille n'avez pas besoin de soucis financiers supplémentaires. L'assurance décès et mutilation accidentels (DMA) prévoit le paiement d'une somme unique pour aider financièrement votre famille après un accident.

À propos de la couverture

La couverture est disponible pour vous et votre conjoint :

- Le montant de la couverture se situe entre 25 000 $ et 250 000 $, par tranches de 25 000 $.
- Le montant de votre couverture d'assurance DMA ne peut pas dépasser le montant de votre couverture d'assurance-vie.
- Une personne doit avoir une couverture d'assurance-vie en vertu du programme d'assurance de la CAPIC pour demander une couverture d'assurance en cas de décès ou de mutilation accidentels.

Autres avantages

Couverture pour le transport de la dépouille

Si vous perdez la vie à l'étranger, vous pouvez recevoir jusqu'à 2 000 $ pour les frais habituels et raisonnables engagés pour préparer le défunt à l'enterrement ou à la crémation et pour le transport du corps jusqu'au lieu d'enterrement s'il se trouve dans un pays autre que celui où le décès est survenu.

Exonération des primes

Si vous devenez totalement invalide[1] en cours de couverture avant d'atteindre l'âge de 65 ans, vous demeurez couvert sans avoir à payer les primes, tant que vous demeurez totalement invalide.

1. Totalement invalide

Vous serez considéré comme totalement invalide si vous êtes continuellement incapable, en raison d'une maladie, d'exercer toute activité professionnelle pour tout employeur, pour laquelle vous êtes ou pouvez devenir raisonnablement qualifié en raison de votre éducation, de votre formation ou de votre expérience. Toutefois, si vous êtes considéré comme totalement invalide en vertu de l'assurance invalidité de longue durée, vous êtes également considéré comme totalement invalide en vertu de l'assurance-vie.

Voici comment cela fonctionne

- Le paiement des prestations est un pourcentage de la couverture de l'assurance DMA que vous avez choisie, en fonction de la perte encourue (voir le tableau des pertes pour plus de détails).
- Un montant forfaitaire est payé, après approbation de la demande de règlement, si vous ou un membre de votre famille couvert subissez une blessure grave ou décédez à la suite d'un accident.

Liste des pertes couvertes	**Prestations payables (en pourcentage du capital assuré)**
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 œil	100 %
Perte d'un bras ou d'une jambe	75 %
Perte d'une main ou d'un pied, ou de la vision d'un œil	66⅔ %
Perte du pouce et d'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	66⅔ %
Perte de la vision des deux yeux	100 %
Perte de l'usage de la parole et surdité des deux oreilles	100 %
Perte de l'usage de la parole	66⅔ %
Surdité des deux oreilles	66⅔ %
Surdité d'une oreille	25 %
Quadriplégie	100 %
Paraplégie	100 %
Hémiplégie	100 %

Quels sont les coûts?

Prime mensuelle par prestation de 25 000 $

Couverture de 50 000 $ à 250 000 $

Tarifs

Les tarifs mensuels sont de 1,25 $ par tranche de 25 000 $ de couverture

Les taux sont renouvelables annuellement et soumis à la taxe provinciale, le cas échéant.

Qu'est-ce qui est exclu?

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

- Blessures provoquées par la personne couverte, notamment lors de la manipulation d'une arme à feu;
- Overdose;
- Inhalation de monoxyde de carbone;
- Suicide ou 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;
- Voler à bord d'un aéronef, en descendre ou être exposé à tout risque lié à un aéronef, tout en :
  - prenant des cours de pilotage;
  - exerçant des fonctions rattachées à l'appareil;
  - étant transporté pour faire du parachute; ou
  - en tant que membre des forces armées, si l'aéronef est sous le contrôle des forces armées ou affrété par elles;
- Acte d'hostilité de forces armées, insurrection, ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire;
- Service à temps plein dans les forces armées de quelque pays que ce soit;
- Participation à la perpétration d'un acte criminel.

Assurance invalidité de longue durée

Considérez l'assurance invalidité de longue durée (ILD) comme un filet de sécurité. Il vous protégera si une maladie ou un accident vous empêche de travailler. Vous recevrez de l'aide pour payer vos factures habituelles et peut-être certains frais supplémentaires liés à une maladie de longue durée. Et cela aidera vos finances à rester saines pendant que vous guérissez.

À propos de la couverture

La couverture varie de 500 $ à 5 000 $ (2 500 $ pour les employés d'un membre de l'association CAPIC), par tranches de 250 $. Cela est basé sur votre revenu gagné annuel net par mois.

Autres avantages

Exonération des primes

Si vous êtes totalement invalide durant une période ininterrompue de 90 jours avant l'âge de 65 ans et que vous recevez des prestations ILD, vous n'avez pas besoin de payer les primes d'assurance ILD tant que vous demeurez totalement invalide.

Prestation d'invalidité partielle lorsque vous recommencez à travailler

Vous pourriez avoir droit à des prestations d'invalidité partielle si, immédiatement après une période d'invalidité totale au cours de laquelle vous receviez des prestations, vous retournez au travail à temps partiel sous la surveillance d'un médecin. Securian Canada doit approuver votre prestation partielle.

La prestation partielle est votre prestation mensuelle complète, moins 50 % de vos revenus d'emploi et tout autre montant qui vous est payable en vertu de la définition d'intégration des prestations.

Vous pouvez obtenir un complément pour revenu moindre lorsque vous recommencez à travailler.

Vous pourriez avoir droit à des prestations d'invalidité partielle si, immédiatement après une période d'invalidité totale au cours de laquelle vous receviez des prestations, vous retournez au travail sous la surveillance d'un médecin.

Utilisez le tableau pour déterminer votre revenu annuel et la prestation mensuelle maximale correspondante.

Guide du ratio de revenu

Revenu annuel	Montant des prestations mensuelles	Admissibilité
Jusqu'à 10 000 $	500 $	Membre et employé
10 001 $ à 15 000 $	750 $	Membre et employé
15 001 $ à 20 000 $	1 000 $	Membre et employé
20 001 $ à 25 000 $	1 250 $	Membre et employé
25 001 $ à 30 000 $	1 500 $	Membre et employé
30 001 $ à 35 000 $	1 750 $	Membre et employé
35 001 $ à 40 000 $	2 000 $	Membre et employé
40 001 $ à 45 000 $	2 250 $	Membre et employé
45 001 $ à 50 000 $	2 500 $	Membre et employé
50 001 $ à 57 500 $	2 750 $	Membre seulement
57 501 $ à 65 000 $	3 000 $	Membre seulement
65 001 $ à 72 500 $	3 250 $	Membre seulement
72 501 $ à 80 000 $	3 500 $	Membre seulement
80 001 $ à 90 000 $	3 750 $	Membre seulement
90 001 $ à 100 000 $	4 000 $	Membre seulement
100 001 $ à 110 000 $	4 250 $	Membre seulement
110 001 $ à 120 000 $	4 500 $	Membre seulement
120 001 $ à 130 000 $	4 750 $	Membre seulement
130 001 $ à 140 000 $	5 000 $	Membre seulement

Quels sont les coûts?

Régime d'assurance invalidité de longue durée pour membre seulement

Couverture mensuelle minimale de 500 $

Couverture maximale mensuelle de 5 000 $

Tarifs mensuels par tranches de 250 $

Tranche d'âge	500 $	750 $	1 000 $	1 250 $	1 500 $	1 750 $	2 000 $	2 250 $	2 500 $
Jusqu'à 34 ans	7,19 $	10,79 $	14,39 $	17,99 $	21,58 $	25,18 $	28,78 $	32,37 $	35,97 $
35 à 39 ans	9,59	14,39	19,18	23,98	28,78	33,57	38,37	43,16	47,96
40 à 44 ans	16,79	25,18	33,57	41,97	50,36	58,75	67,14	75,54	83,93
45 à 49 ans	26,38	39,57	52,75	65,95	79,13	92,32	105,51	118,70	131,89
50 à 54 ans	45,56	68,34	91,23	113,91	136,69	159,47	182,25	205,03	227,83
55 à 59 ans	59,95	89,93	119,90	149,98	179,85	209,83	239,80	269,78	299,75
60 à 65 ans	59,95	89,93	119,90	149,98	179,85	209,83	239,80	269,78	299,75

Tranche d'âge	2 750 $	3 000 $	3 250 $	3 500 $	3 750 $	4 000 $	4 500 $	5 000 $
Jusqu'à 34 ans	39,50 $	43,16 $	46,76 $	50,36 $	53,96 $	57,77 $	64,75 $	71,94 $
35 à 39 ans	52,76	57,55	62,35	67,14	71,94	76,74	86,33	95,92
40 à 44 ans	92,32	100,72	109,11	117,50	125,90	134,29	151,07	167,86
45 à 49 ans	145,08	158,27	171,46	184,65	197,84	211,02	237,40	263,78
50 à 54 ans	259,59	273,37	296,15	318,93	341,72	364,50	410,06	455,37
55 à 59 ans	329,73	359,70	389,68	419,65	449,59	479,60	539,55	599,50
60 à 65 ans	329,73	359,70	389,68	419,65	449,59	479,60	539,55	599,50

Le calcul de l'âge est effectué chaque année à l'anniversaire de la police.
Les taux sont examinés chaque année, peuvent changer et augmenteront à mesure que vous passerez à la tranche d'âge suivante.
Les taux sont renouvelables annuellement et soumis à la taxe provinciale, le cas échéant.

Qu’est-ce qui est exclu?

Securian Canada ne versera aucune prestation pour quelque période que ce soit dans les conditions suivantes :

- L’employé/le membre ne reçoit pas le traitement approprié;
- L’employé/le membre effectue un travail rémunéré ou à but lucratif, sauf dans les cas approuvés par Securian Canada;
- L’employé/le membre ne participe pas à un programme d’invalidité partielle ou de réadaptation approuvé, si Securian Canada l’exige;
- L’employé/le membre est en congé, en grève ou mis à pied, sauf dans le cas d’un congé de maternité ou d’un congé parental, ou sauf si Securian Canada y consent expressément;
- L’employé/le membre est absent du Canada pendant plus de 4 mois pour quelque raison que ce soit, à moins que Securian Canada n’accepte par écrit et à l’avance de verser des prestations pendant cette période;
- L’employé/le membre est condamné à une peine d’emprisonnement ou est confiné dans un établissement similaire.

Securian Canada ne paiera aucune prestation pour une invalidité totale attribuable à l’une des causes suivantes :

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

Afin d’être admissible au paiement des prestations, vous devez recevoir un traitement médical approprié, à compter de l’apparition de l’affection concernée, ainsi que tout au long du délai de carence et de toute période de prestation subséquente.

Pour en savoir plus sur cette couverture, veuillez consulter votre certificat d’assurance.

Assurance maladies graves

Bon nombre de personnes au pays souffrent d'une maladie grave, comme un accident vasculaire cérébral, une crise cardiaque ou un cancer. Et certaines dépenses ne sont pas couvertes par les régimes de santé provinciaux. Cela peut signifier que vous devez puiser dans votre épargne ou vos fonds de retraite.

L'assurance maladies graves (AMG) prévoit le versement d'un montant forfaitaire si vous recevez un diagnostic de l'une des trois maladies potentiellement mortelles, même si vous êtes encore en mesure de travailler. Vous l'utilisez comme bon vous semble, de sorte que vous pouvez vous concentrer sur votre rétablissement et non sur vos finances.

À propos de la couverture

Le montant de la couverture se situe entre 50 000 $ et 300 000 $, par tranches de 10 000 $. Votre conjoint peut demander une couverture à concurrence du montant que vous avez choisi pour vous-même.

Conditions couvertes
Cancer (mettant la vie en danger)
Crise cardiaque
Accident vasculaire cérébral

Choses à savoir :

- La couverture n'est payée que pour la première affection que vous présentez.
- Le diagnostic doit être posé après la date du début de la couverture et la personne assurée doit survivre pendant les 30 jours qui suivent la date du diagnostic; votre demande de règlement doit être approuvée par Securian Canada.
- Des dispositions, exclusions et limitations supplémentaires peuvent s'appliquer, y compris une affection préexistante au cours d'une période de 12 mois (une affection médicale pour laquelle des symptômes sont apparus ou ont nécessité des soins médicaux, une hospitalisation ou un traitement) et un délai de carence de 90 jours pour le cancer.

Les descriptions complètes des maladies couvertes sont indiquées à l'annexe sur les maladies graves, **page 24**.

Quels sont les coûts?

Prime mensuelle par tranches de 10 000 $ de couverture, de 50 000 $ à 300 000 $.

Tranche d'âge	Homme non-fumeur	Femme non-fumeuse	Homme fumeur	Femme fumeuse
Jusqu'à 34 ans	0,70 $	0,74 $	0,99 $	1,16 $
35 à 39 ans	1,00	1,15	1,80	2,12
40 à 44 ans	1,86	2,00	3,91	4,24
45 à 49 ans	3,28	3,02	7,50	7,29
50 à 54 ans	5,33	4,18	12,93	11,10
55 à 59 ans	8,82	5,41	21,89	15,54
60 à 65 ans	13,99	10,50	34,60	23,78

Les tarifs sont calculés en fonction de votre âge, de votre genre et de votre statut de fumeur à l'anniversaire de la police. Le calcul de l'âge est effectué chaque année à l'anniversaire de la police.

Les taux sont examinés chaque année, peuvent changer et augmenteront à mesure que vous passerez à la tranche d'âge suivante.

Les taux sont renouvelables annuellement et soumis à la taxe provinciale, le cas échéant.

Qu’est-ce qui est exclu?

Securian Canada ne paiera pas pour toute maladie, tout trouble ou toute intervention chirurgicale non spécifiquement définis à l’annexe sur les maladies graves, page 24.

Il n’y a pas de paiement de prestation pour les sinistres résultant directement ou indirectement de l’un des éléments suivants :

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

Conditions préexistantes – pour tout montant de couverture qui :

- N’a pas exigé de preuve de bonne santé; et
- Est en vigueur depuis moins de 12 mois dans le cadre du régime d’assurance maladies graves de l’employeur;

Aucune prestation n’est payable pour toute affection couverte résultant d’une blessure, d’une maladie ou d’une affection médicale (qu’elle ait été diagnostiquée ou non) pour laquelle la personne assurée, au cours des 12 mois précédant la date d’entrée en vigueur de ce montant de couverture :

- A présenté des signes, des symptômes, consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé; ou
- A reçu des soins, des conseils ou des traitements liés à la santé; ou
- Aurait consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé, agissant comme une personne raisonnablement prudente en présence d'une telle blessure, maladie, affection médicale, de signes ou de symptômes.

Si la couverture prend fin, mais que la personne est à nouveau couverte en vertu de cette prestation, Securian Canada utilisera la date la plus récente à laquelle la couverture de la personne a commencé lors de l’application des limitations précitées.

Assurance-santé complémentaire (ASC) et assurance dentaire

Le forfait assurance-santé complémentaire et assurance dentaire de votre association vous offre de nombreuses options. Le coût des médicaments sur ordonnance, de la visite chez un optométriste ou un physiothérapeute ou un séjour à l'hôpital peut s'avérer élevé. Le forfait assurance-santé complémentaire et assurance dentaire de votre association couvre de nombreux coûts de santé de base. En tant que membre, vous pouvez profiter des taux d'assurance collective.

À propos de la couverture

Vous pouvez choisir une couverture individuelle ou familiale.

Admissibilité à la couverture

Les résidents du Québec doivent aussi être couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour les soins de santé et les médicaments. Les demandes de règlement de médicaments sur ordonnance doivent d'abord être soumises à la RAMQ. Votre couverture de l'association paiera le montant admissible restant. Le pourcentage de remboursement et la franchise de la RAMQ s'appliquent.

Si vous êtes couvert par ce régime et par un autre (par exemple, le régime d'assurance de votre conjoint[e]), votre couverture de l'association paiera selon les règles de coordination standard des prestations.

Vos services médicaux et votre équipement en un coup d'œil

Services et articles médicaux	
Année civile	Du 1er janvier au 31 décembre
Franchise	Aucune

Dépenses couvertes	**Détails**	**Limites de paiement**
Hôpital de la province		100 % de la différence entre le coût d'une salle et d'une chambre semi-privée, jusqu'à un maximum de 100 $ par jour, multiplié par le nombre de jours du séjour hospitalier.
Hôpital de convalescence		100 % de la différence entre le coût d'un service et celui d'une chambre semi-privée, jusqu'à concurrence de 20 $ par jour pendant un maximum de 180 jours pour toutes les périodes de traitement d'une maladie ayant une même cause ou des causes connexes
Dépenses d'urgence à l'extérieur de la province et dépenses référées à l'extérieur de la province		Assistance voyage d'urgence incluse à 100 % Limite de temps : 60 jours suivant le départ du domicile de la personne pour l'extérieur de la province Maximum à vie de 1 000 000 $ par personne

Dépenses couvertes	Détails	Limites de paiement
Infirmière en pratique privée à l'extérieur de l'hôpital	Doit être médicalement nécessaire Doit être pour les soins infirmiers et non pour les soins de garde, et doit être prescrit par un médecin L'infirmière en service privé doit être une infirmière ou une infirmière auxiliaire qui est autorisée, certifiée ou enregistrée dans la province où vous vivez et qui ne vit normalement pas avec vous Les services d'une infirmière autorisée ne sont admissibles que lorsqu'une personne ayant moins de qualifications ne peut pas effectuer les tâches	25 000 $ par personne sur 3 années civiles
Ambulance terrestre/ aérienne	Transport dans une ambulance autorisée qui vous amène à l'hôpital le plus proche qui est en mesure de fournir les services médicaux nécessaires Doit être médicalement nécessaire Les dépenses engagées à l'extérieur du Canada pour les services d'urgence seront payées en fonction des conditions qui apparaissent dans le sommaire des prestations pour les services d'urgence hors province	
Services de diagnostic	Les services de diagnostic suivants que vous recevez à l'extérieur d'un hôpital, sauf lorsque votre régime provincial considère que la dépense est un service assuré : • Analyses de laboratoire lorsqu'elles sont prescrites par un médecin • Traitement au radium • Examens radiographiques • Tests diagnostiques	
Services dentaires à la suite d'un accident	Services dentaires, y compris les appareils orthodontiques et les attelles, pour réparer les dommages aux dents naturelles causés par un coup accidentel à la bouche qui se produit pendant que vous êtes couvert Vous devez recevoir ces services dans les 36 mois suivant l'accident	5 000 $ par personne par accident pour une personne âgée de 18 ans ou plus (illimité pour les personnes âgées de 17 ans ou moins) Nous ne couvrirons que les frais indiqués dans le guide des frais de l'association dentaire pour un praticien dans la province où réside l'employé ou le membre
Ophtalmologiste ou optométriste agréé	Services d'ophtalmologistes ou d'optométristes autorisés	50 $ par personne pour toute période de 24 mois
Perruques	Perruques après chimiothérapie	500 $ à vie par personne
Équipement	Équipement médicalement nécessaire qui répond à vos besoins médicaux de base, que vous avez loué (ou acheté à notre demande) Pour que l'équipement soit admissible, nous pouvons avoir besoin d'une ordonnance d'un médecin Si un autre équipement est disponible, les dépenses admissibles sont limitées au coût de l'équipement le moins cher qui répond à vos besoins médicaux de base	Pour les fauteuils roulants, nous ne couvrons que le coût d'un fauteuil roulant manuel, sauf si votre état de santé exige que vous utilisiez un fauteuil roulant électrique, jusqu'à un maximum à vie de 4 000 $ pour les fauteuils roulants électriques

Dépenses couvertes	Détails	Limites de paiement
Plâtres, bandages herniaires ou béquilles		
Attelles ou appareils orthodontiques	Doit être prescrit par un médecin	
Prothèse mammaire	Requis à la suite d'une intervention chirurgicale	400 $ par personne au cours d'une période de 24 mois
Brassières chirurgicales	Requis à la suite d'une intervention chirurgicale	Deux brassières par personne par année civile
Membres artificiels		5 000 $ par année de référence
Yeux artificiels		
Chaussettes de moignon, bas de contention élastiques, y compris bas à gradient de pression	Doit être prescrit par un médecin	Deux paires par personne par année civile
Orthèses sur mesure pour chaussures	Doit être prescrit par un médecin, un podiatre ou un chiropodiste	300 $ par personne par année civile
Chaussures orthopédiques personnalisées ou modifications apportées aux chaussures orthopédiques	Doit être prescrit par un médecin, un podiatre ou un chiropodiste	200 $ par personne par année civile
Prothèses auditives		300 $ par personne sur 5 années civiles Les réparations sont incluses dans ce maximum
Oxygène		
Moniteur de glycémie		700 $ à vie par personne
Fournitures pour diabétiques		
Chirurgie esthétique	Nécessaire pour réparer la défigurement en raison d'une blessure subie pendant la période de couverture de l'assurance	
Fournitures pour colostomie		

Vos services dentaires en un coup d'œil

Un membre doit également être couvert par l'assurance-santé complémentaire pour être admissible à cette couverture

Assurance dentaire	
Année civile	Du 1er janvier au 31 décembre
Franchise	Aucune
Soins dentaires préventifs	80 % des coûts couverts
Soins dentaires de base	80 % des coûts couverts
Soins dentaires majeurs	50 % des coûts couverts
Guide des tarifs	Le guide des honoraires actuel pour les praticiens approuvés par l'association dentaire dans la province de résidence de l'employé, peu importe où le traitement est reçu
Maximum par année civile	Toutes les procédures dentaires : maximum combiné de 500 $ par personne pour la première année civile de couverture et les procédures dentaires préventives et de base; maximum combiné de 1 200 $ par personne pour chaque année civile subséquente Soins dentaires majeurs : 500 $ par personne pour chaque année civile suivante

Assurance dentaire	
Candidat tardif	Si un employé ou un participant et ses personnes à charge ne font pas de demande de prestations dentaires dans les 31 jours suivant la demande de prestations, ils ne seront admissibles aux prestations dentaires que le premier jour du mois suivant un an à compter de la date à laquelle la demande de prestations est demandée
Cessation	Lorsque l'employé/le membre prend sa retraite ou atteint l'âge de 65 ans, selon la première éventualité

Quels sont les coûts?

Assurance-santé complémentaire (ASC) et assurance dentaire

Tarifs mensuels pour toutes les provinces sauf le Québec

Tranche d'âge	ASC : simple	ASC : famille	Assurance dentaire : célibataire	Assurance dentaire : famille
Jusqu'à 34 ans	75,23 $	157,94 $	101,57 $	241,44 $
35 à 39 ans	75,23	184,28	101,57	241,44
40 à 44 ans	86,49	214,37	101,57	241,44
45 à 49 ans	97,76	252,35	101,57	241,44
50 à 54 ans	112,80	274,77	101,57	241,44
55 à 59 ans	146,67	330,94	101,57	241,44
60 à 65 ans	195,58	406,17	101,57	241,44

Tarifs mensuels pour la province de Québec

Tranche d'âge	ASC : simple	ASC : famille	Assurance dentaire : célibataire	Assurance dentaire : famille
Jusqu'à 34 ans	83,24 $	174,59 $	101,57 $	241,44 $
35 à 39 ans	83,20	203,83	101,57	241,44
40 à 44 ans	95,57	237,57	101,57	241,44
45 à 49 ans	108,12	270,53	101,57	241,44
50 à 54 ans	125,04	303,80	101,57	241,44
55 à 59 ans	162,54	335,24	101,57	241,44
60 à 65 ans	197,02	449,51	101,57	241,44

Pour le Québec, le régime est le deuxième payeur de la RAMQ ou d'un régime collectif.

Le calcul de l'âge est effectué chaque année à l'anniversaire de la police.

Les taux sont examinés chaque année, peuvent changer et augmenteront à mesure que vous passerez à la tranche d'âge suivante.

Les taux sont renouvelables annuellement et soumis à la taxe provinciale, le cas échéant.

Qu'est-ce qui est exclu?

Médicaments sur ordonnance

Aucune prestation n'est payable pour ce qui suit, même s'il s'agit de soins, de médicaments et d'articles prescrits :

- Les frais d'administration de sérums, de vaccins et d'injections;
- Les traitements de l'obésité, y compris les médicaments, les protéines et les suppléments alimentaires ou diététiques;
- Les stimulants de la pousse des cheveux;
- Les produits pour vous aider à arrêter de fumer;
- Les médicaments pour le traitement de la stérilité;
- Les médicaments pour le traitement d'une dysfonction sexuelle;
- Les médicaments utilisés à des fins esthétiques;
- Les produits de santé naturels, qu'ils aient ou non un numéro de produit naturel (NPN);
- Les médicaments et les 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.

Assurance-santé complémentaire

Aucune prestation n'est payable pour les frais suivants :

- Les services ou les articles couverts ou disponibles (sans égard aux listes d'attente) au titre de tout régime ou programme parrainé par l'État, sous réserve des dispositions énoncées ci-dessous sous la rubrique Intégration du régime avec les programmes de l'État;
- Les prothèses ou appareils médicaux implantés (exemples : anneaux gastriques, implants mammaires, implants rachidiens et prothèses de hanche);
- Le matériel que nous considérons comme exclu de la garantie (exemples : matelas orthopédiques, appareils d'exercice physique, climatiseurs et purificateurs d'air, baignoires d'hydromassage et humidificateurs);
- Les 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 définis dans le contrat;
- Les services ou les articles qui ne sont pas des frais médicaux admissibles en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada);
- Les services ou articles pour lesquels il n'y aurait pas eu de frais s'il n'y avait pas eu la présente couverture.

Securian Canada ne versera pas de prestations si la demande de règlement est liée à une maladie résultant de ce qui suit :

- Un acte d'hostilité de forces armées, une insurrection, ou une participation à une émeute ou à un mouvement populaire;
- L'exercice par la personne assurée d'une activité rémunérée qui n'était pas pour le compte de l'association qui offre le régime;
- La participation à la perpétration d'un acte criminel.

Assurance dentaire :

Aucune prestation n'est payable pour ce qui suit :

- Des services ou articles couverts ou disponibles (sans égard aux listes d'attente) au titre de tout régime ou programme parrainé par l'État, sauf si la présente assurance en prévoit expressément le remboursement;
- Des services ou articles qui ne font pas partie des méthodes normalement pratiquées pour traiter un problème dentaire;
- Des soins dentaires donnés à des fins principalement esthétiques;
- Les frais de remplacement d'appareils perdus, égarés ou volés;
- Les frais de rendez-vous non respectés;
- Les frais de rédaction de demandes de règlement;
- Les services ou articles pour lesquels il n'y aurait pas eu de frais s'il n'y avait pas eu la présente couverture;
- Les 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;
- Les 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);
- Les transplants ou la modification des rapports entre maxillaires;
- Les traitements expérimentaux.

Securian Canada ne rembourse pas non plus les soins dentaires résultant de ce qui suit :

- Un acte d'hostilité de forces armées, une insurrection, ou une participation à une émeute ou à un mouvement populaire;
- Des dents malformées à la naissance ou au cours du développement;
- La participation à la perpétration d'un acte criminel.

Assurance frais généraux

Si vous êtes en congé de maladie, vous voulez savoir que vos factures sont payées. l'assurance frais généraux vous aide à payer vos factures afin que vous puissiez prendre soin de vous.

À propos de la couverture

Vous pouvez demander une prestation mensuelle allant de 500 $ à 6 000 $, par tranches de 100 $. Lorsque vous avez une assurance frais généraux en vertu d'un autre régime d'assurance, Securian Canada paiera une part proportionnelle des dépenses. Vous devez avoir une couverture ILD en vertu du régime d'assurance collective de la CAPIC pour faire une demande d'indemnisation pour l'assurance frais généraux.

Voici une liste de ce qui est couvert et non couvert par l'assurance frais généraux de votre association :

Ce qui est couvert	Ce qui n'est pas couvert
• Salaires du personnel • Loyer • Chauffage, eau, électricité et téléphone • Autres dépenses fixes normalement liées à l'exploitation d'un bureau, y compris les taxes et les intérêts d'hypothèque sur les propriétés commerciales détenues	• Paiement pour qu'une personne exerce vos fonctions en votre absence • Coût des biens ou des marchandises • Outils de votre profession • Coût des automobiles • Paiements d'amortissement hypothécaire, paiement du capital hypothécaire

Autres avantages

Augmenter ou réduire votre couverture en tout temps, dans les limites du maximum prévu

Vous devrez présenter votre demande par écrit pour augmenter votre couverture et fournir une attestation d'assurabilité.

Exonération des primes

Les primes de l'assurance frais généraux seront annulées pendant que vous recevez des prestations d'invalidité de longue durée.

Quels sont les coûts?

Assurance frais généraux

Tarifs mensuels par tranches de 100 $

Couverture mensuelle minimale de 500 $

Couverture maximale mensuelle de 6 000 $

Tranche d'âge	
21 à 39 ans	1,00 $
40 à 49 ans	1,50
50 à 64 ans	2,00

Le calcul de l'âge est effectué chaque année à l'anniversaire de la police.
Les taux sont examinés chaque année, peuvent changer et augmenteront à mesure que vous passerez à la tranche d'âge suivante.
Les taux sont renouvelables annuellement et soumis à la taxe provinciale, le cas échéant.

Limitations et exclusions

Aucune prestation n'est payable pour toute invalidité totale résultant de l'une ou l'autre des causes suivantes :

- Un acte d'hostilité de forces armées, une insurrection, ou la participation à une émeute ou à un mouvement populaire;
- Une blessure subie ou une maladie contractée dans le cadre du service dans les forces armées de tout pays en guerre, que cette guerre soit déclarée ou non;
- Une grossesse ou un accouchement normaux;
- Une blessure intentionnellement provoquée par vous.

Quand votre couverture prendra-t-elle fin?

Votre couverture prend fin à la première des dates suivantes :

- La date à laquelle l'emploi/l'adhésion prend fin;
- La date à laquelle vous demandez la résiliation des prestations par écrit à Securian Canada;
- La date à laquelle vous ne travaillez plus activement;
- La fin de la période pour laquelle les primes ont été payées à Securian Canada pour votre couverture;
- La date à laquelle le contrat ou la disposition d'avantages sociaux prend fin, comme indiqué dans la section Résiliation du contrat ou une disposition d'avantages sociaux de la police;
- La date à laquelle vous ne répondez plus aux exigences d'admissibilité décrites dans la police.

La protection d'une personne à charge prend fin à la première des dates suivantes :

- La date à laquelle votre couverture prend fin;
- La date à laquelle la personne à charge cesse d'être une personne à charge admissible;
- La fin de la période pour laquelle les primes ont été payées pour la couverture de la personne à charge;
- La date à laquelle vous demandez la résiliation des prestations par écrit à Securian Canada.

Cependant, toute prestation peut prendre fin à une date antérieure, comme indiqué dans votre certificat d'assurance.

Cette brochure présente les faits saillants, mais pas tous les détails du programme d'assurance de la CAPIC. Les modalités, conditions, exclusions et limitations complètes régissant la couverture sont présentées dans la police d'assurance collective et le certificat d'assurance émis par la Compagnie d'assurance-vie Première du Canada, qui exerce ses activités sous le nom de marque Securian Canada.

Comment faire une demande

Protégez-vous et protégez vos proches aujourd'hui

Il est important de mettre en place des mesures de protection pour vous protéger, protéger votre famille et protéger vos finances.

Avec les taux de groupe de votre association, obtenir l'assurance dont vous avez besoin est plus abordable.

C'est aussi pratique… il suffit de visiter **securiancanada.ca/capic/fr** pour vérifier vos options, consulter les taux et suivre ces trois étapes.

Télécharger la proposition

La remplir

L'envoyer par la poste

Faites une demande dès aujourd'hui, afin de pouvoir vous reposer plus facilement demain

Vous avez des questions?

Appelez-nous au **1 877 363-2773**, du lundi au vendredi, entre 8 h et 20 h HE.

Vous pouvez également communiquer avec votre conseiller en régimes collectifs :

Daniel Patullo
647 267-4052
Daniel@33Seven.ca

Annexe pour les maladies graves couvertes

Maladies couvertes	Description
Cancer (mettant la vie en danger)	Cancer (mettant la vie en danger) désigne un diagnostic définitif d'une tumeur caractérisée par la croissance et la propagation incontrôlées de cellules malignes et l'invasion des tissus. Les types de cancer comprennent le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome. Le diagnostic de cancer doit être posé par un médecin spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant les 30 jours qui suivent la date du diagnostic. **Exclusions** Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable pour les types suivants : • Des lésions décrites comme bénignes, précancéreuses, incertaines, limites, non invasives, carcinome in situ (Tis) ou tumeurs classées comme Ta; • Un cancer de la peau avec mélanome malin d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, à moins qu'il ne soit ulcéré ou accompagné de métastases à un ganglion lymphatique ou à distance; • Tout cancer de la peau sans mélanome, sans métastases à un ganglion lymphatique ou à distance; • Un cancer de la prostate classé T1a ou T1b, sans atteinte ganglionnaire ni métastatique à distance; • Un cancer papillaire de la thyroïde ou un cancer folliculaire de la thyroïde, ou les deux, dont le diamètre le plus élevé est inférieur ou égal à 2,0 cm et classé T1, sans métastases à un ganglion lymphatique ou à distance; • Une leucémie lymphoïde chronique classée moins que le stade 1 de Rai; • Des tumeurs stromales gastro-intestinales (TSGI) malignes et tumeurs carcinoïdes malignes, classées comme étant inférieures au stade 2 de l'AJCC. **Exclusions de la période de moratoire** Si, dans les 90 jours suivant la dernière des éventualités suivantes : • La date à laquelle une personne s'inscrit pour tout montant de couverture; ou • La date d'entrée en vigueur de ce montant de couverture, • la personne couverte présente l'une des caractéristiques suivantes : - des signes, des symptômes ou a subi des investigations menant à un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans cette police d'assurance), sans égard à la date du diagnostic; ou - un diagnostic de cancer (couvert ou exclu en vertu de cette couverture), aucune prestation ne sera payable pour le cancer pour ce montant de couverture; - de plus, si la personne devient par la suite couverte pour des montants supplémentaires de couverture, aucune prestation ne sera payable pour le cancer pour ces montants supplémentaires. Toutes les autres couvertures demeurent en vigueur. L'information décrite ci-dessus doit nous être communiquée dans les 6 mois suivant la date du diagnostic. Si ces informations ne sont pas fournies, nous avons le droit de refuser toute demande d'indemnisation pour un cancer ou une maladie grave causée par un cancer ou son traitement. Si la couverture pour maladies graves d'une personne prend fin, mais que la personne est à nouveau couverte en vertu de cette prestation, nous utiliserons la date la plus récente à laquelle la couverture de la personne a commencé lors de l'application de l'exclusion de la période du moratoire. Dans le cadre de la présente police d'assurance, les termes Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 2 de l'AJCC doivent être appliqués comme définis dans le manuel de stadification du cancer de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC), 7e édition, 2010. Dans le cadre de la présente police d'assurance, le terme « stadification Rai » doit être appliqué comme indiqué dans KR Rai, A Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Pasternack : Stadification clinique de la leucémie lymphoïde chronique. *Blood.* 46:219, 1975.

Maladies couvertes	Description
Crise cardiaque	La 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; • Nouvelles 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 assurée doit survivre pendant les 30 jours qui suivent la date du diagnostic. **Exclusions** Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable pour ce qui suit : • 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'ondes Q; ou • La découverte de changements à l'ECG indiquant un précédent infarctus du myocarde qui ne satisfait pas à la définition de crise cardiaque donnée ci-dessus.
Accident vasculaire cérébral	L'accident vasculaire cérébral (AVC) est un diagnostic définitif d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose ou une hémorragie intracrânienne, ou par une embolie d'origine extracrânienne, avec : • Apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques; • Nouveaux déficits neurologiques objectifs à l'examen clinique; • Persistance pendant plus de 30 jours après la date du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique. Le diagnostic d'accident vasculaire cérébral doit être posé par un médecin spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant les 30 jours qui suivent la date du diagnostic. **Exclusions** Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable pour ce qui suit : • Accidents ischémiques transitoires; • Événements vasculaires intracérébraux dus à un traumatisme; ou • Infarctus lacunaires, qui ne répondent pas à la définition d'un accident vasculaire cérébral comme décrit ci-dessus.

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 exercer leurs activités au Canada. Les polices sont souscrites par la Compagnie d'assurance-vie Première du Canada.

securian CANADA

securiancanada.ca

25, avenue Sheppard Ouest, bur. 1400, Toronto (Ontario), Canada M2N 6S6
© 2024 Securian Canada. Tous droits réservés.

F103528-10cf 12-2024 DOFU 12-2024
3926656