

Sommaire des garanties d'assurance collective

Assurance vie temporaire, assurance décès et mutilation par accident et assurance maladie grave

Ce sommaire des garanties d'assurance est conçu pour décrire les avantages qui sont disponibles en vertu de la police collective de Goose Insurance Services Inc. émise par l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers Inc. («**la Société**») et est disponible sur demande. En cas de divergence entre le certificat d'assurance de groupe, le présent document et les dispositions du contrat d'assurance collective, c'est ce dernier qui l'emporte. Tout droit d'une personne assurée aux garanties est régi uniquement par le contrat d'assurance collective, celui-ci pouvant toujours être modifié s'il y a lieu.

Table des matières

Définitions générales	2
Description du régime d'assurance	4
Assurance vie temporaire	4
Exclusions	5
Droit de transformation	5
Assurance décès et mutilation par accident (D&MA)	6
Exclusions	8
Assurance maladie grave	9
Limitations	10
Exclusions	11
Définitions des maladies ou affections couvertes	11
Services de gestion de traitements réclamations chez Tugo	18
Dispositions Générales	19
Bénéficiaire	19
Cessation de l'assurance	19
Coordination des prestations	19
Continuation spéciale pour les conjoints assurés	19
Garantie de remboursement	20
Demandes de règlement	20
Des questions?	20

Définitions générales

Accident s'entend d'un incident imprévu attribuable à des causes externes échappant à la volonté de la personne assurée et qui n'a pas été causé, directement ou indirectement, par un trouble physique ou mental, ou par un traitement de l'affection ou de la maladie. L'incident doit survenir alors que la police collective est en vigueur et doit être à la base de la demande de règlement.

Conjoint s'entend du conjoint légitime d'un membre. Le conjoint légal est une personne qui est légalement mariée et qui cohabite avec le membre et avec lequel il n'y a pas d'accord de séparation, officiel ou autre. Le conjoint légitime est une personne qui vit avec le membre maritalement depuis une période consécutive d'au moins 12 mois.

Conjoint assuré s'entend d'une personne assurée qui est un conjoint

Date du diagnostic s'entend de la date à laquelle un spécialiste pose, à l'égard de la personne assurée en cause, un diagnostic de maladie ou d'affection qui est couverte par la garantie maladies ou affections couvertes ou la garantie protection PrévenSoins.

Diagnostic s'entend d'un diagnostic, certifié par un spécialiste, à l'égard d'un la personne assurée en cause, de maladie ou d'affection qui est couverte par la garantie maladies ou affections couvertes ou la garantie protection PrévenSoins.

Enfants à charge s'entend de tout enfant naturel, beau-fils ou belle-fille du membre, ou tout enfant adopté légalement par le membre qui est âgé de plus de 14 jours et de moins de 21 ans, célibataire et entièrement à la charge du membre ou qui est âgé de moins de 25 ans, célibataire et entièrement à la charge du membre du fait qu'il poursuit des études à temps plein dans un institut, un collège ou une université reconnue.

Maladies ou affections couvertes en ce qui concerne un membre assuré, un conjoint assuré ou un enfant à charge assuré, sont l'accident vasculaire cérébral, l'anémie aplasique, les brûlures graves, le cancer (mettant la vie en danger), la cécité, la chirurgie de l'aorte, le coma, la crise cardiaque, la défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe, la démence, y compris la maladie d'Alzheimer, la greffe d'un organe vital, l'infection au VIH contracté au travail, l'insuffisance rénale, la maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques, la maladie du motoneurone, la méningite purulente, la paralysie, la perte d'autonomie, la perte de l'usage de la parole, la perte de membres, le pontage aortocoronarien, le remplacement ou la réparation d'une valvule cardiaque, la sclérose en plaques, la surdité et la tumeur cérébrale bénigne conformément à ce qui est défini plus loin sous la rubrique *Définitions des maladies ou affections couvertes*.

Maladies ou affections couvertes par la garantie protection PrévenSoins s'entend des troubles médicaux pour lesquels un membre assuré ou un conjoint assuré a droit à une prestation PrévenSoins aux termes de la police. Il s'agit de l'angioplastie coronarienne et du cancer en première phase selon qu'il est défini dans le présent document.

Membre s'entend d'une personne qui, au moment de la demande, a téléchargé et s'est enregistré sur l'application mobile de Goose Insurance Services Inc.

Membre assuré s'entend d'une personne assurée qui est un membre.

Offre spéciale (le cas échéant) signifie une assurance collective volontaire pour les membres admissibles et / ou leurs conjoints sur une base d'émission garantie pendant une période d'inscription ouverte spécifiée offerte par Goose Insurance Services Inc.

Personne assurée s'entend d'une personne qui est admissible à la couverture aux termes de la police et qui est assuré aux termes de la police.

Perte s'entend du sectionnement complet d'une main ou d'un pied ou poignet ou à la cheville, ou entre le poignet et le coude ou la cheville et le genou; du sectionnement complet d'un bras ou d'une jambe au coude ou au genou ou au-dessus du coude ou du genou; du sectionnement complet du pouce et des doigts d'une main à l'articulation métacarpo-phalangienne ou au-dessus de celle-ci; du sectionnement complet des orteils à l'articulation métatarso-phalangienne ou au-dessus de celle-ci; de la perte irréversible et complète de la vue d'un œil; de la perte irréversible et complète de l'usage de la parole; de la perte irréversible et complète de l'ouïe; et, par rapport à la quadriplégie, à la paraplégie et à l'hémiplégie, de la paralysie irréversible et permanente des membres atteints.

Perte fonctionnelle s'entend d'une perte permanente, totale et irréversible qui n'a connu aucune interruption dans les 12 mois suivant la date de l'accident qui en est la cause.

Spécialiste s'entend d'un médecin praticien autorisé qui a reçu la formation propre au domaine de spécialisation médicale pertinent à la garantie maladies ou affections

- qui a reçu la formation propre au domaine de spécialisation médicale pertinent à la garantie maladies ou affections couvertes ou la garantie protection PrévenSoins faisant l'objet d'une demande de prestations ;
- dont les compétences auront été certifiées par une commission d'examen appropriée ; et
- qui exerce actuellement sa profession dans son domaine de spécialisation au Canada ou aux États-Unis d'Amérique.

La définition de « spécialiste » comprend, sans s'y limiter : tout cardiologue, neurologue, néphrologue, oncologue, ophtalmologiste, spécialiste des brûlures et interniste. Le spécialiste ne peut être ni la personne assurée, ni un parent ou un associé d'affaire de celle-ci.

En l'absence ou en cas de non-disponibilité d'un spécialiste, et sous réserve de l'approbation de la société, une maladie assurée en vertu de la garantie maladies ou affections couvertes peut être diagnostiquée par tout médecin praticien autorisé exerçant sa profession au Canada ou aux États-Unis d'Amérique

Vous ou **votre** fait référence au membre assuré

Description du régime d'assurance

Vous, de même que votre conjoint et enfants à charge, êtes couvert pour les garanties mentionnées dans le certificat d'assurance collective.

Assurance vie temporaire

Cette assurance paie une prestation au montant mentionné dans le certificat d'assurance collective au décès d'une personne assurée (la « **prestation de décès** »)

Formation professionnelle

Si une personne assurée décède pendant que son assurance-vie temporaire est en vigueur, la société paiera les frais de formation raisonnables et nécessaires engagés dans les 3 ans suivant la date du décès, par le membre ou le conjoint survivant lorsque cette personne se livre à un programme formel de formation professionnelle pour se qualifier spécifiquement pour un emploi actif dans une profession pour laquelle ils n'auraient pas autrement des qualifications suffisantes. Cette indemnité est assujettie à un maximum de 10 000 \$ pour l'ensemble de ces dépenses.

Frais de scolarité

Si une personne assurée décède pendant que son assurance-vie temporaire est en vigueur, la société paiera les frais d'études postsecondaires raisonnables et nécessaires engagés pour les enfants à charge qui sont ; soit inscrits comme étudiant postsecondaire à temps plein à la date du décès ou inscrits dans un programme postsecondaire à temps plein dans les 12 mois suivant le décès de la personne assurée. Cette indemnité est soumise à une limite égale au moindre de 5% de l'assurance-vie temporaire de la personne assurée en vigueur ou 2 500 \$ par année, pour un maximum de 4 années consécutives, pour chaque enfant à charge.

Prestation-décès versée du vivant de l'assuré

Dans l'éventualité où l'on diagnostiquerait chez vous une maladie mortelle avec un pronostic de décès dans les 12 mois suivant la date de la preuve écrite, la société versera à cette personne assurée un montant équivalent à 50% du capital de votre assurance-vie temporaire, jusqu'à un maximum de 25 000 \$ à condition que votre assurance ait été en vigueur pendant au moins 2 ans avant la date du pronostic.

Rapatriement d'un défunt

Si une personne assurée décède pendant que son assurance-vie temporaire est en vigueur, la société paiera les frais raisonnables et nécessaires engagés pour transporter le corps de la personne assurée vers sa ville de résidence, incluant la préparation du corps pour ce transport avec un maximum de 10 000 \$.

Service de garderie

Si une personne assurée décède pendant que son assurance-vie temporaire est en vigueur, la société paiera les frais raisonnables et nécessaires engagés pour les enfants à charge de moins de 13 ans, qui sont soit ; inscrits dans une garderie légalement autorisée à la date du décès ou inscrits dans les 12 mois suivant le décès de la personne assurée. Cette indemnité est soumise à une limite égale au moindre de 5% de l'assurance-vie

temporaire de la personne assurée en vigueur ou 2 500 \$ par année, pour un maximum de 4 années consécutives, pour chaque enfant à charge.

Exclusions

Aucune prestation de décès ne sera versée si le décès résulte d'un suicide dans les deux ans suivant la date de prise d'effet de votre couverture.

En ce qui concerne l'assurance-vie temporaire offerte à un membre ou conjoint à la suite d'une offre spéciale, si la cause du décès est non-accidentelle, aucune prestation ne sera versée, mais les primes seront remboursées avec 5% d'intérêts, composés annuellement. Si le décès résulte d'un suicide, aucune prestation ne sera payée, ni les primes remboursées. Cette exclusion s'applique pour les 24 mois suivant la date de prise d'effet de l'assurance-vie temporaire d'une personne assurée aux termes de l'offre spéciale.

Droit de transformation

Si l'assurance vie temporaire collective d'un membre assuré ou d'un conjoint assuré prend fin à la suite de la résiliation de la police collective principale entre Goose Insurance Services Inc. par la compagnie, la personne assurée peut convertir son assurance vie temporaire résiliée en une police individuelle le moindre de 50 000 \$ ou le montant d'assurance de cette personne assurée réduit de tout montant auquel elle peut être admissible en vertu d'une police collective de remplacement, à condition que cette personne assurée ait moins de 65 ans à la date de la résiliation. Cela peut être fait sans autre preuve de santé aux taux de fumeurs applicables à l'âge de cette personne assurée au moment de la conversion.

Vous devez soumettre votre demande par écrit à la société, au plus tard 31 jours après la date de résiliation de votre assurance.

Assurance décès et mutilation par accident (D&MA)

L'assurance est disponible sur la base d'un régime de membre uniquement comme indiqué dans votre certificat d'assurance collective.

- a) **Membre seulement** – vous êtes couvert 24 heures sur 24, partout dans le monde.

Pertes couvertes

Si, dans les 365 jours suivant la date de l'accident ayant causé le dommage corporel, la société versera des prestations pour la perte ou la perte irrémédiable et totale et des membres, conformément au barème suivant :

Perte	Pourcentage des garanties
Vie	100%
Deux mains, deux pieds ou la vue des deux yeux	100%
Une main et un pied	100%
Une main ou un pied et la vue complète d'un œil	100%
La parole et l'ouïe des deux oreilles	100%
Un bras ou une jambe	75%
Une main, un pied ou la vue complète d'un œil	66.66%
La parole ou l'ouïe des deux oreilles	50%
Le pouce ou l'index d'une main	33.33%
L'ouïe d'une oreille	16.66%
La quadriplégie (paralysie totale des membres supérieurs et inférieurs)	100%
La paraplégie (paralysie totale des deux membres)	100%
L'hémiplégie (paralysie totale des membres supérieurs et inférieurs d'un côté du corps)	100%

Adaptation de domicile et de véhicule

Si une blessure subie par une personne assurée entraîne une perte ou une perte d'usage conformément au tableau des pertes et que cette personne assurée doit subséquemment se déplacer en fauteuil roulant, la société assumera les frais raisonnables et nécessaires engagés, dans les 3 ans suivant la date de l'accident pour des modifications à la résidence principale de la personne assurée et/ou des modifications à un seul véhicule pour l'accessibilité en fauteuil roulant, le tout sous réserve d'un maximum de 10 000 \$ à la suite d'un même accident.

Formation professionnelle

Si un membre assuré décède par suite d'une blessure causé par un accident pour lequel la société verserait la prestation D&MA pour perte de vie, la société paiera aussi les frais raisonnables et nécessaires engagés dans les 3 ans suivant la date du décès, par le conjoint lorsque ce conjoint se livre à un programme formel de formation professionnelle pour se qualifier spécifiquement pour un emploi actif dans une profession pour laquelle le conjoint n'aurait pas autrement des qualifications suffisantes. Cette indemnité est assujettie à un montant maximum de 10 000 \$.

Frais de scolarité

Si un membre assuré décède par suite d'une blessure causé par un accident pour lequel la société paie des prestations d'assurance décès et mutilation par accident, la société paiera aussi les frais raisonnables et nécessaires engagés pour les enfants à charge qui sont ; soit inscrits comme étudiant postsecondaire à temps plein à la date du décès ou inscrits dans un programme postsecondaire à temps plein dans les 12 mois suivant le décès du membre assuré. Cette indemnité est soumise à une limite égale au moindre de 5% de l'assurance décès et mutilation par accident du membre assuré en vigueur ou 2 500 \$ par année, pour un maximum de 4 années consécutives, pour chaque enfant à charge.

Rapatriement d'un défunt

Si une personne assurée décède suite à une/des blessure(s) survenue(s) lors d'un accident pour lequel la société verserait la prestation D&MA pour perte de vie, la société paiera les frais raisonnables et nécessaires engagés pour transporter le corps de la personne assurée vers sa ville de résidence, incluant la préparation du corps pour ce transport avec un maximum de 10 000 \$.

Réadaptation

Si une blessure due à un accident exige qu'un membre assuré suive une formation spéciale pour exercer une profession qu'il n'exercerait pas si ce n'était de cette blessure, la société assumera les frais raisonnables et nécessaires que doit engager la personne assurée, dans les 3 ans suivant de la date de l'accident, en vue d'obtenir la formation exigée, le tout sous réserve d'un maximum de 10 000 \$ à la suite d'un même accident.

Service de garderie

Si un membre assuré décède par suite d'une blessure causé par un accident pour lequel la société paie des prestations d'assurance décès et mutilation par accident, la société paiera les frais raisonnables et nécessaires engagés pour chacun des enfants à charge du membre, qui sont ; soit inscrits dans une garderie légalement autorisée à la date du décès ou inscrits dans les 12 mois suivant le décès du membre assuré. Cette indemnité est soumise à une limite égale au moindre de 5% de l'assurance décès et mutilation par accident du membre assurée en vigueur ou 2 500 \$ par année, pour un maximum de 4 années consécutives, pour chaque enfants à charge.

Exclusions

Aucune prestation ne sera versée si la perte résulte directement ou indirectement d'une ou plusieurs des éventualités suivantes :

- a) en cas de suicide ou de tentative de suicide que l'on soit sain d'esprit ou non ;
- b) en cas de blessure qu'on s'est intentionnellement infligée, qu'on soit sain d'esprit ou non ;
- c) en cas de vol en qualité de pilote ou passager ou autre à bord de tout véhicule ou appareil de navigation aérienne ;
- d) en cas de service actif à temps plein au sein des forces armées de tout pays ; ou
- e) en cas de guerre, déclarée ou non, ou de quelque acte d'hostilité en découlant.

Assurance maladie grave

Vous et/ou votre conjoint êtes assurés aux termes de l'assurance maladie grave au montant indiqué sur le certificat d'assurance collective ci-joint (le « **montant de prestations** »).

Garantie maladies ou affections couvertes

S'il est établi par un spécialiste qu'un membre ou un conjoint assuré souffre d'une des maladies ou des affections faisant l'objet de son assurance maladie grave collective facultative – celle-ci étant alors en vigueur – et qu'il survit pendant au moins 30 jours suivant la date du diagnostic, ou toute autre période plus longue spécifiée pour certaines maladies ou affections couvertes, la société lui versera le montant de prestations auquel il a droit pour la maladie ou l'affection en cause (la « **garantie maladies ou affections couvertes** »), sous réserve des dispositions de la police collective. La date du diagnostic doit être ultérieure à la date de prise d'effet de l'assurance. Si la personne assurée décède avant de toucher la prestation approuvée par la société aux termes de la garantie maladies ou affections couvertes, c'est à sa succession qu'elle est alors versée.

Le versement de la prestation pour maladie grave est limité à la première maladie couverte qui survient.

Garantie **protection** PrévenSoins

S'il est établi par un spécialiste qu'un membre ou un conjoint assuré souffre d'une des maladies ou des affections faisant l'objet de la garantie protection PrévenSoins – son assurance maladie grave collective facultative étant alors en vigueur – la société lui versera 10 % du montant de prestations auquel il a droit (la « **garantie protection PrévenSoins** »). La date du diagnostic doit être ultérieure à la date de prise d'effet de l'assurance. Si la personne assurée décède avant de toucher le montant d'assurance approuvé aux termes de la garantie protection PrévenSoins, c'est à sa succession que ce montant est alors versé. La prestation, aux termes de la garantie protection PrévenSoins n'est exigible qu'une fois et n'est consentie par la société que pour une seule des maladies graves visées par cette garantie.

Le versement de la prestation, aux termes de la garantie protection PrévenSoins n'a aucun effet sur le montant exigible en raison d'une maladie ou affection faisant l'objet d'une demande aux termes de la garantie maladies ou affections couvertes.

L'assurance maladie grave collective facultative d'une personne assurée demeure en vigueur pendant l'étude d'une demande aux termes de la garantie protection PrévenSoins, ainsi qu'après le versement de l'indemnité qui en découle, à condition que le paiement des primes exigibles ne soit pas interrompu.

Garantie **protection** MultiPrestations

Si une personne assurée ou un conjoint assuré ayant touché une prestation d'assurance pour une des maladies ou affections couvertes aux termes de la police et qu'on lui diagnostique ensuite une maladie ou une affection couverte différente faisant partie des maladies ou affections couvertes aux termes d'un autre « **Regroupement MultiPrestations** », la société versera alors à cette personne assurée ou son conjoint le montant de prestations auquel il a droit aux termes de la « **garantie protection MultiPrestations** », sous réserve des dispositions de la police collective. Pour avoir droit aux prestations aux termes de cette garantie, le membre assuré doit survivre au moins 30 jours suivant la date du diagnostic, ou toute autre période plus longue précisée pour certaines maladies ou affections couvertes. Si le membre assuré ou le conjoint assuré décède avant de toucher le montant d'assurance approuvé aux termes de la garantie protection MultiPrestations, c'est à sa succession que ce montant sera alors versé.

Regroupements MultiPrestations	Maladies ou affections couvertes
Regroupement 1	Cancer (mettant la vie en danger)
Regroupement 2	Accident vasculaire cérébral, chirurgie de l'aorte, crise cardiaque, pontage aortocoronarien, remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque
Regroupement 3	Accident vasculaire cérébral, coma, démence, y compris maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques, maladie du motoneurone, méningite purulente, perte d'autonomie, perte de l'usage de la parole, paralysie, sclérose en plaques, tumeur cérébrale bénigne
Regroupement 4	Anémie aplasique, défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe, greffe d'un organe vital, insuffisance rénale
Regroupement 5	Cécité
Regroupement 6	Surdité
Regroupement 7	Brûlures graves
Regroupement 8	Perte de membres
Regroupement 9	Infection au VIH contractée au travail

Limitations

a. Cancer (mettant la vie en danger) et tumeur cérébrale bénigne

Un membre assuré ou un conjoint assuré n'a pas droit à la prestation d'assurance au titre de la garantie maladies et affections couvertes dans le cas d'un cancer (mettant la vie en danger) ou d'une tumeur cérébrale bénigne, si dans les 90 jours qui suivent la date de prise d'effet de son assurance, on lui diagnostique un cancer (mettant la vie en danger) ou une tumeur cérébrale bénigne, ou s'il manifeste quelque signe, symptôme ou s'il subit un examen menant à un diagnostic de cancer (mettant la vie en danger) ou d'une tumeur cérébrale bénigne, peu importe la date de celui-ci. Même si la personne assurée répond toujours aux critères d'admissibilité de l'assurance aux termes de la police, le cancer (mettant la vie en danger) ou la tumeur cérébrale bénigne n'est plus reconnu comme une des maladies ou affections couvertes.

b. Protection PrévenSoins

Un membre assuré ou un conjoint assuré n'a pas droit à la prestation d'assurance au titre de la garantie protection PrévenSoins dans le cas d'un cancer en première phase, si dans les 90 jours qui suivent la date de prise d'effet de son assurance, on lui diagnostique un cancer en première phase, ou s'il manifeste quelque signe ou symptôme, s'il subit un examen menant à un diagnostic de cancer en première phase, peu importe la date de celui-ci. Dans le cas d'un tel diagnostic, tout cancer en première phase de la personne assurée cesse d'être reconnu comme une maladie ou affection couverte par la garantie protection PrévenSoins.

Exclusions

Aux exclusions comprises dans la définition de certaines maladies ou affections couvertes, il faut ajouter les suivantes :

- a. Aucune prestation ne sera versée si la maladie ou l'affection couverte visée par la garantie maladies ou affections couvertes ou de la garantie protection PrévenSoins est diagnostiquée avant la date de prise d'effet de l'assurance maladie grave collective du membre assuré ou du conjoint assuré ;
- b. Aucune prestation ne sera versée si la maladie ou l'affection couverte visée par la garantie protection PrévenSoins résulte d'une maladie ou affection couverte visée par la protection PrévenSoins diagnostiquée avant la date de prise d'effet de l'assurance maladie grave collective facultative du membre assuré ou du conjoint assuré ;
- c. Aucune prestation ne sera versée si la maladie ou l'affection couverte visée par la garantie maladies ou affections couvertes ou par la garantie protection PrévenSoins résulte directement ou indirectement d'une ou plusieurs des éventualités suivantes :
 1. Toute maladie ou affection ou trouble mental, nerveux ou psychiatrique pour lequel des conseils médicaux, un traitement, des services, des médicaments d'ordonnance, un diagnostic ou une consultation, y compris une consultation pour faire enquête ou pour poser un diagnostic (là où il n'a pas encore été établi) reçu par le membre assuré ou le conjoint assuré (ou qu'une personne prudente aurait normalement reçu) dans les 24 mois qui précèdent immédiatement la date d'effet de l'assurance de la personne assurée. Cette exclusion s'applique pour les 24 mois suivant la date d'effet de l'assurance maladie grave collective facultative du membre assuré ou du conjoint assuré
 2. d'une tentative de suicide ;
 3. d'un empoisonnement ou d'une inhalation de gaz, volontaire ou involontaire, sans rapport à l'emploi du membre assuré ou du conjoint assuré ;
 4. de la consommation de drogues autres que prescrites par un médecin autorisé ;
 5. d'une guerre ou du service actif et à plein temps dans les forces armées d'un pays ;
 6. du vol à titre d'élève-pilote ou vol à titre de pilote titulaire d'une licence privée pendant moins de 25 heures en plus de 400 heures par année ;
 7. de la participation à un acte criminel ou à une tentative d'acte criminel, notamment la conduite d'un véhicule motorisé avec un taux d'alcoolémie supérieur à 80 mg d'alcool par 100 ml de sang chez le membre assuré ou le conjoint assuré ; ou
 8. de toute blessure qu'on s'est soi-même infligée intentionnellement, sain d'esprit ou non.

En outre, aucune prestation n'est versée si le membre assuré ou le conjoint assuré souffre de cécité, d'un coma, de surdité, d'une perte de membres, d'une paralysie, de brûlures graves ou, d'un accident vasculaire cérébral, directement ou indirectement attribuable à la pratique amateur ou professionnelle de la boxe, du saut à l'élastique, du saut d'un point fixe en parachute, du paralpinisme ou saut extrême, du saut de falaise, de l'alpinisme, de la course automobile ou d'épreuves de vitesse terrestres ou nautiques, du saut en parachute ou des activités sous-marines, y compris la plongée avec scaphandre autonome, la plongée avec scuba et la plongée en snuba.

Définitions des maladies ou affections couvertes

Accident vasculaire cérébral s'entend d'un diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral causé par une thrombose ou une hémorragie intracrânienne, ou par une embolie de source extracrânienne, avec :

- apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques ; et
- nouveaux déficits neurologiques objectifs constatés au cours d'un 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 spécialiste.

Exclusion : aucune prestation ne sera payable au titre de la présente maladie ou affection couverte dans les cas suivants :

- *accident ischémique transitoire ; ou*
- *accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme ; ou*
- *infarctus lacunaire qui n'est pas conforme à la définition du terme « accident vasculaire cérébral » ci-dessus.*

Anémie aplasique s'entend d'un diagnostic formel, confirmé par biopsie, d'une insuffisance chronique et persistante de la moelle osseuse qui entraîne l'anémie, la neutropénie et la thrombocytopénie et qui nécessite la transfusion d'un produit sanguin de même qu'un traitement comprenant au moins un des éléments suivants :

- stimulation de la moelle osseuse ;
- immunosuppresseurs ;
- greffe de moelle osseuse.

Le diagnostic d'anémie aplasique doit être posé par un spécialiste.

Brûlures graves s'entend d'un diagnostic formel de brûlures du troisième degré affectant au moins 20 % de la surface du corps. Le diagnostic de brûlures graves doit être posé par un spécialiste.

Cancer (mettant la vie en danger) s'entend d'un diagnostic formel d'une tumeur, qui doit être caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus sains. 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 spécialiste.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable au titre de la présente maladie ou affection couverte si, dans les 90 jours suivant la date de prise d'effet de la couverture d'une personne assurée ou la date de la dernière remise en vigueur de la couverture d'une personne assurée si cette date est postérieure, cette personne assurée :

- *a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumise à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre de la police), peu importe la date du diagnostic ; ou*
- *a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre de la police).*

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la société dans les six mois suivant la date du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la société peut refuser toute demande de règlement portant sur un cancer (mettant la vie en danger), ou sur toute maladie grave causée par un cancer ou son traitement.

Aucune prestation ne sera payable dans les cas suivants :

- lésions qualifiées de bénignes, de précancéreuses, d'incertaines, de limites (« borderline ») ou de non invasives, carcinome in situ (Tis) ou tumeurs au stade Ta ;
- cancer de la peau avec présence de mélanome malin dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de nœuds lymphoïdes ou de métastases ;
- tout cancer de la peau sans présence de mélanome, sans nœuds lymphoïdes ni métastases ;
- cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, sans nœuds lymphoïdes ni métastases ;

- cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire, ou les deux, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 2 cm et qui est au stade T1, sans nœuds lymphoïdes ni métastases ;
- leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 1 selon la classification de Rai ; ou
- tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et tumeurs carcinoïdes malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'AJCC.

Cécité s'entend d'un diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la vue des deux yeux, attestée par :

- une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins pour les deux yeux ; ou
- un champ visuel inférieur à 20 degrés pour les deux yeux.

Le diagnostic de cécité doit être posé par un spécialiste.

Chirurgie de l'aorte s'entend d'une intervention chirurgicale visant à traiter une maladie de l'aorte qui nécessite l'ablation et le remplacement chirurgical de n'importe quelle partie de l'aorte atteinte au moyen d'une greffe. Le terme « aorte » s'entend de l'aorte thoracique et de l'aorte abdominale, mais non des branches de l'aorte.

L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Exclusion : aucune prestation ne sera payable au titre de la présente maladie ou affection couverte en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

Coma s'entend d'un diagnostic formel d'une perte de conscience caractérisée par une absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pendant une période continue d'au moins 96 heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer quatre ou moins pendant cette période. Le diagnostic de coma doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : aucune prestation ne sera payable au titre de la présente maladie ou affection couverte dans les cas suivants :

- le coma a été médicalement provoqué ; ou
- le coma résulte directement de la consommation d'alcool ou de drogues ; ou
- un diagnostic de mort cérébrale a été posé.

Crise cardiaque s'entend d'un diagnostic formel de la mort du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de l'irrigation sanguine, qui entraîne l'augmentation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques au point que leur niveau confirme le diagnostic d'un infarctus du myocarde, accompagnées d'au moins une des manifestations suivantes :

- symptômes de crise cardiaque ;
- changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant une crise cardiaque ;
- apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne.

Le diagnostic de crise cardiaque doit être posé par un spécialiste.

Exclusions: aucune prestation ne sera payable au titre de la présente maladie ou affection couverte dans les cas suivants :

- augmentation des marqueurs biochimiques cardiaques par suite d'une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne, et à défaut de nouvelles ondes Q ;
ou
- changements à l'ECG suggérant un infarctus du myocarde antérieur qui n'est pas conforme à la définition du terme « crise cardiaque » ci-dessus.

Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe s'entend d'un diagnostic formel d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse qui nécessite une greffe du point de vue médical. Pour avoir droit à la prestation exigible au titre de la définition du terme « défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe », la personne assurée doit être inscrite à titre de receveur dans un centre de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis qui effectue la forme de greffe requise. Pour les besoins de la période de survie, la date du diagnostic est la date de l'inscription de la personne assurée dans un centre de transplantation.

Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par un spécialiste.

Démence, y compris maladie d'Alzheimer s'entend d'un diagnostic formel de démence, soit la détérioration progressive de la mémoire et au moins une des perturbations cognitives suivantes :

- aphasie (un trouble de la parole) ;
- apraxie (difficulté à exécuter des tâches courantes) ;
- agnosie (difficulté à reconnaître des objets) ; ou
- perturbation des fonctions exécutives (p. ex., incapacité d'avoir une pensée abstraite et de concevoir, entreprendre, organiser, surveiller et arrêter un comportement complexe) qui a une incidence sur la vie quotidienne.

La personne assurée doit présenter :

- une démence de gravité modérée, qui doit être démontrée par un mini examen de l'état mental (Mini Mental State Exam) dont le résultat est de 20/30 ou moins, ou un score équivalent dans un ou plusieurs autres tests des fonctions cognitives généralement acceptés sur le plan médical ; et
- des preuves d'une détérioration progressive des fonctions cognitives et d'une perturbation des activités quotidiennes obtenues soit par une batterie de tests cognitifs soit par l'historique de la maladie sur une période d'au moins six mois.

Le diagnostic de démence, y compris maladie d'Alzheimer, doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : aucune prestation ne sera payable au titre de la présente maladie ou affection couverte pour des troubles affectifs ou schizophréniques ou le délire.

Greffe d'un organe vital s'entend d'une intervention chirurgicale rendue médicalement nécessaire en raison d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse. Pour avoir droit à la prestation exigible au titre de la définition du terme « greffe d'un 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 exclusivement.

Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par un spécialiste.

Infection au VIH contractée au travail s'entend d'un diagnostic formel d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle qui a exposé la personne assurée à des liquides organiques contaminés par le VIH, pendant qu'elle exerçait sa profession habituelle. La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir eue lieu après la date de prise d'effet de la couverture d'une personne assurée ou la date de la dernière remise en vigueur de la couverture d'une personne assurée si cette date est postérieure.

La prestation exigible au titre de la présente maladie ou affection couverte ne sera versée que si toutes les conditions suivantes sont satisfaites :

- la blessure accidentelle doit être signalée à la société dans les 14 jours suivant cette blessure ;
- une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être négatif ;

- une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 90 à 180 jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être positif ;
- tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire dûment autorisé au Canada ou aux États-Unis ;
- la blessure accidentelle doit être signalée, faire l'objet d'une enquête et être documentée conformément aux lignes directrices en vigueur au Canada ou aux États-Unis pour le milieu de travail.

Le diagnostic d'infection au VIH contractée au travail doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : aucune prestation ne sera payable au titre de la présente maladie ou affection couverte dans les cas suivants :

- *la personne assurée a décidé de ne se faire administrer aucun des vaccins brevetés existants et qui offrent une protection contre le VIH ; ou*
- *un traitement approuvé contre l'infection au VIH était devenu disponible avant la blessure accidentelle ; ou*
- *l'infection au VIH résulte d'une blessure non accidentelle, y compris, mais sans s'y limiter, par transmission sexuelle ou par usage de drogues injectables.*

Insuffisance rénale s'entend d'un diagnostic formel d'une insuffisance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite une hémodialyse régulière, une dialyse péritonéale ou une greffe rénale.

Le diagnostic d'insuffisance rénale doit être posé par un spécialiste.

Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques s'entend d'un diagnostic formel de a) maladie de Parkinson ou de b) syndrome parkinsonien atypique tels que définis ci-dessous.

- a) **Maladie de Parkinson** s'entend d'un diagnostic formel de maladie de Parkinson primaire, un trouble neurologique permanent devant avoir pour caractéristiques la bradykinésie (lenteur des mouvements) et au moins un des symptômes suivants : rigidité musculaire ou tremblement de repos. La personne assurée doit manifester des signes objectifs de détérioration progressive des fonctions depuis au moins un an, et son neurologue traitant doit lui avoir prescrit un médicament dopaminergique ou un traitement médical équivalent généralement reconnu contre la maladie de Parkinson.
- b) **Syndrome parkinsonien atypique** s'entend du diagnostic formel de paralysie supranucléaire progressive, de dégénérescence cortico-basale ou d'atrophie multisystémique.

Le diagnostic de maladie de Parkinson ou de syndrome parkinsonien atypique doit être posé par un spécialiste.

Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques » si, dans la première année suivant la date de prise d'effet de la couverture d'une personne assurée ou la date de la dernière remise en vigueur de la couverture d'une personne assurée si cette date est postérieure, cette personne assurée :

- *a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumise à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme, peu importe la date d'établissement du diagnostic ; ou*
- *a reçu un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme.*

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la société dans les six mois suivant la date du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la société peut refuser toute demande de règlement portant sur la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique, ou sur toute maladie grave causée par la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique ou son traitement.

Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques pour tout autre type de parkinsonisme.

Maladie du motoneurone s'entend d'un diagnostic formel de l'un des troubles suivants exclusivement : sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), sclérose latérale primitive, atrophie musculaire progressive, paralysie bulbaire progressive ou paralysie pseudo-bulbaire.

Le diagnostic de maladie du motoneurone doit être posé par un spécialiste.

Méningite purulente s'entend d'un diagnostic formel de méningite, confirmé par un liquide céphalorachidien démontrant une croissance de bactéries pathogènes en culture, et qui entraîne un déficit neurologique documenté pendant au moins 90 jours suivant la date du diagnostic.

Le diagnostic de méningite purulente doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : aucune prestation ne sera payable au titre de la présente maladie ou affection couverte dans le cas d'une méningite virale.

Paralysie s'entend d'un diagnostic formel de la perte complète des fonctions musculaires d'au moins deux membres par suite d'une blessure ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, pendant une période d'au moins 90 jours suivant l'événement déclencheur.

Le diagnostic de paralysie doit être posé par un spécialiste.

Perte d'autonomie s'entend d'un diagnostic formel d'une incapacité totale et permanente d'effectuer par soi-même au moins deux des six activités de la vie quotidienne indiquées ci-dessous sur une période continue d'au moins 90 jours sans espoir raisonnable de rétablissement.

Le diagnostic de perte d'autonomie doit être posé par un spécialiste.

Les activités de la vie quotidienne sont :

- se laver – la capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels ;
- se vêtir – la capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris les orthèses, les membres artificiels ou d'autres accessoires chirurgicaux, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels ;
- se servir des toilettes – la capacité d'aller aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle complète, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels ;
- être continent – la capacité de gérer les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à conserver un niveau raisonnable d'hygiène personnelle ;
- se mouvoir – la capacité de se lever du lit, de se coucher, de s'asseoir et de se lever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels ; et
- se nourrir – la capacité de consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels.

Perte de l'usage de la parole s'entend d'un diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la capacité de parler par suite d'une blessure corporelle ou d'une maladie pendant une période d'au moins 180 jours.

Le diagnostic de perte de l'usage de la parole doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : aucune prestation ne sera payable au titre de la présente maladie ou affection couverte pour toute cause psychiatrique.

Perte de membres s'entend d'un diagnostic formel de la séparation complète de deux membres ou plus, au niveau du poignet ou de la cheville, ou plus haut par suite d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire.

Le diagnostic de perte de membres doit être posé par un spécialiste.

Pontage aortocoronarien s'entend d'une intervention chirurgicale cardiaque visant à corriger le rétrécissement ou l'obstruction d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen d'une ou de plusieurs greffes.

L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Exclusion : aucune prestation ne sera payable au titre de la présente maladie ou affection couverte en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque s'entend d'une intervention chirurgicale visant à remplacer une valvule cardiaque par une valvule naturelle ou mécanique, ou à en corriger les défauts ou les anomalies. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Exclusion : aucune prestation ne sera payable au titre de la présente maladie ou affection couverte en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

Sclérose en plaques s'entend d'un diagnostic formel d'au moins une des manifestations suivantes :

- au moins deux poussées cliniques distinctes, confirmées par imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation ; ou
- anomalies neurologiques précises persistant pendant plus de six mois, confirmées par IRM du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation ; ou
- une seule poussée, confirmée par plusieurs IRM du système nerveux qui démontrent des plaques disséminées de démyélinisation apparues à des intervalles d'au moins un mois.

Le diagnostic de sclérose en plaques doit être posé par un spécialiste.

Surdité s'entend d'un diagnostic formel de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles, le seuil d'audition étant d'au moins 90 décibels dans un registre de 500 à 3 000 hertz.

Le diagnostic de surdité doit être posé par un spécialiste.

Tumeur cérébrale bénigne s'entend d'un diagnostic formel d'une tumeur non maligne située dans la voûte crânienne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse. La tumeur doit nécessiter un traitement chirurgical ou une radiothérapie, ou provoquer des déficits neurologiques objectifs et irréversibles.

Le diagnostic de tumeur cérébrale bénigne doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : aucune prestation ne sera payable au titre de la présente maladie ou affection couverte si, dans les 90 jours suivant la date de prise d'effet de la couverture d'une personne assurée ou la date de la dernière remise en vigueur de la couverture d'une personne assurée si cette date est postérieure, cette personne assurée :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non au titre de la police), peu importe la date d'établissement du diagnostic ; ou
- a reçu un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non au titre de la police).

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la société dans les six mois suivant la date du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la société peut refuser toute demande de règlement portant sur une tumeur cérébrale bénigne, ou sur toute maladie grave causée par une tumeur cérébrale bénigne ou son traitement.

Aucune prestation ne sera payable au titre de la présente maladie ou affection couverte pour des adénomes hypophysaires d'un diamètre inférieur à 10 mm.

Définition des maladies couvertes visées par la garantie protection prévensoins

Angioplastie coronarienne s'entend d'une intervention visant à dégager ou dilater une artère coronarienne qui apporte le sang au cœur pour en assurer le débit ininterrompu. La nécessité médicale de cette intervention doit être établie par un spécialiste.

Cancer en première phase s'entend de l'une ou l'autre des affections suivantes :

- cancer de la peau avec mélanome malin qui est d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, à moins qu'il ne soit ulcéré ou avec atteinte ganglionnaire ou avec métastases à distance ;
- cancer de la prostate de stade T1a ou T1b, sans atteinte ganglionnaire ni métastases à distance ;
- cancer papillaire de la thyroïde ou cancer folliculaire de la thyroïde, ou les deux, dont le diamètre maximal est inférieur ou égal à 2,0 cm et de stade T1, sans atteinte ganglionnaire ni métastases à distance ;
- leucémie lymphoïde chronique d'un stade inférieur au stade RAI 1;
- tumeurs stromales gastro-intestinales (TSGI) malignes et tumeurs carcinoïdes malignes, d'un stade inférieur au stade AJCC 2 ; ou
- carcinome canalaire in situ du sein.

Le diagnostic d'un cancer en première phase doit être posé par un spécialiste.

Services de gestion de traitements réclamations chez Tugo

À titre d'assuré aux termes d'un régime d'assurance maladie grave de la société, vous avez accès au service de **Réclamations chez TuGo** qui vous facilite l'obtention de soins médicaux spécialisés privés à l'occasion d'un sinistre. Ayant accès à des centres de traitement partout dans le monde, **Réclamations chez TuGo** coordonne les rendez-vous et les traitements médicaux avec les médecins spécialistes et les chirurgiens et s'occupe des modalités de voyage et d'hébergement, s'il y a lieu, à prix avantageux.

Pour savoir comment accéder à ce service, veuillez visiter le site www.tugo.com/fr/tms. Veuillez prendre note que des frais d'utilisation peuvent s'appliquer.

Dispositions Générales

Bénéficiaire

Assurance vie temporaire : Vous pouvez désigner un bénéficiaire de votre choix. Sauf indication contraire par écrit, vous êtes le bénéficiaire de l'assurance de votre conjoint en vertu de ce régime.

Assurance décès et mutilation par accident : Dans le cas de votre décès accidentel, la prestation sera versée au bénéficiaire que vous avez désigné sous votre assurance-vie temporaire. Toutes les autres prestations sous l'assurance décès et mutilation par accident vous sont payables.

Cessation de l'assurance

L'assurance d'une personne assurée prend fin automatiquement à la première des dates suivantes :

- a. la date de cessation de la police collective ;
- b. la fin du mois qui coïncide avec ou qui suit immédiatement le 70e anniversaire du membre ;
- c. la date d'échéance de toute prime impayée ;
- d. la fin du mois qui coïncide avec ou qui suit immédiatement la date à laquelle Goose Insurance Services Inc. reçoit de vous une demande écrite de résiliation de la couverture d'assurance en totalité ou en partie ;
- e. en ce qui concerne l'assurance du conjoint, la première des dates mentionnées ci-haut ou la fin du mois qui coïncide avec ou qui suit immédiatement le 70e anniversaire du conjoint, ou la fin du mois qui coïncide avec ou qui suit immédiatement la date à laquelle le conjoint assuré cesse d'être admissible au titre de la définition de conjoint ;

Coordination des prestations

Dans l'éventualité qu'une personne assurée a droit à une des prestations énumérées ci-dessous aux termes de l'assurance-vie temporaire ou de l'assurance DMA de cette police ou de toute autre police émise par la société, la responsabilité totale de la société sera limitée au moindre des dépenses actuelles encourues et du montant maximum de prestations fournies :

- Prestation de service de garderie
- Prestation des frais de scolarité
- Prestation de rapatriement d'un défunt
- Prestation de formation professionnelle

Continuation spéciale pour les conjoints assurés

Un conjoint assuré qui cesse d'être admissible en tant que conjoint tel que défini dans la police peut demander, dans les 31 jours suivant la fin de la couverture du conjoint, de maintenir la couverture existante en tant qu'adhérent. La couverture du membre sera émise sur une base d'acceptation garantie, sous réserve du maintien de toutes les exclusions et/ou les restrictions applicables à la couverture initiale.

Garantie de remboursement

Goose Insurance Services Inc. vous offre 30 jours à compter de la date d'entrée en vigueur de votre couverture pour décider si la couverture répond à vos besoins. Si la couverture ne répond pas à vos besoins, contactez simplement Goose Insurance Services Inc. via son application mobile ou envoyez un e-mail à refunds@gooseinsurance.com avec vos informations de certificat. Un agent de Goose Insurance annulera à partir de la date d'entrée en vigueur et remboursera toute prime payée. Si vous envoyez votre demande d'annulation en dehors des 30 jours à compter de la date d'entrée en vigueur de votre couverture, vous n'avez pas droit à un remboursement de prime.

Demandes de règlement

Avant tout versement de prestations d'assurance aux termes de la police collective, nous exigeons que nos formulaires de demandes de règlement soient dûment remplis et envoyés au siège social de la société. Veuillez nous appeler sans frais au **1 800 266.5667** ou envoyer un courriel à sms-claims@ia.ca pour obtenir les formulaires appropriés et des précisions sur la procédure de présentation des demandes de règlement.

Toute action ou toute procédure engagée contre un assureur pour le recouvrement des sommes assurées payables aux termes du présent Contrat se prescrit de façon absolue dans le délai prévu par la Loi sur les assurances. La loi sur les assurances désigne la législation des assurances s'appliquant pour chacune des juridictions provinciales.

Remarque : Chaque demande est évaluée et réglée en fonction de la définition donnée pour la maladie ou affection couverte

Envoyez les formulaires de réclamation à:

iA Financial Group
400 – 988 West Broadway Vancouver, BC V5Z 1K7

Des questions?

Contactez Goose Insurance Services Inc:

Nous sommes là pour vous aider du lundi au vendredi de 6 h à 18 h HNP, sauf les jours fériés.

1.888.374.6673 (numéro sans frais)

support@gooseinsurance.com