securian CANADA

Ontario Association of Mental Health Professionals (OAMHP)

Programme d'assurance pour les membres de l'OAMHP

Préparé pour :

OAMHP
Ontario Association of Mental Health Professionals

Contenu

Aperçu 3

Assurance-vie 4

Assurance décès et mutilation accidentels 6

Assurance invalidité de longue durée 9

Assurance contre les maladies graves 12

Assurance-maladie complémentaire et assurance dentaire 15

Assurance frais généraux professionnels 26

Quand votre couverture prendra-t-elle fin? 28

Comment faire une demande 29

Annexe pour les maladies graves couvertes 30

Glossaire 34

Protéger vos finances et celles de votre famille

Votre choix de carrière montre à quel point vous vous souciez du bien-être des autres. Cependant, il est également important de veiller à votre propre bien-être.

En plus de protéger les droits et les intérêts des membres, l'Ontario Association of Mental Health Professionals (OAMHP) tente d'offrir une valeur supplémentaire pour rendre votre adhésion plus enrichissante. Cela comprend le fait de vous aider à prendre soin de votre famille et de vos finances avec le programme d'assurance de l'OAMHP, qui offre des taux de groupe.

Cette brochure présente les faits saillants, mais pas tous les détails du programme d'assurance de l'OAMHP. 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.

Aperçu

Un aperçu du programme

Une gamme complète de prestations

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

Exclusivement pour les membres de l'OAMHP qui :

- Sont des membres en règle
- Vivent au Canada
- Travaillent activement au moins 25 heures par semaine

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 famille (vous devez détenir une couverture d'assurance-vie de l'OAMHP pour faire une demande de couverture DMA)
Assurance invalidité de longue durée (ILD)	Vous
Assurance contre les maladies graves (AMG)	Vous et votre conjoint(e)
Assurance-maladie complémentaire et assurance dentaire	Vous, votre conjoint(e) et vos enfants à charge
Assurance frais généraux professionnels (FGP)	Vous (si vous détenez également une assurance ILD)

Attestation 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. Votre couverture d'assurance entre en vigueur à la date à laquelle Securian Canada approuve votre demande et reçoit le paiement de votre prime.

Prenez en charge votre santé et votre bien-être.

Visitez **securiancanada.ca/oamhp/fr** pour commencer dès aujourd'hui!

Des questions?

Veuillez communiquer avec : **Dan Hurrell**, partenaire
Dominion Group Benefits Limited
Dan.Hurrell@yourgroup.ca

Vous pouvez également communiquer avec Securian Canada au **1 877 363-2773,** du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h, HE

Prochaines étapes

Apprenez-en davantage au sujet de chaque type d'assurance offert par votre association, afin de trouver la couverture qui répond à vos besoins.

Assurance-vie

L'assurance-vie vous permet de prendre soin des personnes qui comptent sur vous lorsque vous ne le pouvez pas, que ce soit votre conjoint(e), vos enfants ou vos parents âgés.

Étant donné que les prestations d'assurance-vie sont versées sous forme de montant forfaitaire, elles fournissent un filet de sécurité important qui peut remplacer le revenu et également couvrir de nombreuses dépenses, y compris les frais funéraires, les frais d'homologation, les frais juridiques, les frais d'éducation et les paiements hypothécaires. 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 pour

- Vous, votre conjoint(e), tous vos enfants à charge

Montants de couverture

- Vous et votre conjoint(e) pouvez faire une demande de couverture d'assurance de 50 000 $ à concurrence de 1 000 000 $ par personne, par tranches de 25 000 $.
- Enfant de moins de 15 jours : 1 000 $ par enfant.
- Enfant de 15 jours ou plus : 10 000 $ par enfant.
- La couverture pour tous vos enfants ne vous coûte que 2,25 $ par mois.

Admissibilité à la couverture

- Vous avez moins de 65 ans.
- Vous êtes un(e) résident(e) canadien(ne).
- Vous travaillez au moins 25 heures par semaine.
- Vous êtes membre en règle de l'association.

Autres avantages

Exonération des primes

Avec ce programme, si vous êtes totalement invalide 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 de confirmer que vous êtes totalement invalide.

Transfert facile à une police individuelle

Si votre assurance-vie ou celle d'un enlever ces mots membre de votre famille couvert prend fin avant 66 ans, autrement que par votre choix (par exemple, si vous quittez cette association), vous pouvez demander à passer à une police d'assurance-vie individuelle. Cette police vous offre une couverture allant jusqu'à 200 000 $ (ou plus, si la législation l'exige). Vous n'avez pas à fournir d'attestation de bonne santé, à condition que vous demandiez le transfert dans les 31 jours qui suivent la fin de la couverture d'assurance-vie de l'association.

Quels sont les coûts?

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

Une couverture de 50 000 $ à concurrence de 1 000 000 $ est offerte
Prime mensuelle par tranches de 25 000 $ de prestations

Âge	Homme non-fumeur	Femme non-fumeuse	Homme fumeur	Femme fumeuse
Moins de 30 ans	1,98 $	1,44 $	2,87 $	2,24 $
30 à 34 ans	2,06	1,61	3,52	2,65
35 à 39 ans	2,67	1,96	4,88	3,37
40 à 44 ans	4,00	3,12	7,97	5,55
45 à 49 ans	6,09	4,43	11,97	8,00
50 à 54 ans	9,18	6,54	17,76	11,52
55 à 59 ans	15,02	10,08	26,39	18,26
60 à 64 ans	17,64	12,39	44,55	27,65
65 à 69 ans*	33,74	24,02	78,41	41,71
70 à 75 ans*	70,72	53,13	164,65	92,10

Assurance-vie des personnes à charge

10 000 $ pour chaque enfant à charge couvert
Une prime mensuelle unique de 2,25 $ couvre tous les enfants admissibles

* Taux de renouvellement seulement

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?

Il n'y a aucun paiement pour un décès avant les deux premières années de la couverture si le décès est directement ou indirectement attribuable à une tentative de suicide ou à une blessure que vous vous êtes vous-même infligée, que vous ayez la capacité de former l'intention spécifique de poser ce geste ou que vous ayez ou non une maladie mentale vous empêchant de connaître ou de comprendre les conséquences de votre geste. Si vous ajoutez une couverture supplémentaire, la période de deux ans qui s'y applique commence à la date d'effet de cette couverture supplémentaire.

Assurance décès et mutilation accidentels

Un accident grave peut avoir une incidence énorme sur votre vie. L'assurance décès et mutilation accidentels (DMA) offre un paiement pour aider financièrement votre famille après un accident.

À propos de la couverture

Couverture pour

- Vous et votre famille

Montants de couverture

- 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.

Admissibilité à la couverture

- Vous avez moins de 60 ans.
- Vous êtes un(e) résident(e) canadien(ne).
- Vous êtes membre en règle de l'association.
- Vous travaillez au moins 25 heures par semaine.
- Vous devez avoir une assurance-vie par l'entremise de ce régime collectif pour être admissible à l'assurance DMA.

Autres avantages

Formation professionnelle pour votre conjoint(e)

Si vous décédez et que votre décès résulte directement d'un accident, votre conjoint(e) recevra une aide financière pour les frais de formation à engager pour acquérir les compétences qui lui manquent et qui sont nécessaires à l'exercice d'une profession.

Couverture pour le transport de la dépouille

Si vous décédez des suites d'un accident à 100 kilomètres ou plus de votre domicile, une prestation pouvant aller jusqu'à 10 000 $ couvre les frais de préparation et de transport de votre dépouille au lieu de l'inhumation ou ligne suivante l'incinération.

Couverture supplémentaire pour adapter votre maison ou votre véhicule

Si vous avez perdu vos deux pieds ou vos deux jambes, ou l'usage de ceux-ci, ou si vous souffrez d'hémiplégie, de quadriplégie ou de paraplégie des suites directes d'un accident et que vous ne pouvez vous déplacer qu'en fauteuil roulant, une prestation supplémentaire de 10 pour cent (à concurrence de 10 000 $) est versée pour rendre votre domicile et/ou votre véhicule accessibles aux fauteuils roulants.

Exonération des primes

Si vous devenez totalement invalide en cours de couverture avant d'atteindre l'âge de 70 ans, vous demeurez couvert(e) sans avoir à payer les primes, tant que vous demeurez totalement invalide. Dans ce cas, vous devrez répondre à toutes les exigences permettant de confirmer que vous êtes totalement invalide.

Ceinture de sécurité

Si vous décédez des suites d'un accident, une prestation supplémentaire de 10 pour cent est versée si un rapport d'accident indique que vous aviez attaché convenablement votre ceinture ligne suivante sécurité.

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).
- Vous pouvez vous assurer vous-même et assurer votre famille.

Couverture individuelle

- 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.
- Le montant que nous payons est un pourcentage de la couverture DMA que vous avez choisie, qui varie en fonction de la perte. (Voir le tableau ci-dessous pour plus de détails).

Couverture familiale

- Vous n'avez pas d'enfants à charge? Votre conjoint(e) bénéficie d'une assurance équivalant à 50 pour cent de votre capital assuré.
- Vous avez un(e) conjoint(e) et des enfants à charge? Votre conjoint(e) bénéficie d'une assurance correspondant à 40 pour cent de votre capital assuré et chacun des enfants à votre charge, quel qu'en soit le nombre, bénéficie d'une assurance équivalant à 10 pour cent de votre capital assuré, sous réserve d'un maximum de 50 000 $ par enfant.
- Vous avez des enfants à charge, mais pas de conjoint(e)? Chacun des enfants à votre charge bénéficie d'une assurance correspondant à 20 pour cent de votre capital assuré, sous réserve d'un maximum de 50 000 $ par enfant.

Liste des pertes couvertes	**Prestations payables** (en pourcentage du capital assuré)
Quadriplégie ou paraplégie ou hémiplégie	200,00 %
Décès	100,00 %
Perte des deux bras ou des deux jambes	100,00 %
Perte des deux mains ou des deux pieds	100,00 %
Perte de la vision des deux yeux	100,00 %
Perte de l'usage de la parole et surdité des deux oreilles	100,00 %
Perte d'une main et d'un pied	100,00 %
Perte d'une main ou d'un pied, et de la vision d'un œil	100,00 %
Perte d'un bras ou d'une jambe	75,00 %
Perte d'une main ou d'un pied	75,00 %
Perte totale de la vision d'un œil	75,00 %
Perte de l'usage de la parole	75,00 %
Surdité des deux oreilles	75,00 %
Perte du pouce et de l'index de la même main	33,33 %
Perte de quatre doigts de la même main	33,33 %
Surdité d'une oreille	25,00 %
Perte de quatre orteils du même pied	25,00 %
Perte de l'usage des deux bras ou des deux jambes	100,00 %
Perte de l'usage des deux mains ou des deux pieds	100,00 %
Perte de l'usage d'un bras ou d'une jambe	75,00 %
Perte de l'usage d'une main ou d'un pied	75,00 %

Quels sont les coûts?

Assurance décès et mutilation accidentels

Couverture de 25 000 $ à 250 000 $
Prime mensuelle par tranches de 25 000 $
Célibataire: 1,50 $

Famille: 3,00 $

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

Qu'est-ce qui est exclu?

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

- Blessures provoquées par la personne couverte (par arme à feu ou autre)
- Surdose
- Inhalation de monoxyde de carbone
- Suicide ou tentative de suicide, que la personne soit saine d'esprit ou non
- Participation volontaire à une émeute ou à l'exécution d'un acte de désobéissance civile
- Guerre, insurrection ou rébellion
- Service à temps plein dans les forces armées
- Perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel
- Accidents d'aéronefs, y compris l'embarquement et le débarquement, apprendre à voler, faire du parachutisme, effectuer des tâches liées à l'aéronef et autres circonstances liées au vol

Assurance invalidité de longue durée

L'assurance invalidité de longue durée (ILD) est votre propre filet de sécurité. Elle est là pour vous si un problème de santé mentale, une maladie ou un accident vous empêche de travailler. Vous aurez de l'aide pour payer vos factures régulières, et peut-être même certains des coûts supplémentaires associés à une maladie de longue durée, afin que vos finances restent saines pendant votre guérison.

À propos de la couverture

Les prestations mensuelles vont de 1 000 $ à 5 000 $, par tranches de 100 $. Cela est basé sur votre revenu gagné annuel net.

Vous pouvez choisir un délai de carence de 30, 90 ou 180 jours (nombre de jours pendant lesquels vous êtes totalement invalide avant le début des paiements). Habituellement, un délai de carence plus long réduit la prime.

Admissibilité à la couverture

- Vous avez moins de 65 ans.
- Vous êtes un(e) résident(e) canadien(ne).
- Vous êtes membre en règle de l'association.
- Vous travaillez au moins 25 heures par semaine.
- Utilisez le tableau pour déterminer votre revenu annuel et la prestation mensuelle maximale correspondante.

Autres avantages

Exonération des primes

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

Prestation d'invalidité partielle possible 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. Securian Canada doit approuver votre prestation partielle.

La prestation partielle est votre prestation mensuelle complète, moins 50 pour cent de vos revenus d'emploi et tout autre montant qui vous est payable en vertu de la définition d'intégration des prestations (voir le glossaire).

Guide du ratio de revenu

Revenu annuel	Montant des prestations mensuelles
12 000 $ à 14 999 $	500 $
15 000 $ à 17 999 $	900 $
18 000 $ à 23 999 $	1 100 $
24 000 $ à 30 999 $	1 400 $
31 000 $ à 35 999 $	1 700 $
36 000 $ à 44 999 $	2 000 $
45 000 $ à 59 999 $	2 400 $
60 000 $ à 71 999 $	3 000 $
72 000 $ à 83 999	3 400 $
84 000 $ à 95 999 $	3 800 $
96 000 $ à 109 999 $	4 200 $
110 000 $ à 119 999 $	4 600 $
120 000 $ à 129 999 $	4 800 $
130 000 $ ou plus	5 000 $

Quels sont les coûts?

Régime d'assurance invalidité de longue durée pour membre seulement

Prime mensuelle par tranche de 100 $ de prestations mensuelles
Couverture de 1 000 $ à 5 000 $ par mois
Délai de carence (DC)

Âge	DC 30 jours, homme	DC 30 jours, femme	DC 90 jours, homme	DC 90 jours, femme	DC 180 jours, homme	DC 180 jours, femme
Moins de 25 ans	1,30 $	1,30 $	0,81 $	0,87 $	0,69 $	0,76 $
25 à 29 ans	1,31	1,31	0,82	0,87	0,70	0,76
30 à 34 ans	1,47	1,75	0,92	1,09	0,82	0,92
35 à 39 ans	1,75	2,08	1,14	1,31	0,98	1,14
40 à 44 ans	2,14	3,17	1,37	1,97	1,37	1,92
45 à 49 ans	3,17	4,13	2,08	2,74	1,97	2,47
50 à 54 ans	4,61	5,05	3,07	3,35	2,96	3,24
55 à 59 ans	6,44	5,22	4,22	3,52	4,12	3,39
60 à 65* ans	5,60	4,39	3,52	2,79	3,39	2,74

* Taux de renouvellement seulement

Les taux sont calculés en fonction de votre âge et de votre genre 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?

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

- Tentative de suicide ou blessure que la personne assurée s’est elle-même infligée, qu’elle ait eu ou non la capacité de formuler l’intention spécifique de poser ce geste ou qu’elle ait souffert ou non d’une maladie mentale l’empêchant de connaître ou de comprendre les conséquences de son geste
- Participation volontaire à une émeute ou à l’exécution d’un acte de désobéissance civile
- Guerre, insurrection ou rébellion
- Perpétration ou tentative de perpétration d’un acte criminel
- Grossesse et/ou accouchement normaux
- Pendant toute la durée d’un emprisonnement
- Voyage ou vol à bord d’un aéronef si vous avez exercé des fonctions liées à l’aéronef ou au vol, ou si vous volez dans le cadre d’une formation, d’un entraînement, d’un test ou de manœuvres armées dans le domaine de l’aviation

Afin d’être admissible au paiement des prestations, la personne assurée doit 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.

Assurance contre les maladies graves

L'assurance contre les maladies graves (AMG) prévoit le versement d'un montant forfaitaire si vous recevez un diagnostic d'une maladie parmi 11 maladies potentiellement mortelles, même si vous êtes encore en mesure de travailler. À utiliser à votre guise : des dépenses régulières, des dépenses pour un proche qui s'occupe de vous, des traitements alternatifs ou même un voyage. Vous décidez de ce qui est le mieux.

À propos de la couverture

Le montant de la couverture se situe entre 25 000 $ et 250 000 $, par tranches de 25 000 $. Votre conjoint(e) peut demander une couverture à concurrence du montant que vous avez choisi pour vous-même.

Choses à savoir

- Les prestations ne sont versées que pour la première affection que vous présentez, après quoi l'assurance prend fin.
- 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 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.

Maladies couvertes

- Cécité
- Cancer (mettant la vie en danger)
- Chirurgie coronarienne
- Surdité
- Crise cardiaque
- Insuffisance rénale
- Perte d'autonomie
- Transplantation d'un organe vital
- Sclérose en plaques
- Paralysie
- Accident vasculaire cérébral

Les descriptions complètes des maladies couvertes sont indiquées aux pages 30 à 33 de l'annexe sur les maladies graves.

Admissibilité à la couverture

- Vous avez moins de 65 ans.
- Vous êtes un(e) résident(e) canadien(ne).
- Vous êtes membre en règle de l'association.
- Vous travaillez au moins 25 heures par semaine.

Quels sont les coûts?

Assurance contre les maladies graves pour membre ou conjoint(e)

Prime mensuelle par tranches de 25 000 $ de prestations
Couverture de 25 000 $ à concurrence de 250 000 $

Âge	Homme non-fumeur	Femme non-fumeuse	Homme fumeur	Femme fumeuse
Moins de 30 ans	3,30 $	3,30 $	3,90 $	3,80 $
30 à 34 ans	4,50	5,50	6,10	7,60
35 à 39 ans	5,50	7,00	8,20	10,70
40 à 44 ans	8,10	9,40	14,20	17,30
45 à 49 ans	13,90	13,30	28,40	27,70
50 à 54 ans	23,10	18,30	52,40	39,10
55 à 59 ans	36,10	24,30	87,90	51,00
60 à 64 ans	58,70	34,10	140,30	64,80
65 à 70 ans*	110,50	57,80	243,40	101,20

* Pour les personnes âgées de 65 ans ou plus, il s'agit des taux de renouvellement seulement.

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?

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

- Tentative de suicide ou blessure que la personne assurée s’est elle-même infligée, qu’elle ait eu ou non la capacité de formuler l’intention spécifique de poser ce geste ou qu’elle ait souffert ou non d’une maladie mentale l’empêchant de connaître ou de comprendre les conséquences de son geste
- Participation volontaire à une émeute ou à l’exécution d’un acte de désobéissance civile
- Guerre, insurrection ou rébellion
- Perpétration ou tentative de 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
- Décès de la personne assurée au cours de la période de survie indiquée dans la définition détaillée

Assurance-maladie complémentaire et assurance dentaire

Le forfait assurance-maladie complémentaire et assurance dentaire de votre association vous offre de nombreuses options. Que vous souhaitiez une couverture médicale et dentaire supplémentaire, ou que vous cherchiez à réduire les frais non couverts pour votre famille, vous pouvez choisir le niveau de soins qui vous convient. En tant que membre, vous pouvez profiter des taux d'assurance collective.

À propos de la couverture

Cinq types de régimes vous sont offerts. Choisissez l'option qui vous convient le mieux, à vous et à votre famille.

La couverture est par membre de la famille couvert, par année de régime, sauf indication contraire.

Précisions sur la couverture

Assurance-maladie complémentaire

Options	De base	Standard	Standard Plus	Amélioré	Amélioré Plus
Médicaments sur ordonnance	70 %	Pour les premiers 1 000 $ de dépenses, vous recevez un remboursement de 70 %. Une fois que vous avez eu 1 000 $ de dépenses, vous êtes remboursé(e) pour 80 % de vos dépenses.	Pour les premiers 800 $ de dépenses, vous recevez un remboursement de 70 %. Une fois que vous avez eu 800 $ de dépenses, vous êtes remboursé(e) pour 80 % de vos dépenses.	Pour les premiers 3 000 $ de dépenses, vous recevez un remboursement de 80 %. Une fois que vous avez eu 3 000 $ de dépenses, vous êtes remboursé(e) pour 90 % de vos dépenses.	Pour les premiers 3 000 $ de dépenses, vous recevez un remboursement de 80 %. Une fois que vous avez eu 3 000 $ de dépenses, vous êtes remboursé(e) pour 90 % de vos dépenses.
Plafond des frais d'exécution d'ordonnance	100 % jusqu'à 6,50 $ par ordonnance ou renouvellement	100 % jusqu'à 6,50 $ par ordonnance ou renouvellement	100 % jusqu'à 6,50 $ par ordonnance ou renouvellement	80 % Aucun maximum	80 % Aucun maximum
Contraceptifs oraux	Non couverts	Non couverts	Non couverts	Couverts	Couverts
Maximum par année de régime	750 $ par personne	5 000 $ par personne	3 500 $ par personne	12 000 $ par personne	12 000 $ par personne
Frais d'hospitalisation dans votre province	Non couverts	80 %	80 %	90 %	90 %
Frais pour hôpital de convalescence	Non couverts	Non couverts	Non couverts	Non couverts	Couverts
Frais engagés hors de votre province[1]	Non couverts	100 %	100 %	100 %	100 %
Assistance voyage en cas d'urgence	Non couverte	15 premiers jours	20 premiers jours	30 premiers jours	30 premiers jours

1. Exclut les affections médicales instables qui existaient au cours des neuf mois précédant votre voyage.

Assurance-maladie complémentaire

Options	De base	Standard	Standard Plus	Amélioré	Amélioré Plus
Services et articles médicaux	70 %	80 %	80 %	90 %	90 %
Maximum combiné par année de régime	1 000 $ par personne	1 500 $ par personne	1 500 $ par personne	2 000 $ par personne	2 000 $ par personne
Maximum à vie	20 000 $	20 000 $	20 000 $	20 000 $	20 000 $
Maximum par année de régime pour services d'IRM et autres services d'imagerie (au Québec seulement)	750 $ par personne	1 000 $ par personne	1 000 $ par personne	1 200 $ par personne	1 200 $ par personne
Maximum pour perruques par personne	100 $ par année de référence	500 $ à vie	500 $ à vie	500 $ à vie	500 $ à vie
Maximum à vie pour lits d'hôpital	À concurrence du maximum à vie indiqué ci-dessus	1 000 $ par personne	1 000 $ par personne	1 200 $ par personne	1 200 $ par personne
Maximum à vie pour fauteuils roulants	1 000 $ par personne	1 000 $ par personne	1 000 $ par personne	1 200 $ par personne	1 200 $ par personne
Maximum par année de régime pour plâtres, attelles, bandages herniaires, cannes et béquilles	À concurrence du maximum combiné par année de régime indiqué ci-dessus	500 $ par personne	500 $ par personne	500 $ par personne	500 $ par personne
Maximum par année de régime pour prothèse mammaire	À concurrence du maximum combiné par année de régime indiqué ci-dessus	200 $ par personne	200 $ par personne	200 $ par personne	200 $ par personne
Maximum par année de régime pour orthèses de pied et chaussures orthopédiques[2]	250 $ par personne	250 $ par personne	250 $ par personne	300 $ par personne	300 $ par personne
Maximum pour glucomètres par période de 5 ans	150 $ par personne	300 $ par personne	300 $ par personne	300 $ par personne	300 $ par personne

2. Doit être prescrit par un médecin, un podiatre, un chiropodiste ou un chiropraticien.

Assurance-maladie complémentaire

Options	De base	Standard	Standard Plus	Amélioré	Amélioré Plus
Soins infirmiers en service privé à domicile[3]	70 %	80 %	80 %	90 %	90 %
Maximum par année de régime	2 500 $ par personne	5 000 $ par personne	5 000 $ par personne	7 500 $ par personne	7 500 $ par personne
Maximum à vie	10 000 $ par personne	15 000 $ par personne	15 000 $ par personne	20 000 $ par personne	20 000 $ par personne
Services d'ambulance[4]	70 %	80 %	80 %	90 %	90 %
Soins dentaires consécutifs à un accident	70 %	80 %	80 %	90 %	90 %
Maximum	2 000 $ par accident	2 500 $ par accident	2 500 $ par accident	3 000 $ par accident	3 000 $ par accident
Prothèses auditives[5]	70 %	80 %	80 %	90 %	90 %
Maximum par période de 5 ans	350 $ par personne	400 $ par personne	450 $ par personne	550 $ par personne	550 $ par personne
Services paramédicaux[6]	70 %	80 %	80 %	90 %	90 %
Maximum par année de régime, par spécialité	350 $ par personne	480 $ par personne	480 $ par personne	600 $ par personne	600 $ par personne
Maximum combiné par année de régime	600 $ par personne	800 $ par personne	800 $ par personne	1 000 $ par personne	1 000 $ par personne
Soins de la vue Délai de carence	Aucun (examen de la vue seulement)	1 an	1 an	1 an	1 an
Maximum pour les 2 années de régime[7]	—	100 % 150 $ par personne	100 % 150 $ par personne	100 % 250 $ par personne	100 % 250 $ par personne
Maximum à vie par personne pour l'assurance-maladie complémentaire					
Urgences hors province	Non couvertes	3 000 000 $	3 000 000 $	3 000 000 $	3 000 000 $
Toutes les autres dépenses	100 000 $	300 000 $	300 000 $	500 000 $	500 000 $

3. Votre traitement doit nécessiter le niveau d'expertise d'un membre du personnel infirmier.

4. Service d'ambulance terrestre ou aérienne d'urgence autorisée vers l'hôpital le plus proche équipé pour fournir le traitement requis.

5. Comprend l'achat et les réparations.

6. Couvre les services fournis par les praticiens autorisés suivants : acupuncteurs, audiologistes, chiropraticiens, ergothérapeutes, physiothérapeutes ou travailleurs sociaux, psychothérapeutes, psychologues, massothérapeutes, naturopathes, ostéopathes ligne suivante orthophonistes.

7. Comprend la correction de la vision par le laser, les lunettes, les lunettes solaires d'ordonnance et les lentilles cornéennes. L'examen de la vue comprend jusqu'à 50 $ par personne par année de régime pour une personne de moins de 18 ans ou pour les 2 années de régime pour toute autre personne.

Assurance dentaire

Options	De base	Standard	Standard Plus	Amélioré	Amélioré Plus
Soins préventifs et de base Délai de carence	Non couverts	Non couverts	70 % 3 mois **Comprend :** • Examens buccaux • Radiographies • Analyses et laboratoires • Polissage • Détartrage et surfaçage radiculaire • Consultation • Mainteneurs d'espace • Instructions d'hygiène bucco-dentaire tous les neuf mois • Services d'urgence ou palliatifs • Produits de scellement des puits et fissures. Seuls les enfants de moins de 19 ans sont couverts pour ce traitement. • Obturations, broches de rétention • Restaurations préfabriquées en métal ou en plastique	Non couverts	80 % 3 mois **Comprend :** • Examens buccaux • Radiographies • Analyses et laboratoires • Polissage • Détartrage et surfaçage radiculaire • Consultation • Mainteneurs d'espace • Instructions d'hygiène bucco-dentaire tous les neuf mois • Services d'urgence ou palliatifs • Produits de scellement des puits et fissures. Seuls les enfants de moins de 19 ans sont couverts pour ce traitement. • Obturations, broches de rétention
Soins majeurs Laisser plus d'espace avant cette ligne carence	Non couverts	Non couverts	Non couverts	Non couverts	50 % 6 mois **Comprend :** • Endodontie – traitement de canal • Chirurgie buccale • Services chirurgicaux connexes (anesthésie) • Parodontie • Réparation, regarnissage ou rebasage de prothèses dentaires • Reconstitution majeure • Prosthodontie

Assurance dentaire

Options	De base	Standard	Standard Plus	Amélioré	Amélioré Plus
Orthodontie Laisser plus d'espace avant cette ligne carence	Non couverte	Non couverte	Non couverte	Non couverte	60 % 1 an **Comprend :** • Examens (y compris les services de diagnostic orthodontique et les appareils fixes ou amovibles comme les appareils orthodontiques) • Services d'orthodontie interceptive, interventive ou préventive, autres que les mainteneurs d'espace (procédures dentaires préventives) • Traitement orthodontique complet, à l'aide d'un appareil amovible ou fixe, ou une combinaison des deux • Cela comprend les procédures diagnostiques, le traitement formel et la rétention
Maximum pour les soins dentaires Par année de régime, par personne	Non couverts	Non couverts	750 $ pour la prévention et les soins de base combinés	Non couverts	750 $ pour la prévention et les soins de base combinés 500 $ pour les soins majeurs
Prestation viagère par personne	Non couverts	Non couverts	Non couverts	Non couverts	1 500 $ pour l'orthodontie
Changements de la période de blocage dans les options[8]	2 ans	2 ans	2 ans	2 ans	2 ans

8. Sous réserve de la période de blocage indiquée ci-dessus, vous pouvez changer d'option à l'anniversaire de la police. Une preuve d'assurabilité est requise si vous passez à une option supérieure.

Admissibilité à la couverture

- Vous avez moins de 75 ans.
- Vous êtes un(e) résident(e) canadien(ne).
- Vous êtes membre en règle de l'association.
- Vous travaillez au moins 25 heures par semaine.
- Pour être admissible à cette couverture, vous et toute personne à charge que vous souhaitez assurer devez également détenir une assurance maladie provinciale.
- **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 d'association paiera le montant admissible restant. Le pourcentage de remboursement et la franchise de la RAMQ s'appliquent.
- Si vous êtes couvert(e) par ce régime et par un autre (par exemple, le régime d'assurance de votre conjoint[e]), votre couverture d'association paiera selon les règles de coordination standard des prestations.

Quels sont les coûts?

Assurance-maladie complémentaire et assurance dentaire – option 1 (régime de base)

Prime mensuelle

Couverture individuelle

Tranche d'âge	Alb.	C.-B.	Man.	N.-B.	T.-N.-L.	N.-É.	Ont.	Î.-P.-É.	Qc	Sask.	T.N.-O., Nt et Yn
Moins de 30 ans	64,90 $	63,00 $	67,00 $	76,80 $	73,40 $	73,40 $	69,90 $	73,40 $	59,50 $	67,00 $	76,80 $
30 à 44 ans	68,10	66,20	70,50	80,70	77,20	77,20	73,40	77,20	62,40	70,50	80,70
45 à 54 ans	72,90	70,80	75,40	86,30	82,40	82,40	78,60	82,40	66,80	75,40	86,30
55 à 59 ans	79,50	77,20	82,10	94,20	90,00	90,00	85,70	90,00	72,90	82,10	94,20
60 à 64 ans	88,10	85,70	91,10	104,50	99,90	99,90	95,10	99,90	81,00	91,10	104,50
65 à 69 ans	73,30	71,20	75,70	109,60	83,00	83,00	79,10	83,00	76,80	75,70	86,70
70 à 74 ans	77,10	74,70	79,50	115,10	86,90	86,90	83,00	86,90	80,70	79,50	91,00

Couple (taux par personne)

Tranche d'âge	Alb.	C.-B.	Man.	N.-B.	T.-N.-L.	N.-É.	Ont.	Î.-P.-É.	Qc	Sask.	T.N.-O., Nt et Yn
Moins de 30 ans	61,70 $	59,90 $	63,70 $	72,90 $	69,80 $	69,80 $	66,40 $	69,80 $	56,50 $	63,70 $	72,90 $
30 à 44 ans	64,70	62,70	66,80	76,70	73,30	73,30	69,80	73,30	59,20	66,80	76,70
45 à 54 ans	69,20	67,30	71,70	82,10	78,40	78,40	74,70	78,40	63,50	71,70	82,10
55 à 59 ans	75,60	73,30	78,00	89,50	85,60	85,60	81,50	85,60	69,20	78,00	89,50
60 à 64 ans	83,70	81,50	86,50	99,30	94,90	94,90	90,30	94,90	76,80	86,50	99,30
65 à 69 ans	69,60	67,60	72,00	104,10	78,80	78,80	75,10	78,80	72,90	72,00	82,40
70 à 74 ans	73,10	70,90	75,60	109,50	82,50	82,50	78,80	82,50	76,70	75,60	86,30

Enfant (taux par personne)

Alb.	C.-B.	Man.	N.-B.	T.-N.-L.	N.-É.	Ont.	Î.-P.-É.	Qc	Sask.	T.N.-O., Nt et Yn
25,90 $	25,20 $	26,80 $	30,80 $	29,40 $	29,40 $	28,00 $	29,40 $	23,70 $	26,80 $	30,80 $

Assurance-maladie complémentaire et assurance dentaire – option 2 (régime Standard)

Prime mensuelle

Couverture individuelle

Tranche d'âge	Alb.	C.-B.	Man.	N.-B.	T.-N.-L.	N.-É.	Ont.	Î.-P.-É.	Qc	Sask.	T.N.-O., Nt et Yn
Moins de 30 ans	115,80 $	113,30 $	117,10 $	129,50 $	128,30 $	128,30 $	123,30 $	128,30 $	104,90 $	117,10 $	129,50 $
30 à 44 ans	119,40	116,80	120,60	133,20	132,20	132,20	127,10	132,20	107,90	120,60	133,20
45 à 54 ans	129,00	126,10	130,20	144,10	142,80	142,80	137,00	142,80	116,80	130,20	144,10
55 à 59 ans	143,90	140,70	145,20	160,50	159,30	159,30	152,80	159,30	130,20	145,20	160,50
60 à 64 ans	163,30	159,60	164,70	182,30	180,80	180,80	173,60	180,80	147,80	164,70	182,30
65 à 69 ans	135,70	132,50	136,60	191,20	150,00	150,00	144,10	150,00	140,40	136,60	151,20
70 à 74 ans	150,40	147,00	151,70	212,30	166,60	166,60	159,90	166,60	155,80	151,70	167,80

Couple (taux par personne)

Tranche d'âge	Alb.	C.-B.	Man.	N.-B.	T.-N.-L.	N.-É.	Ont.	Î.-P.-É.	Qc	Sask.	T.N.-O., Nt et Yn
Moins de 30 ans	109,90 $	107,60 $	111,20 $	123,20 $	121,90 $	121,90 $	117,10 $	121,90 $	99,50 $	111,20 $	123,20 $
30 à 44 ans	113,30	110,90	114,70	126,60	125,70	125,70	120,60	125,70	102,80	114,70	126,60
45 à 54 ans	122,60	119,80	123,60	136,70	135,80	135,80	130,20	135,80	110,90	123,60	136,70
55 à 59 ans	136,60	133,70	137,90	152,50	151,40	151,40	145,30	151,40	123,60	137,90	152,50
60 à 64 ans	155,10	151,70	156,50	173,30	171,70	171,70	164,90	171,70	140,40	156,50	173,30
65 à 69 ans	128,70	126,00	129,90	181,50	142,60	142,60	136,70	142,60	133,10	129,90	143,50
70 à 74 ans	142,90	139,80	144,10	201,80	158,20	158,20	151,80	158,20	147,90	144,10	159,50

Enfant (taux par personne)

Alb.	C.-B.	Man.	N.-B.	T.-N.-L.	N.-É.	Ont.	Î.-P.-É.	Qc	Sask.	T.N.-O., Nt et Yn
34,90 $	33,90 $	35,20 $	38,90 $	38,40 $	38,40 $	37,10 $	38,40 $	31,40 $	35,20 $	38,90 $

Assurance-maladie complémentaire et assurance dentaire – option 3 (régime Standard Plus)

Prime mensuelle

Couverture individuelle

Tranche d'âge	Alb.	C.-B.	Man.	N.-B.	T.-N.-L.	N.-É.	Ont.	Î.-P.-É.	Qc	Sask.	T.N.-O., Nt et Yn
Moins de 30 ans	147,00 $	142,30 $	137,40 $	167,80 $	137,40 $	137,40 $	159,90 $	137,40 $	136,00 $	137,40 $	167,80 $
30 à 44 ans	154,40	149,40	144,50	176,10	144,50	144,50	167,80	144,50	142,60	144,50	176,10
45 à 54 ans	166,80	161,30	155,90	190,20	155,90	155,90	181,20	155,90	154,00	155,90	190,20
55 à 59 ans	183,40	177,30	171,60	209,20	171,60	171,60	199,30	171,60	169,50	171,60	209,20
60 à 64 ans	205,40	198,70	192,20	234,20	192,20	192,20	223,30	192,20	189,70	192,20	234,20
65 à 69 ans	176,70	170,90	165,20	245,90	165,20	165,20	192,20	165,20	180,50	165,20	201,30
70 à 74 ans	194,50	187,80	181,50	270,60	181,50	181,50	211,30	181,50	198,60	181,50	221,70

Couple (taux par personne)

Tranche d'âge	Alb.	C.-B.	Man.	N.-B.	T.-N.-L.	N.-É.	Ont.	Î.-P.-É.	Qc	Sask.	T.N.-O., Nt et Yn
Moins de 30 ans	139,80 $	135,10 $	130,50 $	159,50 $	130,50 $	130,50 $	151,80 $	130,50 $	129,20 $	130,50 $	159,50 $
30 à 44 ans	146,70	141,90	137,00	167,40	137,00	137,00	159,50	137,00	135,70	137,00	167,40
45 à 54 ans	158,40	153,40	148,20	180,60	148,20	148,20	172,20	148,20	146,30	148,20	180,60
55 à 59 ans	174,20	168,50	163,10	198,70	163,10	163,10	189,40	163,10	161,00	163,10	198,70
60 à 64 ans	195,20	188,80	182,60	222,50	182,60	182,60	212,20	182,60	180,50	182,60	222,50
65 à 69 ans	167,80	162,30	156,90	233,60	156,90	156,90	182,60	156,90	171,40	156,90	191,20
70 à 74 ans	184,70	178,50	172,60	257,10	172,60	172,60	200,70	172,60	188,70	172,60	210,60

Enfant (taux par personne)

Alb.	C.-B.	Man.	N.-B.	T.-N.-L.	N.-É.	Ont.	Î.-P.-É.	Qc	Sask.	T.N.-O., Nt et Yn
39,70 $	38,40 $	37,10 $	45,30 $	37,10 $	37,10 $	43,20 $	37,10 $	36,80 $	37,10 $	45,30 $

Assurance-maladie complémentaire et assurance dentaire – option 4 (régime Amélioré)

Prime mensuelle

Couverture individuelle

Tranche d'âge	Alb.	C.-B.	Man.	N.-B.	T.-N.-L.	N.-É.	Ont.	Î.-P.-É.	Qc	Sask.	T.N.-O., Nt et Yn
Moins de 30 ans	187,00 $	180,90 $	177,00 $	202,70 $	200,70 $	200,70 $	196,70 $	200,70 $	167,40 $	177,00 $	202,70 $
30 à 44 ans	196,40	190,10	185,90	212,60	210,70	210,70	206,50	210,70	175,70	185,90	212,60
45 à 54 ans	214,10	207,00	202,70	231,80	229,70	229,70	225,10	229,70	191,40	202,70	231,80
55 à 59 ans	237,70	229,70	225,00	257,50	254,90	254,90	249,90	254,90	212,50	225,00	257,50
60 à 64 ans	268,60	259,60	254,20	291,00	288,10	288,10	282,50	288,10	240,10	254,20	291,00
65 à 69 ans	220,20	212,90	208,50	305,60	236,30	236,30	231,50	236,30	228,10	208,50	238,70
70 à 74 ans	242,10	234,20	229,40	336,00	259,90	259,90	254,80	259,90	251,10	229,40	262,60

Couple (taux par personne)

Tranche d'âge	Alb.	C.-B.	Man.	N.-B.	T.-N.-L.	N.-É.	Ont.	Î.-P.-É.	Qc	Sask.	T.N.-O., Nt et Yn
Moins de 30 ans	177,60 $	171,90 $	168,10 $	192,50 $	190,50 $	190,50 $	187,00 $	190,50 $	159,00 $	168,10 $	192,50 $
30 à 44 ans	186,70	180,50	176,70	202,10	200,30	200,30	196,20	200,30	167,00	176,70	202,10
45 à 54 ans	203,40	196,70	192,50	220,30	218,20	218,20	214,00	218,20	181,80	192,50	220,30
55 à 59 ans	225,80	218,20	213,80	244,50	242,10	242,10	237,60	242,10	202,00	213,80	244,50
60 à 64 ans	255,20	246,60	241,50	276,40	273,70	273,70	268,30	273,70	228,10	241,50	276,40
65 à 69 ans	209,20	202,30	198,00	290,20	224,40	224,40	220,00	224,40	216,70	198,00	226,70
70 à 74 ans	230,10	222,50	217,90	319,20	247,00	247,00	242,00	247,00	238,40	217,90	249,40

Enfant (taux par personne)

Alb.	C.-B.	Man.	N.-B.	T.-N.-L.	N.-É.	Ont.	Î.-P.-É.	Qc	Sask.	T.N.-O., Nt et Yn
50,60 $	48,70 $	47,70 $	54,70 $	54,20 $	54,20 $	53,00 $	54,20 $	45,30 $	47,70 $	54,70 $

Assurance-maladie complémentaire et assurance dentaire – option 5 (régime Amélioré Plus)

Prime mensuelle

Couverture individuelle

Tranche d'âge	Alb.	C.-B.	Man.	N.-B.	T.-N.-L.	N.-É.	Ont.	Î.-P.-É.	Qc	Sask.	T.N.-O., Nt et Yn
Moins de 30 ans	256,70 $	248,40 $	240,00 $	293,10 $	240,00 $	240,00 $	279,10 $	240,00 $	237,30 $	240,00 $	293,10 $
30 à 44 ans	269,40	260,70	252,00	307,90	252,00	252,00	293,10	252,00	249,10	252,00	307,90
45 à 54 ans	304,40	294,60	284,90	348,00	284,90	284,90	331,20	284,90	281,60	284,90	348,00
55 à 59 ans	335,00	324,00	313,40	382,60	313,40	313,40	364,40	313,40	309,60	313,40	382,60
60 à 64 ans	375,30	363,00	351,00	428,50	351,00	351,00	407,90	351,00	346,90	351,00	428,50
65 à 69 ans	319,00	308,50	298,30	450,00	298,30	298,30	346,80	298,30	329,50	298,30	364,40
70 à 74 ans	354,20	342,40	331,20	499,70	331,20	331,20	385,00	331,20	365,80	331,20	404,50

Couple (taux par personne)

Tranche d'âge	Alb.	C.-B.	Man.	N.-B.	T.-N.-L.	N.-É.	Ont.	Î.-P.-É.	Qc	Sask.	T.N.-O., Nt et Yn
Moins de 30 ans	243,90 $	235,90 $	228,00 $	278,40 $	228,00 $	228,00 $	265,00 $	228,00 $	225,30 $	228,00 $	278,40 $
30 à 44 ans	256,00	247,80	239,50	292,40	239,50	239,50	278,40	239,50	236,70	239,50	292,40
45 à 54 ans	289,10	279,90	270,70	330,50	270,70	270,70	314,80	270,70	267,40	270,70	330,50
55 à 59 ans	318,20	308,00	297,90	363,50	297,90	297,90	346,20	297,90	294,20	297,90	363,50
60 à 64 ans	356,50	344,80	333,50	407,20	333,50	333,50	387,70	333,50	329,50	333,50	407,20
65 à 69 ans	303,00	293,10	283,60	427,50	283,60	283,60	329,40	283,60	313,10	283,60	346,20
70 à 74 ans	336,40	325,40	314,80	474,60	314,80	314,80	365,80	314,80	347,60	314,80	384,20

Enfant (taux par personne)

Alb.	C.-B.	Man.	N.-B.	T.-N.-L.	N.-É.	Ont.	Î.-P.-É.	Qc	Sask.	T.N.-O., Nt et Yn
69,50 $	67,00 $	64,70 $	79,20 $	64,70 $	64,70 $	75,40 $	64,70 $	64,10 $	64,70 $	79,20 $

Les taux sont calculés en fonction de votre âge et de votre genre 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?

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

- Services ou articles couverts ou disponibles (sans égard aux listes d’attente) au titre de tout régime ou programme parrainé par l’État
- Services ou fournitures qui dépassent les coûts raisonnables et les tarifs habituels lorsqu’ils sont fournis
- Équipement que Securian Canada considère comme inadmissible, y compris, mais sans s’y limiter : matelas orthopédiques, équipement d’exercice, équipement de climatisation ou d’épuration d’air, baignoires à 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
- Services ou articles qui seraient normalement gratuits
- Services ou articles que la personne assurée utilise de sa propre initiative ou qui sont prescrits par une personne qui vit avec la personne assurée, ou qui a des liens de sang ou de mariage avec la personne assurée
- Blessures provoquées intentionnellement par la personne assurée ou tentative de suicide, que la personne soit saine d’esprit ou non
- Participation volontaire à une émeute ou à l’exécution d’un acte de désobéissance civile
- Guerre, insurrection ou rébellion
- Perpétration ou tentative de perpétration d’un crime

Assurance frais généraux professionnels

Si vous êtes malade, quel est votre plan pour maintenir votre entreprise en bonne santé? L'assurance frais généraux professionnels (FGP) signifie que vous n'avez pas à vous soucier de certaines de vos dépenses de bureau si vous devez vous absenter pour vous rétablir d'une maladie ou d'un accident.

À propos de la couverture

Vous pouvez demander une prestation mensuelle allant de 500 $ à 5 000 $, par tranches de 100 $. Lorsque vous avez une assurance FGP en vertu d'un autre régime d'assurance, Securian Canada paiera une part proportionnelle des dépenses.

Voici une liste de ce qui est couvert et non couvert par l'assurance FGP de ligne suivante association :

Ce qui est couvert	Ce qui n'est pas couvert
• Salaires du personnel • Loyer • Chauffage, eau, électricité et téléphone • Dépréciation • Autres dépenses fixes normalement liées à l'exploitation d'un bureau, y compris les taxes et les intérêts hypothécaires 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

Admissibilité à la couverture

- Vous avez moins de 60 ans.
- Vous êtes un(e) résident(e) canadien(ne).
- Vous êtes membre en règle de l'association.
- Vous travaillez au moins 25 heures par semaine.

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

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

Obtention d'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.

Le paiement est réduit d'un montant équivalant à 50 pour cent de votre salaire lorsque vous retournez au travail et de tout autre montant qui vous est payable en vertu d'autres programmes de couverture, gouvernementaux ou d'association.

Securian Canada doit approuver votre prestation partielle.

Quels sont les coûts?

Assurance frais généraux professionnels

Taux mensuels par tranches de 100 $
Couverture de 500 $ à 5 000 $
Délai de carence (DC)

Âge	DC 14 jours, homme	DC 14 jours, femme	DC 30 joursm, homme	DC 30 jours, femme
Moins de 30 ans	0,68 $	0,90 $	0,59 $	0,70 $
30 à 34 ans	0,73	0,97	0,63	0,80
35 à 39 ans	0,75	1,00	0,65	0,90
40 à 44 ans	0,85	1,25	0,75	1,15
45 à 49 ans	1,10	1,45	0,90	1,35
50 à 54 ans	1,45	1,60	1,20	1,45
55 à 59 ans	2,00	1,90	1,65	1,55
60 à 64* ans	2,65	2,30	2,15	1,75

* Taux de renouvellement seulement

Les taux sont calculés en fonction de votre âge et de votre genre 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?

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

- Guerre déclarée ou non, insurrection ou rébellion
- Participation volontaire à une émeute ou à l'exécution d'un acte de désobéissance civile
- Blessure que la personne assurée s'est elle-même infligée, qu'elle ait eu ou non la capacité de formuler l'intention spécifique de poser ce geste ou qu'elle ait souffert ou non d'une maladie mentale l'empêchant de connaître ou de comprendre les conséquences de son geste
- Perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel
- Grossesse et/ou accouchement normaux

Quand votre couverture prendra-t-elle fin?

Votre couverture prend fin :

- À votre 75ème anniversaire de naissance pour l'assurance-vie, l'assurance-maldie complémentaire et l'assurance dentaire
- À votre 70ème anniversaire de naissance pour l'assurance DMA et l'AMG
- À votre 65ème anniversaire de naissance (moins le délai de carence) pour l'ILD et l'assurance FGP
- À la date à laquelle le régime prend fin
- À la date d'échéance de la prime si vous ne payez pas la prime (bien qu'il y ait un délai de grâce)
- Si vous annulez votre couverture
- Lorsque vous ne vivez plus au Canada
- À la date de votre décès
- En cas de maladie grave, à la date à laquelle toute prestation de maladie grave vous est versée
- À la date à laquelle vous ne travaillez plus activement
- À la date à laquelle vous n'êtes plus couvert(e) par l'ILD pour l'assurance FGP
- À la date à laquelle vous n'êtes plus admissible aux prestations en vertu d'un régime provincial d'assurance-maladie ou d'un régime du gouvernement fédéral qui offre des prestations similaires pour l'assurance-maladie complémentaire

La couverture de votre conjoint(e) prend fin :

- À votre 75ème anniversaire de naissance pour l'assurance-vie, l'assurance-maladie complémentaire et l'assurance dentaire
- À votre 70ème anniversaire de naissance pour l'assurance DMA et l'AMG
- À la date à laquelle votre couverture prend fin
- À la date d'échéance de la prime si vous ne payez pas la prime (bien qu'il y ait un délai de grâce)
- Lorsque votre conjoint(e) ne vit plus au Canada
- À la date à laquelle le régime ne comprend plus de couverture pour votre conjoint(e)
- À la date à laquelle votre conjoint(e) ne répond plus à la définition requise
- En cas de maladie grave, à la date à laquelle toute prestation de maladie grave est versée à votre conjoint(e)
- À la date à laquelle votre conjoint(e) n'est plus admissible aux prestations en vertu d'un régime provincial d'assurance-maladie ou d'un régime du gouvernement fédéral qui offre des prestations similaires pour l'assurance-maladie complémentaire

La couverture de votre ou vos enfants à charge prend fin :

- À la date à laquelle votre couverture prend fin
- À la date d'échéance de la prime si vous ne payez pas la prime (bien qu'il y ait un délai de grâce)
- Lorsque votre enfant ne vit plus au Canada
- À la date à laquelle votre régime ne comprend plus la couverture des personnes à charge
- À la date à laquelle l'enfant ne répond plus à la définition requise
- À la date à laquelle votre enfant n'est plus admissible aux prestations en vertu d'un régime provincial d'assurance-maladie ou d'un régime du gouvernement fédéral qui offre des prestations similaires pour l'assurance-maladie complémentaire

Toute couverture ne prend effet qu'une fois la demande approuvée et le paiement de la prime reçu. Cette brochure présente les faits saillants, mais pas tous les détails du programme d'assurance de l'OAMHP. 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/oamhp/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?

Veuillez nous appeler au **1 877 363-2773**

Du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h, HE

Annexe pour les maladies graves couvertes

Maladies couvertes	Description
Cécité	Un diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la vision des deux yeux mise en ligne suivante par : a. une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins dans les deux yeux; ou b. un champ visuel de moins de 20 degrés dans les deux yeux. Le diagnostic de cécité doit être posé par un médecin spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant les 30 jours qui suivent la date du diagnostic.
Cancer (mettant la vie en danger)	Un diagnostic définitif d'une tumeur qui doit être 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 ligne suivante 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 n'est payable en cas de récidive ou de métastases 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 pour les types suivants : a. lésions décrites comme bénignes, précancéreuses, incertaines, limites, non invasives, carcinome in situ (Tis) ou tumeurs classées comme Ta; b. 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; c. tout cancer de la peau sans mélanome, sans métastases à un ganglion lymphatique ou ligne suivante distance; d. cancer de la prostate classé comme présentant l'une ou l'autre des affections suivantes : i. cancer papillaire de la thyroïde ou 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; ii. leucémie lymphoïde chronique classée moins que le stade 1 de Rai; iii. 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 Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable et la couverture de la personne assurée pour le cancer prendra fin si, dans les 90 premiers jours suivant la dernière des éventualités suivantes, à : a. la date où la demande de couverture a été signée pour le présent contrat; ou b. la date d'entrée en vigueur de la couverture de la personne assurée, la personne assurée présente l'un des éléments suivants : i. signes, 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; ii. un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans cette police d'assurance).

Maladies couvertes	Description
Cancer (mettant la vie en danger) **(suite)**	Si l'assurance de la personne assurée relative au cancer prend fin, l'assurance prévue pour toutes les autres affections couvertes demeure toutefois en vigueur. Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tout signe, tout symptôme ou toute investigation menant au diagnostic doivent être signalés à la Compagnie dans les six mois suivant la date du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis au cours de cette période, la Compagnie a le droit de refuser toute demande de règlement pour un cancer ou toute maladie grave causée par un cancer ou son traitement. Dans le cadre de la présente police d'assurance, les termes Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et AJCC Stade 2 doivent être appliqués comme définis dans le manuel de stadification du cancer de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC), 7ème édition, 2010. Dans le cadre de la présente police d'assurance, le terme « stadification Rai » doit être appliqué comme indiqué dans K.R. Rai, A. Sawitsky, E.P. Cronkite, A.D. Chanana, R.N. Levy et B.S. Pasternack : Stadification clinique de la leucémie lymphoïde chronique. *Sang.* 1975;46(2):219-34.
Pontage aorto-coronarien	Subir une opération cardiaque visant à corriger le rétrécissement ou le blocage d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen de pontage par greffe(s). L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un médecin spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant les 30 jours qui suivent la date de l'intervention chirurgicale. **Exclusions** Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable pour l'angioplastie, les interventions intra-artérielles, les interventions transcathéter par voie percutanée ou les interventions ligne suivante chirurgicales.
Surdité	Un diagnostic définitif de perte auditive totale et irréversible dans les deux oreilles, avec un seuil auditif de 90 décibels ou plus dans le seuil de parole de 500 à 3 000 hertz. Le diagnostic de surdité doit être posé par un médecin spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant les 30 jours qui suivent la date du diagnostic.
Crise cardiaque	Un 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 du myocarde, et présentant au moins un des éléments suivants : a. symptômes de crise cardiaque; b. nouvelles modifications électrocardiographiques (ECG) indiquant une crise cardiaque; c. apparition de nouvelles 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 : a. 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 de nouvelles ondes Q; ou b. 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.

Maladies couvertes	Description
Insuffisance rénale	Un diagnostic formel d'insuffisance rénale chronique irréversible (pour les deux reins), entraînant l'instauration d'une hémodialyse régulière, une dialyse péritonéale ou une transplantation rénale. Le diagnostic d'insuffisance rénale doit être posé par un médecin spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant les 30 jours qui suivent la date du diagnostic.
Perte d'autonomie	Un diagnostic formel d'incapacité totale à effectuer, par soi-même, au moins deux des six activités de la vie quotidienne suivantes pendant une période continue d'au moins 90 jours, sans possibilité raisonnable de rétablissement. Les activités de la vie courante sont : a. prendre son bain: capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'appareils fonctionnels; b. se vêtir – capacité d'enfiler et de retirer les vêtements, appareils orthodontiques, membres artificiels ou autres appareils chirurgicaux nécessaires, avec ou sans l'aide d'appareils fonctionnels; c. aller aux toilettes: capacité de monter sur la toilette et d'en descendre et de maintenir une hygiène personnelle avec ou sans l'aide d'appareils fonctionnels; d. maîtriser les fonctions urinaire et intestinale: capacité de maîtriser les fonctions intestinale et urinaire avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou appareils chirurgicaux, de façon à conserver un degré d'hygiène personnelle acceptable; e. se mouvoir: capacité de s'installer dans un lit, sur une chaise ou dans un fauteuil roulant, et de s'en lever avec ou sans l'aide d'appareils fonctionnels; f. se nourrir: capacité de consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies, avec ou sans l'aide d'appareils fonctionnels. Le diagnostic de perte d'autonomie doit être posé par un médecin spécialiste. Aucune période de survie supplémentaire n'est requise une fois que les conditions décrites ci-dessus sont satisfaites.
Transplantation d'un organe vital	Un diagnostic définitif d'insuffisance cardiaque irréversible, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse, et une greffe est médicalement nécessaire. Pour être admissible à une greffe d'organe vital, la personne assurée doit subir une intervention chirurgicale pour recevoir par greffe un cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse, et limitée à ces organes. Le diagnostic d'insuffisance d'organe vital doit être posé par un médecin spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant les 30 jours qui suivent la date de la greffe.
Sclérose en plaques	Un diagnostic formel d'au moins un des troubles suivants : a. au moins deux poussées cliniques distinctes, confirmées par un examen d'imagerie par résonnance magnétique (IRM) du système nerveux montrant des lésions multiples ligne suivante démyélinisation; b. anomalies neurologiques bien définies persistant pendant plus de six mois, confirmées par IRM du système nerveux qui démontre des lésions multiples de démyélinisation; c. une seule poussée confirmée par plusieurs IRM du système nerveux, montrant des lésions multiples de démyélinisation s'étant développées à des intervalles d'au moins un mois. Le diagnostic de sclérose en plaques doit être posé par un médecin spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant les 30 jours qui suivent la date du diagnostic.
Paralysie	Un diagnostic formel de perte totale de la fonction musculaire de deux membres ou plus, à la suite d'une blessure ou d'une maladie de la jonction nerveuse de ces membres, pendant une période d'au moins 90 jours après l'événement déclencheur. Le diagnostic de paralysie doit être posé par un médecin spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 90 jours après l'événement déclencheur.

Maladies couvertes	Description
Accident vasculaire cérébral	Un diagnostic définitif d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose ou une hémorragie intracrânienne, ou par une embolie d'origine extra-crânienne, avec : a. une apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques et b. de nouveaux déficits neurologiques objectifs à l'examen clinique persistant 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 : a. les accidents ischémiques transitoires; b. les événements vasculaires intracérébraux dus à un traumatisme; ou c. les infarctus lacunaires, qui ne répondent pas à la définition d'un accident vasculaire cérébral comme décrit ci-dessus.

Glossaire

Les enfants à votre charge : Vos enfants qui ne sont pas mariés ou engagés dans une autre union formelle reconnue par la loi, qui dépendent de vous ou de votre conjoint(e) pour leur subsistance et qui sont âgés de moins de 21 ans (25 ans si la personne à charge étudie à temps plein, et 26 ans au Québec), y compris les enfants adoptés et les beaux-enfants, ou les enfants de tout âge s'ils sont incapables de subvenir à leurs besoins en raison d'une incapacité physique ou mentale. Une fois que vous avez opté pour la couverture familiale, les nouveau-nés sont automatiquement couverts. Vous devez également être couvert(e) pour obtenir la couverture d'un enfant à charge.

Intégration des prestations : Lorsqu'une personne est couverte par un autre régime d'assurance qui offre une couverture semblable à celle offerte par la présente garantie, Securian Canada ne paiera que la part proportionnelle de la prestation.

Interrompre l'invalidité (après le délai de carence) : Une fois le délai de carence terminé, les périodes d'invalidité interrompues sont traitées comme une continuation de la même invalidité si aucune interruption n'est supérieure à six mois et que les invalidités sont dues aux mêmes causes ou à des causes connexes.

Prestation d'invalidité partielle : Si, immédiatement après une période d'invalidité totale pour laquelle des prestations ont été versées, la personne assurée trouve un emploi rémunéré sous la supervision d'un médecin et approuvé par la Compagnie, la personne assurée est admissible aux prestations mensuelles d'invalidité partielle.

Conjoint(e) : Votre conjoint(e) par mariage ou par toute autre union formelle reconnue par la loi; ou une personne du sexe opposé ou du même sexe qui est présentée publiquement comme votre conjoint(e) pour une période d'au moins 12 mois. Vous ne pouvez couvrir qu'une seule personne à titre de conjoint(e). La cessation de la cohabitation met fin à l'admissibilité du conjoint de fait ou de la conjointe de fait. Vous devez également être couvert(e) pour obtenir la couverture du conjoint ou de la conjointe.

Invalidité totale : Vous êtes considéré(e) comme totalement invalide si, pendant 180 jours, une maladie vous empêche d'exercer une activité professionnelle pour laquelle vous êtes ou pouvez devenir raisonnablement qualifié(e) par votre éducation, votre formation ou votre expérience.

Totalement invalide : Pendant le délai de carence et les 24 premiers mois, vous êtes considéré(e) comme totalement invalide si une maladie ou une blessure vous empêche d'accomplir les tâches essentielles de votre profession habituelle, si un(e) médecin vous suit régulièrement et si vous n'exercez pas d'activité rémunérée ailleurs, sauf dans le cadre du programme de retour à l'emploi.

Après 24 mois, vous êtes considéré(e) comme totalement invalide si une maladie ou une blessure vous empêche d'exercer une activité professionnelle (cette définition change si vous souscrivez l'avenant relatif à l'activité professionnelle propre) pour laquelle vous êtes qualifié(e) par votre éducation, votre formation ou votre expérience, si un(e) médecin vous suit régulièrement et si vous n'exercez pas d'activité rémunérée ailleurs, sauf dans le cadre du programme de retour à l'emploi.

Invalidité totale (pour l'assurance-vie) : Pendant 180 jours, vous n'êtes pas en mesure d'exercer une activité professionnelle pour laquelle vous êtes ou pourriez être qualifié(e) par l'éducation, la formation ou l'expérience.

Totalement invalide (pour l'assurance frais généraux professionnels) : Vous ne pouvez pas effectuer les parties essentielles de votre travail en raison d'une maladie ou d'une blessure, et vous n'exercez pas d'activité rémunérée ailleurs, sauf dans le cadre du programme de retour à l'emploi, si approuvé par Securian Canada. Vous devez aussi être suivi(e) régulièrement par un(e) médecin.

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.

F103528-6cf 2-2024 DOFU 6-2023
2922337