

Flex Bleue^{MD}

PlanPME

Petites et moyennes
entreprises

**Du sur mesure pour
chacun d'entre vous...**



PlanPME

Le **PLAN PME** vous offre, en tant qu'employé ou propriétaire d'une PME, la possibilité de vous procurer une assurance santé à la carte ayant pour but de vous protéger en cas de situations difficiles.

Le **PLAN PME** vous permet de souscrire certains montants d'assurance ainsi que des protections **sans avoir à remplir de déclaration de santé complète.**

Programme Assistance

Ce plan vous donne accès sans frais à notre programme Assistance, un programme unique de services et privilèges pour votre bien-être :

- ◆ Services-conseils santé et juridiques
- ◆ Soutien à domicile et accompagnement
- ◆ Information et prévention
- ◆ Rabais aux membres



Des rabais sur des accessoires médicaux, soins de la vue et divers autres produits et services de fournisseurs participants partout au Canada!

Admissibilité des garanties du PLAN PME

Pour être admissible aux garanties du **PLAN PME**, vous devez :

- ◆ être bénéficiaire au sens de la loi du régime d'assurance maladie et du régime d'assurance hospitalisation de votre province de résidence;
- ◆ ne pas être hospitalisé et/ou invalide à la date d'entrée en vigueur de votre contrat.

De plus, pour bénéficier des montants d'assurance offerts en vertu du Plan PME, il suffit de remplir la déclaration du Formulaire PME.

Pour bénéficier de montants excédentaires aux montants offerts par le Plan PME, vous devez compléter une entrevue téléphonique ou remplir une déclaration de santé complète.

Prise d'effet des garanties du PLAN PME

Les garanties prennent effet dès l'acceptation de la proposition par l'assureur pour autant qu'elles aient été acceptées sans modification et qu'aucun changement ne soit survenu dans votre assurabilité depuis la signature de la proposition.

Autrement, les garanties ne prennent effet que lorsqu'elles sont délivrées au preneur pourvu qu'aucun changement ne soit survenu dans votre assurabilité depuis la signature de la proposition.

PARTICULARITÉS

Renouvellement

Votre contrat sera renouvelé d'année en année, à sa date anniversaire, et ce, même si vous ne travaillez plus **pour la même entreprise.**

Croix Bleue^{MD} ne peut résilier votre contrat avant que vous n'ayez atteint l'âge maximum prévu pour chaque garantie et tant que la prime est payée.

Modification du contrat

Lors d'un renouvellement, Croix Bleue détermine le montant de la prime pour les prochains 12 mois. Toute modification de prime doit vous être signifiée au moins 30 jours avant la date prévue du renouvellement.

Croix Bleue se réserve le droit de modifier les taux unitaires au moment du renouvellement du contrat à la condition de modifier les taux unitaires de chaque contrat identique.

INVALIDITÉ

Un choix en fonction de votre catégorie professionnelle...

Voici une garantie essentielle vous protégeant en cas d'invalidité totale partout dans le monde, 24 heures sur 24, et ce, en cas d'accident seulement ou encore en cas d'accident et de maladie selon votre choix.

ADMISSIBILITÉ
16 à 64 ans

**MONTANTS
D'ASSURANCE DISPONIBLES**
(par tranche de 100 \$)

EMPLOYÉS D'UNE PME SANS ASSURANCE INVALIDITÉ	3 À 10 EMPLOYÉS	11 EMPLOYÉS ET PLUS
Avec la déclaration du Formulaire PME	500 \$ à 1 600 \$	500 \$ à 1 800 \$
Avec la déclaration de santé complète	500 \$ à 6 000 \$	500 \$ à 6 000 \$

EMPLOYÉS D'UNE PME AVEC ASSURANCE INVALIDITÉ	3 À 10 EMPLOYÉS	11 EMPLOYÉS ET PLUS
Avec la déclaration du Formulaire PME	500 \$ à 2 000 \$	500 \$ à 3 000 \$
Avec la déclaration de santé complète	500 \$ à 6 000 \$	500 \$ à 6 000 \$

De plus, vous devez travailler un minimum de 20 heures par semaine et de 8 mois par année.

DURÉE DES PRESTATIONS

2 ans 5 ans Jusqu'à 65 ans

DÉLAI DE CARENCE (en jours)

0* 14 30 60 90 120

* Ce délai est disponible pour la garantie INVALIDITÉ EN CAS D'ACCIDENT seulement.

Si vous choisissez un délai de carence inférieur à 120 jours, mais que votre invalidité nécessite une hospitalisation de plus de 18 heures, la prestation est payable dès le 1^{er} jour suivant l'hospitalisation.

Dans le cas d'une chirurgie d'un jour en court séjour, la durée d'hospitalisation correspond à une période de 18 heures d'hospitalisation.

Les périodes consécutives d'invalidité d'une durée minimale de 5 jours, et ce pour une même cause, peuvent être cumulatives pour combler les délais de carence de 30 jours et plus.

(Catégories 4A et 3A)

Les périodes consécutives peuvent être cumulatives sur une période de 365 jours.

(Catégories 2A, A et B)

Les périodes consécutives peuvent être cumulatives sur une période de 180 jours.

Établissement de la prime - INVALIDITÉ EN CAS D'ACCIDENT

La prime est nivelée jusqu'à l'anniversaire du contrat qui coïncide avec ou qui suit votre 65^e anniversaire de naissance et établie en fonction de votre âge à l'émission de la présente garantie.

Par la suite, la prime est établie en vertu de la limitation quant à la durée des prestations et à la nouvelle somme assurée prévues par la présente garantie.

Établissement de la prime - INVALIDITÉ EN CAS DE MALADIE

Si vous avez choisi l'option PRIME NIVELÉE, la prime est nivelée et établie en fonction de l'âge que vous avez à l'émission.

Augmentation automatique des bénéficiaires

Si vous êtes âgé de moins de 55 ans, vous pouvez choisir de souscrire cette garantie pour laquelle la prestation mensuelle assurée est augmentée automatiquement à la date de renouvellement de votre contrat.

Don d'organes - INVALIDITÉ EN CAS DE MALADIE

Si vous devenez totalement invalide à la suite d'une greffe d'une partie de votre corps sur une autre personne, vous êtes admissible à des prestations d'assurance invalidité reliée au don d'organes, pourvu que votre protection d'assurance invalidité soit en vigueur depuis au moins 12 mois depuis le début de l'invalidité.

Exonération des primes

Si vous devenez totalement invalide avant votre 60^e anniversaire de naissance, aucune prime n'est exigée pour votre assurance en vertu de la présente garantie, à compter de la date d'expiration du délai de carence et tant et aussi longtemps que cette invalidité persiste, sans toutefois dépasser l'anniversaire du contrat qui coïncide avec ou qui suit votre 65^e anniversaire de naissance.

Indexation des prestations (clause optionnelle)

Après une invalidité de plus de 12 mois, les prestations alors versées pour une invalidité totale en cours sont indexées au 1^{er} janvier de chaque année selon l'*Indice des prix à la consommation* publié en octobre de l'année précédente par *Statistique Canada*, sous réserve d'une indexation maximale de 3 %.

Intégration

La totalité des prestations sont réduites des montants initiaux payables en raison de l'invalidité totale en vertu de :

- ◆ tout régime fédéral ou provincial; et
- ◆ toute autre loi fédérale ou provinciale.

Si vous détenez une ou plusieurs garanties d'ASSURANCE INVALIDITÉ, d'INVALIDITÉ - PROTECTION HYBRIDE, de RENTE MENSUELLE ou de RENTE MENSUELLE EXPRESS auprès de l'assureur, ces dernières sont considérées comme étant une seule et unique garantie et un seul calcul d'intégration est effectué avec le total des sommes assurées.

Invalidité partielle

(Catégories 4A et 3A)

(Personne avec travail rémunérateur au début de l'invalidité)

Advenant une invalidité partielle à la suite d'un accident ou d'une maladie, Croix Bleue remboursera une prestation mensuelle équivalente à :

- ◆ 50 % de la prestation prévue à votre contrat, pour les premiers 24 mois d'invalidité partielle; et
- ◆ 25 % de la prestation prévue à votre contrat, pour toute invalidité partielle qui excède 24 mois sans toutefois excéder la durée des prestations prévues à votre contrat.

(Catégories 4A et 3A)

(Personne sans travail rémunérateur au début de l'invalidité)

Advenant qu'une invalidité totale à la suite d'un accident ou d'une maladie, d'une durée équivalente au délai de carence sans toutefois être inférieure à 30 jours, provoque une invalidité partielle, Croix Bleue remboursera une prestation mensuelle équivalente à :

- ◆ 50 % de la prestation prévue à votre contrat, pour les premiers 24 mois d'invalidité partielle; et
- ◆ 25 % de la prestation prévue à votre contrat, pour toute invalidité partielle qui excède 24 mois sans toutefois excéder la durée des prestations prévues à votre contrat.

(Catégories 2A, A et B)

Advenant qu'une invalidité totale à la suite d'un accident ou d'une maladie, d'une durée équivalente au délai de carence sans toutefois être inférieure à 30 jours, provoque une invalidité partielle, Croix Bleue remboursera une prestation mensuelle équivalente à 50 % de la prestation prévue à votre contrat, pour une durée maximale de 12 mois.

Montant forfaitaire à la suite d'une invalidité totale et permanente INVALIDITÉ EN CAS D'ACCIDENT

Advenant une invalidité totale et permanente à la suite d'un accident, Croix Bleue s'engage à vous verser en plus de tout autre montant prévu à votre contrat, 12 mois après votre accident, si vous êtes toujours vivant, un montant forfaitaire correspondant à 50 fois la prestation mensuelle que vous avez choisie, sous réserve d'un maximum de 100 000 \$.

La preuve de l'invalidité totale et permanente, telle que définie dans la présente garantie, doit être établie à la satisfaction de l'assureur dans les 12 mois suivant l'accident, et ce, avant votre 65^e anniversaire de naissance.

Prolongation des prestations

Si vous êtes un travailleur à commissions et que vous êtes reconnu invalide pour une période de plus de six mois, vous avez droit, à votre retour au travail, à un maximum de trois mois supplémentaires de prestations par invalidité, lesquelles seront égales à un pourcentage de la prestation mensuelle payable dans le mois précédant votre retour au travail.

Ce pourcentage sera appliqué de la façon suivante :

Premier mois suivant le retour au travail	75 %
Deuxième mois suivant le retour au travail	50 %
Troisième mois suivant le retour au travail	25 %

Prolongation d'assurance lors d'une période de non-emploi INVALIDITÉ EN CAS D'ACCIDENT

Au cours des 12 premiers mois de non-emploi, vous demeurez assuré si votre invalidité totale survient à la suite d'un accident.

Prolongation d'assurance lors d'une période de non-emploi INVALIDITÉ EN CAS DE MALADIE

Au cours des 12 premiers mois de non-emploi, vous demeurez assuré si votre invalidité totale survient à la suite de l'une des maladies suivantes : accident vasculaire cérébral (AVC), cancer, infarctus du myocarde (crise cardiaque), insuffisance rénale terminale ou pontage des artères coronaires.

Limitations - INVALIDITÉ EN CAS D'ACCIDENT

À l'anniversaire du contrat qui coïncide avec ou qui suit votre 65^e anniversaire de naissance, la prestation mensuelle d'invalidité qui survient à la suite d'un accident ne peut excéder 500 \$ pour une durée maximale d'un an.

Définitions importantes

Activités de la vie quotidienne : se nourrir, s'habiller, utiliser les toilettes, se déplacer, faire sa toilette personnelle.

Invalidité totale

« Personne assurée de moins de 65 ans »

Catégories professionnelles 4A

- ◆ **Invalidité totale** désigne l'incapacité de la personne assurée résultant, directement et indépendamment de toute autre cause, d'une maladie ou d'un accident qui l'empêche d'accomplir les fonctions principales de la profession qu'elle exerçait à la date du début de l'invalidité.

Catégories professionnelles 3A

- ◆ **Invalidité totale** désigne, au cours des 60 premiers mois de prestations versées, l'incapacité de la personne assurée résultant, directement et indépendamment de toute autre cause, d'une maladie ou d'un accident qui l'empêche d'accomplir les fonctions principales de la profession qu'elle exerçait à la date du début de l'invalidité.

Par la suite, **invalidité totale** désigne l'incapacité de la personne assurée résultant, directement et indépendamment de toute autre cause, d'une maladie ou d'un accident qui l'empêche d'accomplir toute occupation qui soit raisonnablement compatible avec son éducation, sa formation ou son expérience.

Autres catégories professionnelles 2A, A et B

- ◆ **Invalidité totale** désigne, au cours des 24 premiers mois de prestations versées, l'incapacité de la personne assurée résultant, directement et indépendamment de toute autre cause, d'une maladie ou d'un accident qui l'empêche d'accomplir les fonctions principales de la profession qu'elle exerçait à la date du début de l'invalidité.

Par la suite, **invalidité totale** désigne l'incapacité de la personne assurée résultant, directement et indépendamment de toute autre cause, d'une maladie ou d'un accident qui l'empêche d'accomplir toute occupation qui soit raisonnablement compatible avec son éducation, sa formation ou son expérience.

En ce qui concerne toutes les catégories professionnelles, pour être considérée **totale** **invalidité**, la personne assurée doit recevoir d'un médecin des soins médicaux continus et adaptés à son invalidité, selon la fréquence appropriée et ne doit se livrer à aucune occupation rémunératrice.

Invalidité totale

« Personne assurée âgée de 65 ans et plus »

- ◆ **Invalidité totale** désigne l'incapacité de la personne assurée résultant, directement et indépendamment de toute autre cause, d'une maladie ou d'un accident qui l'empêche d'accomplir chacune des activités normales d'une personne du même âge et du même sexe.

Cependant, l'**invalidité totale** est réputée ne pas exister durant toute période pendant laquelle la personne assurée n'est pas sous les soins continus d'un médecin ou se livre à une occupation rémunératrice.

Pour toutes les catégories professionnelles

Invalidité totale en situation de non-emploi désigne l'incapacité de la personne assurée résultant, directement et indépendamment de toute autre cause, d'un accident ou d'une maladie qui l'empêche d'être à la recherche d'un travail rémunérateur qui soit raisonnablement compatible avec son éducation, sa formation ou son expérience.

Invalidité totale et permanente désigne l'incapacité de façon permanente et irrévocable d'effectuer sans aide au moins une activité de la vie quotidienne et d'accomplir toute occupation rémunératrice.

Invalidité partielle désigne que la personne assurée n'est pas totalement invalide, mais qu'elle, comme conséquence d'une maladie ou d'un accident selon la garantie choisie :

- ◆ est incapable d'effectuer une ou plusieurs des fonctions importantes de son occupation; ou
- ◆ est incapable de travailler plus de la moitié du temps normal requis par semaine.

Dans tous les cas, la personne assurée doit être sous les soins continus et traitements d'un médecin.

Fin de la garantie - INVALIDITÉ EN CAS DE MALADIE

Cette garantie se termine à l'anniversaire du contrat qui coïncide avec ou qui suit votre 65^e anniversaire de naissance.

PROFESSION RÉGULIÈRE INVALIDITÉ

Selon votre catégorie professionnelle, vous pouvez améliorer la définition d'invalidité totale de votre garantie INVALIDITÉ EN CAS D'ACCIDENT ou encore INVALIDITÉ EN CAS D'ACCIDENT et DE MALADIE.

CATÉGORIES PROFESSIONNELLES

DURÉES DISPONIBLES DE LA PROFESSION RÉGULIÈRE

B, A et 2A	5 ans
B, A, 2A et 3A	Jusqu'à 65 ans

ADMISSIBILITÉ
16 à 64 ans

Établissement de la prime

Si vous avez choisi l'option PRIME NIVELÉE pour la garantie INVALIDITÉ EN CAS DE MALADIE, la prime est nivelée et établie en fonction de l'âge que vous avez à l'émission de la présente garantie.

Définitions spécifiques

Si vous avez un travail rémunérateur au début de l'invalidité, la définition suivante s'applique :

Invalidité totale désigne l'incapacité de la personne assurée résultant, directement et indépendamment de toute autre cause, d'une maladie ou d'un accident qui l'empêche d'accomplir les fonctions principales de la profession qu'elle exerçait à la date du début de l'invalidité.

Cette définition s'appliquera pour la période du délai de carence ainsi que pour la durée de la profession régulière que vous aurez choisies.

Par la suite, **invalidité totale** désigne l'incapacité de la personne assurée résultant, directement et indépendamment de toute autre cause, d'une maladie ou d'un accident qui l'empêche d'accomplir toute occupation qui soit raisonnablement compatible avec son éducation, sa formation ou son expérience.

Dans tous les cas, la personne assurée doit recevoir d'un médecin des soins continus et adaptés à son invalidité selon la fréquence appropriée et ne doit se livrer à aucune occupation rémunératrice.

Si vous n'avez pas de travail rémunérateur au début de l'invalidité, la définition suivante s'applique :

Invalidité totale désigne l'incapacité de la personne assurée résultant, directement et indépendamment de toute autre cause, d'une maladie ou d'un accident qui l'empêche d'accomplir ses tâches quotidiennes normales et toute tâche pour laquelle elle serait raisonnablement qualifiée par son éducation, ou son expérience.

La personne assurée doit recevoir d'un médecin des soins continus et adaptés à son invalidité selon la fréquence appropriée et ne doit se livrer à aucune occupation rémunératrice.

Cette définition s'appliquera pour la période du délai de carence ainsi que pour la durée des prestations que vous aurez choisies.

Fin de la garantie

Cette garantie se termine à la première des dates suivantes :

- ◆ à l'anniversaire du contrat qui coïncide avec ou qui suit votre 65^e anniversaire de naissance;
- ◆ la date à laquelle votre ou vos garanties « Invalidité » prennent fin.

REMBOURSEMENT DES PRIMES (65) - INVALIDITÉ

Vous pouvez souscrire cette garantie qui a pour but de vous permettre de récupérer une partie de vos primes payées pour la ou les garanties « Invalidité » choisies.

À l'anniversaire du contrat qui coïncide avec ou qui suit votre 65^e anniversaire de naissance, Croix Bleue s'engage à vous rembourser un pourcentage des primes versées pour la présente garantie ainsi que pour la garantie INVALIDITÉ EN CAS D'ACCIDENT ou encore INVALIDITÉ EN CAS D'ACCIDENT et DE MALADIE.

Le pourcentage appliqué est indiqué ci-dessous et calculé en fonction de l'âge lors de la signature de la proposition.

ÂGE LORS DE LA SIGNATURE DE LA PROPOSITION

POURCENTAGE DES PRIMES REMBOURSÉES

16 à 45 ans	50 %
46 ans et plus	0 %

Dans tous les cas, le remboursement est effectué en soustrayant les réclamations payées pour les garanties INVALIDITÉ EN CAS D'ACCIDENT et INVALIDITÉ EN CAS DE MALADIE.

ADMISSIBILITÉ
16 à 45 ans

Remboursement par anticipation

Si vous annulez la présente garantie avant l'âge de 65 ans, le remboursement sera réduit de 0,416 % par mois d'anticipation.

En toutes circonstances, le remboursement ne peut être effectué avant l'âge de 60 ans.

Établissement de la prime

La prime est nivelée et établie en fonction de l'âge que vous avez à l'émission de la présente garantie.

Fin de la garantie

Cette garantie se termine à la première des dates suivantes :

- ◆ la date à laquelle le remboursement complet auquel vous avez droit a été versé dans le cadre de cette garantie;
- ◆ la date à laquelle votre ou vos garanties « Invalidité » prennent fin.

RENTE MENSUELLE

Vous pouvez vous prévaloir d'une protection d'invalidité 24 heures sur 24 soit en cas d'accident seulement ou encore en cas d'accident et de maladie selon votre choix, et ce, pouvant survenir n'importe où dans le monde.

Rente mensuelle en cas d'accident

ADMISSIBILITÉ ET MONTANTS MAXIMUM D'ASSURANCE DISPONIBLES	
16 à 69 ans	Jusqu'à 2 000 \$
70 à 79 ans	Jusqu'à 500 \$

MONTANTS D'ASSURANCE DISPONIBLES (par tranche de 100 \$)

EMPLOYÉS D'UNE PME SANS ASSURANCE INVALIDITÉ	3 À 10 EMPLOYÉS	11 EMPLOYÉS ET PLUS
Avec la déclaration du Formulaire PME	100 \$ à 1 600 \$	100 \$ à 1 800 \$
Avec la déclaration de santé complète	100 \$ à 2 000 \$	100 \$ à 2 000 \$

EMPLOYÉS D'UNE PME AVEC ASSURANCE INVALIDITÉ	3 À 10 EMPLOYÉS	11 EMPLOYÉS ET PLUS
Avec la déclaration du Formulaire PME	100 \$ à 2 000 \$	100 \$ à 2 000 \$

DURÉE DES PRESTATIONS			
1 an	2 ans	5 ans	Jusqu'à 65 ans

Après l'âge de 69 ans, la durée des prestations disponible est de 1 an.

DÉLAI DE CARENCE			
0 jour	14 jours	30 jours	120 jours

Rente mensuelle en cas de maladie

ADMISSIBILITÉ ET MONTANTS MAXIMUM D'ASSURANCE DISPONIBLES	
16 à 64 ans	Jusqu'à 2 000 \$

MONTANTS D'ASSURANCE DISPONIBLES (par tranche de 100 \$)

EMPLOYÉS D'UNE PME SANS ASSURANCE INVALIDITÉ	3 À 10 EMPLOYÉS	11 EMPLOYÉS ET PLUS
Avec la déclaration du Formulaire PME	100 \$ à 1 600 \$	100 \$ à 1 800 \$
Avec la déclaration de santé complète	100 \$ à 2 000 \$	100 \$ à 2 000 \$

EMPLOYÉS D'UNE PME AVEC ASSURANCE INVALIDITÉ	3 À 10 EMPLOYÉS	11 EMPLOYÉS ET PLUS
Avec la déclaration du Formulaire PME	100 \$ à 2 000 \$	100 \$ à 2 000 \$

DURÉE DES PRESTATIONS		
1 an	2 ans	5 ans

DÉLAI DE CARENCE		
14 jours*	30 jours*	120 jours

* Le délai de carence ne s'applique pas si la maladie nécessite une chirurgie d'un jour ou une hospitalisation de plus de 18 heures.

Bonification spéciale - RENTE MENSUELLE EN CAS D'ACCIDENT

Si une invalidité survient à la suite d'un accident et cause une paralysie, Croix Bleue s'engage à vous verser un montant forfaitaire correspondant à un mois de prestation mensuelle.

Bonification spéciale - RENTE MENSUELLE EN CAS DE MALADIE

Si une invalidité survient à la suite de l'une des maladies graves suivantes :

- ◆ accident vasculaire cérébral (AVC);
- ◆ cancer;
- ◆ infarctus du myocarde;
- ◆ insuffisance rénale terminale;
- ◆ pontage des artères coronaires.

Croix Bleue s'engage à vous verser un montant forfaitaire correspondant à un mois de prestation mensuelle.

Montant forfaitaire à la suite d'une invalidité totale et permanente RENTE MENSUELLE EN CAS D'ACCIDENT

Advenant une invalidité totale et permanente à la suite d'un accident, Croix Bleue s'engage à vous verser, 12 mois après votre accident, si vous êtes toujours vivant, un montant forfaitaire correspondant à 50 fois le montant de la prestation mensuelle que vous avez choisi.

La preuve de l'invalidité totale et permanente, telle que définie dans la présente garantie, doit être établie à la satisfaction de l'assureur dans les 12 mois suivant l'accident, et ce, avant votre 65^e anniversaire de naissance.

Exonération des primes

Si vous devenez totalement invalide avant votre 60^e anniversaire de naissance, aucune prime n'est exigée pour votre assurance en vertu de la présente garantie, à compter du 4^e mois suivant le début de l'invalidité totale et tant et aussi longtemps que cette invalidité persiste, sans toutefois dépasser l'anniversaire du contrat qui coïncide avec ou qui suit votre 65^e anniversaire de naissance.

Remboursement des primes

Si vous êtes âgé de moins de 45 ans lors de la signature de la proposition, nous vous rembourserons 50 % des primes payées pour cette garantie dès que vous aurez atteint l'âge de 65 ans.

Si vous annulez la présente garantie avant l'âge de 65 ans, le remboursement sera réduit de 0,416 % par mois d'anticipation. En toutes circonstances, le remboursement ne peut être effectué avant l'âge de 60 ans.

Dans tous les cas, les réclamations payées pour toutes les garanties prévues dans le cadre de votre contrat seront déduites du remboursement.

Intégration

La totalité des prestations sont réduites des montants initiaux payables en raison de l'invalidité totale en vertu de :

- ◆ tout régime fédéral ou provincial; et
- ◆ toute autre loi fédérale ou provinciale.

Si vous détenez une ou plusieurs garanties d'ASSURANCE INVALIDITÉ, d'INVALIDITÉ - PROTECTION HYBRIDE, de RENTE MENSUELLE ou de RENTE MENSUELLE EXPRESS auprès de l'assureur, ces dernières sont considérées comme étant une seule et unique garantie et un seul calcul d'intégration est effectué avec le total des sommes assurées.

Invalidité partielle

Advenant qu'un accident ou qu'une maladie donnant droit au paiement de prestations pour une durée équivalente à celle du délai de carence, provoque une invalidité partielle, nous vous rembourserons une prestation équivalente à 50 % de la prestation prévue à votre contrat, pour une durée maximale de 30 jours.

Définitions importantes

Invalidité partielle désigne l'impossibilité pour la personne assurée, à la suite d'un accident ou d'une maladie, d'exécuter plusieurs de ses fonctions ou tâches quotidiennes normales. Cette définition s'applique autant à la personne avec ou sans travail rémunérateur.

Invalidité totale pour une personne avec travail rémunérateur désigne, au cours des 24 premiers mois de prestations versées, l'incapacité de la personne assurée résultant, directement et indépendamment de toute autre cause, d'un accident ou d'une maladie qui l'empêche d'accomplir les fonctions principales de la profession qu'elle exerçait à la date du début de l'invalidité totale.

Par la suite, **invalidité totale** désigne l'incapacité de la personne assurée résultant, directement et indépendamment de toute autre cause, d'un accident ou d'une maladie qui l'empêche d'accomplir toute occupation qui soit raisonnablement compatible avec son éducation, sa formation ou son expérience.

Pour être considérée **totale et invalide**, la personne assurée doit recevoir d'un médecin des soins continus et adaptés à son invalidité, selon la fréquence appropriée et ne doit se livrer à aucune occupation rémunératrice.

Invalidité totale et permanente désigne l'incapacité de façon permanente et irrévocable de vaquer à ses tâches quotidiennes normales et d'accomplir toute occupation rémunératrice.

Limitations - RENTE MENSUELLE EN CAS D'ACCIDENT

La durée d'une prestation payable à la suite d'une hernie discale, comme cause ou effet, est limitée à six mois par événement.

À l'âge de 70 ans, la prestation mensuelle ne peut excéder 500 \$ pour une durée maximale d'un an.

Toute réduction du montant de couverture d'assurance due à l'âge n'est applicable qu'au renouvellement qui suit votre anniversaire de naissance.

Limitations - RENTE MENSUELLE EN CAS DE MALADIE

La durée d'une prestation payable à la suite d'une hernie discale, comme cause ou effet, est limitée à six mois par événement.

Les prestations payables, à la suite d'une invalidité totale résultant d'une condition du système musculaire ou de l'ossature de la colonne vertébrale sont limitées à six mois par événement.

Fin de la garantie - RENTE MENSUELLE EN CAS DE MALADIE

La garantie RENTE MENSUELLE EN CAS DE MALADIE se termine à l'anniversaire du contrat qui coïncide avec ou qui suit votre 65^e anniversaire de naissance.

FRAIS GÉNÉRAUX

Cette garantie a pour but de défrayer les dépenses d'entreprise en cas d'invalidité totale à la suite d'un accident ou d'une maladie.

ADMISSIBILITÉ

16 à 64 ans

MONTANTS D'ASSURANCE DISPONIBLES

(par tranche de 100 \$)

	3 À 10 EMPLOYÉS	11 EMPLOYÉS ET PLUS
Avec la déclaration du Formulaire PME	300 \$ à 500 \$ pour toutes les catégories	S.O.
Avec la déclaration de santé complète	300 \$ à 6 000 \$ pour les catégories 4A, 3A, 2A, A et B	300 \$ à 6 000 \$ pour les catégories 4A, 3A, 2A, A et B

Frais généraux admissibles

Dépenses ou frais associés à l'emplacement d'affaires dans la proportion utilisée pour l'exploitation de l'entreprise :

- ◆ Loyer ou versements hypothécaires
- ◆ Impôt foncier
- ◆ Taxe d'eau
- ◆ Électricité
- ◆ Chauffage incluant le gaz naturel, le mazout, etc.
- ◆ Téléphone fixe
- ◆ Services de comptabilité
- ◆ Contrat d'entretien ou de maintenance
- ◆ Assurance des biens, incendie et vol

Sont exclus :

- ◆ Impôts sur le revenu (personnels et d'entreprise)

Dépenses ou frais pour la machinerie, l'équipement et tout véhicule moteur (automobile ou camion) dans la proportion utilisée pour l'exploitation de l'entreprise :

- ◆ Primes d'assurance (montant mensualisé)
- ◆ Plaques d'immatriculation (montant mensualisé)
- ◆ Frais de stationnement engagés contractuellement (montant mensualisé)
- ◆ Dans le cas d'une location : montant mensuel du contrat de location
- ◆ Dans le cas d'un achat : montant mensuel équivalant à l'intérêt sur le prêt et à l'amortissement

Sont exclus :

- ◆ Frais d'entretien et de réparation
- ◆ Permis de conduire
- ◆ Carburant (essence, propane, huile)

Frais reliés à l'exploitation de l'entreprise :

- ◆ Salaire des employés pour les entreprises de cinq employés et moins
- ◆ Taxe d'affaires et permis
- ◆ Affranchissement et autres frais postaux
- ◆ Services de communication (téléphone mobile, internet)
- ◆ Blanchissage (nettoyage)
- ◆ Publicité contractuelle
- ◆ Cotisation professionnelle et/ou frais d'inscription à une association professionnelle (montant mensualisé)
- ◆ Assurance responsabilité civile ou professionnelle (montant mensualisé)
- ◆ Autres frais fixes, réguliers et nécessaires au fonctionnement de l'entreprise

Sont exclus :

- ◆ Toute portion d'un prêt ou location couverte par un autre assureur
- ◆ Frais dont l'assuré principal n'était pas responsable avant son invalidité
- ◆ Factures en souffrance (frais engagés avant l'invalidité de l'assuré principal)
- ◆ Frais juridiques
- ◆ Frais de déménagement
- ◆ Frais de déplacement ou de voyage
- ◆ Frais de représentation
- ◆ Coût des marchandises, produits ou services vendus
- ◆ Livres professionnels
- ◆ Matériel, accessoires ou fournitures
- ◆ Salaire de l'assuré principal ou de toute personne qui le remplace

DÉLAI DE CARENCE (accident et maladie)

30 jours 30M jours

Si vous choisissez le délai de carence 30M, la prestation, à la suite d'un accident ou d'une hospitalisation de plus de 18 heures, est payable dès le 1^{er} jour.

DURÉE DES PRESTATIONS

2 ans

Établissement de la prime

Si vous avez choisi l'option PRIME NIVELÉE, la prime est nivelée et établie en fonction de l'âge que vous avez à l'émission.

Définitions importantes

Frais généraux désigne les dépenses associées au fonctionnement de l'entreprise commerciale ou professionnelle.

Ces dépenses doivent être engagées pendant que l'assuré principal est invalide.

Dans le cas d'un partage des dépenses avec d'autres parties, l'assureur assumera uniquement la part de l'assuré principal.

Invalité totale désigne l'incapacité de la personne assurée, résultant directement et indépendamment de toute autre cause, d'un accident ou d'une maladie, qui l'empêche d'accomplir les fonctions principales de la profession qu'elle exerçait à la date du début de son invalidité totale. Pour être considérée **totale**ment invalide, la personne assurée doit recevoir d'un médecin des soins continus et adaptés à son invalidité, selon la fréquence appropriée et ne doit se livrer à aucune occupation rémunératrice.

Exonération des primes

Si vous devenez totalement invalide avant votre 60^e anniversaire de naissance, aucune prime n'est exigée pour votre assurance en vertu de la présente garantie, à compter du 4^e mois suivant le début de l'invalidité totale et tant et aussi longtemps que cette invalidité persiste, sans toutefois dépasser l'anniversaire du contrat qui coïncide avec ou qui suit votre 65^e anniversaire de naissance.

Fin de la garantie

Cette garantie se termine à l'anniversaire du contrat qui coïncide avec ou qui suit votre 65^e anniversaire de naissance.

RENTE HOSPITALIÈRE

Cette garantie prévoit le versement d'indemnités quotidiennes lorsque vous ou un membre de votre famille êtes hospitalisé pour recevoir des soins de courte durée à la suite d'un accident ou d'une maladie.

ADMISSIBILITÉ 16 à 74 ans

MONTANTS D'ASSURANCE DISPONIBLES (par tranche de 25 \$)

Avec la déclaration du Formulaire PME	25 \$/jour
Avec la déclaration de santé complète	25 \$ à 100 \$/jour

DÉLAI DE CARENCE Aucun

Si vous choisissez une protection familiale ou monoparentale, l'indemnité pour les enfants correspond à 40 % de la somme assurée choisie.

L'indemnité est doublée lors d'une hospitalisation à l'extérieur de la province de résidence pour une distance supérieure ou égale à 50 km de votre résidence principale pour une période maximale de 30 jours par hospitalisation.

Frais de déménagement

Dans l'éventualité où vous devez déménager dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, à la suite d'une hospitalisation, Croix Bleue s'engage à vous verser un montant forfaitaire de 1 000 \$ pour couvrir vos frais de déménagement.

Dans le cas où vous n'avez pas été hospitalisé avant votre déménagement, Croix Bleue vous versera un montant forfaitaire de 500 \$.

Pour que le montant forfaitaire soit payable, la garantie doit être en vigueur depuis au moins 12 mois.

Indemnisation maximale

La période maximale d'indemnisation est fixée à 1 000 jours à vie, et ce, pour chaque personne assurée.

Définitions importantes

Centre d'hébergement et de soins de longue durée désigne un établissement qui offre de façon permanente des services d'hébergement, d'assistance, de soutien, de surveillance ainsi que des services psychosociaux aux personnes ayant une perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, principalement aux personnes âgées qui ne peuvent demeurer dans leur milieu de vie actuel.

Hospitalisation désigne l'admission et le séjour dans un hôpital comme patient alité pour y recevoir des soins de courte durée, et ce, pour une période minimale de 18 heures.

Les soins de courte durée couverts sont les soins de prévention, de diagnostic médical et de traitement médical (incluant la chirurgie) pour une maladie aiguë et ne comprennent pas les soins de convalescence et de réadaptation physique ou intellectuelle.

Dans le cas d'une chirurgie d'un jour en court séjour, la durée d'hospitalisation correspond à une période de 18 heures d'hospitalisation.

Limitations

Cette garantie doit avoir été en vigueur pour une période minimale de six mois pour donner droit à des indemnités à la suite d'une hospitalisation pour grossesse, accouchement ou fausse couche. Cependant, si l'hospitalisation survient entre le 6^e et le 9^e mois, un montant de 10 \$ par jour d'hospitalisation sera versé sans excéder un maximum de trois jours.

Cependant, aucune indemnité ne peut être versée pour les cinq années qui suivent la mise en vigueur ou la remise en vigueur de la garantie pour une hospitalisation qui ne serait pas due à un accident si à la date du début ou de remise en vigueur du contrat et de la garantie, la personne assurée est atteinte du syndrome d'immunodéficience acquise (communément appelé SIDA) ou est porteuse du virus VIH.

Réduction

L'indemnité sera réduite de 50 % lorsque vous aurez atteint l'âge de 70 ans.

VIE TEMPORAIRE 65 ANS

Vous pouvez choisir un montant d'assurance pouvant atteindre jusqu'à **1 000 000 \$**.

ADMISSIBILITÉ
16 à 64 ans

**MONTANTS
D'ASSURANCE DISPONIBLES**
(par tranche de 5 000 \$)

	3 À 10 EMPLOYÉS	11 EMPLOYÉS ET PLUS
Avec la déclaration du Formulaire PME	5 000 \$ à 30 000 \$ pour les employés	5 000 \$ à 40 000 \$ pour les employés
	5 000 \$ à 10 000 \$ pour le conjoint	5 000 \$ à 10 000 \$ pour le conjoint
Avec la déclaration de santé complète	5 000 \$ à 1 000 000 \$	5 000 \$ à 1 000 000 \$

Établissement de la prime

Si vous avez choisi l'option PRIME NIVELÉE, la prime est nivelée et établie en fonction de votre âge à l'émission.

Augmentation automatique des bénéfices

Si vous êtes âgé de moins de 55 ans, vous pouvez choisir ou non de souscrire cette garantie pour laquelle la somme assurée est augmentée automatiquement à la date de renouvellement de votre contrat.

Droit de transformation

Si vous résiliez la présente garantie, vous avez le droit, en faisant une

demande écrite sur le formulaire prévu à cette fin, dans les 31 jours suivant la fin de votre assurance, de souscrire une police d'assurance vie individuelle.

Exonération des primes

Si vous devenez totalement invalide avant votre 60^e anniversaire de naissance, aucune prime n'est exigée pour votre assurance en vertu de la présente garantie, à compter du 4^e mois suivant le début de l'invalidité totale et tant et aussi longtemps que cette invalidité totale persiste, sans toutefois dépasser l'anniversaire du contrat qui coïncide avec ou qui suit votre 65^e anniversaire de naissance.

Suicide

Dans le cas d'un suicide ou des suites de toute tentative de suicide au cours des 24 premiers mois qui suivent la date de prise d'effet de la présente garantie ou de sa remise en vigueur (ou de toute augmentation du montant souscrit), que la personne assurée soit saine d'esprit ou non lors du suicide ou de la tentative de suicide, cette garantie (ou l'augmentation, selon le cas) est nulle et sans effet.

Règlement partiel anticipé

Le règlement partiel anticipé constitue une avance garantie par la somme assurée de la présente garantie, faite en un seul paiement, portant intérêt à un taux fixe établi par Croix Bleue lors de l'acceptation de la demande. Cette avance, augmentée des intérêts courus, est déduite du montant payable lors du décès.

Le règlement partiel anticipé peut être admissible à compter du 3^e anniversaire du contrat de la présente garantie.

Le preneur aura droit à 60 % de la somme assurée si la personne assurée démontre que son état de santé est médicalement incurable et que son espérance de vie est limitée à tout au plus 12 mois.

Le reste de la somme assurée sera versé au moment du décès, à la condition que les primes aient entre-temps été régulièrement payées.

Fin de la garantie

Cette garantie se termine à l'anniversaire de votre contrat qui coïncide avec ou qui suit votre 65^e anniversaire de naissance.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Vous ou un membre de votre famille pouvez vous prévaloir de cette garantie disponible avec ou sans médicaments, couvrant les frais médicaux et hospitaliers reliés à une maladie, à une grossesse ou encore à une blessure.

ADMISSIBILITÉ
16 à 64 ans

Sans médicaments	Avec la déclaration du Formulaire PME
Avec médicaments (Complément de la RAMQ)	Avec la déclaration de santé abrégée du Formulaire PME

FRANCHISE

Assuré principal : 50 \$ Couple : 100 \$
Familiale : 100 \$ Monoparentale : 100 \$

FRAIS ADMISSIBLES COUVERTS À 100 %, SANS FRANCHISE

Hospitalisation

- ◆ chambre semi-privée
- ◆ séjour en salle, 25 \$ par jour à compter du 4^e jour d'hospitalisation pour cause de non-disponibilité de chambre semi-privée

Convalescence et réadaptation physique

- ◆ chambre semi-privée

FRAIS ADMISSIBLES COUVERTS À 100 %, AVEC FRANCHISE

Appareils auditifs

- ◆ 500 \$ par période de 36 mois (coût d'achat et de réparation)

Prothèses et accessoires

- ◆ prothèse mammaire interne à la suite d'une mastectomie, jusqu'à 200 \$ (coût d'achat initial)
- ◆ prothèse capillaire à la suite d'une chimiothérapie, jusqu'à 300 \$ (coût d'achat initial)
- ◆ bas élastiques, jusqu'à 100 \$ par année civile
- ◆ chaussures orthopédiques ou orthèses podiatriques, jusqu'à 200 \$ par année civile

FRAIS ADMISSIBLES COUVERTS À 80 %, AVEC FRANCHISE

Aucune recommandation écrite d'un médecin n'est exigée pour les services suivants :

Services professionnels

25 \$ par visite, jusqu'à 500 \$ par année civile pour chacun des spécialistes suivants :

- ◆ acupuncteur
- ◆ audiologiste ou audioprothésiste
- ◆ chiropraticien
- ◆ diététiste
- ◆ ergothérapeute
- ◆ kinothérapeute
- ◆ naturopathe
- ◆ orthophoniste
- ◆ ostéopathe
- ◆ physiothérapeute
- ◆ podiatre
- ◆ psychologue

Ambulance, remboursement illimité

Échographie, jusqu'à 50 \$ par année civile

Frais de radiographies par un chiropraticien, jusqu'à 25 \$ par année civile

Ophtalmologiste ou optométriste, jusqu'à 50 \$ par période de 24 mois

Questionnaire médical, jusqu'à 75 \$ par année civile
(pour l'obtention d'une assurance voyage auprès de l'assureur)

Stérilet, jusqu'à 75 \$ par période de 24 mois

TENS, jusqu'à 500 \$ par année civile

Une recommandation écrite d'un médecin est exigée pour les services suivants :

Achat ou location d'appareils, remboursement illimité

Frais d'analyses de laboratoire, remboursement illimité

Imagerie par résonance magnétique, jusqu'à 675 \$ par année civile

Polysomnographie, jusqu'à 400 \$ par période de 24 mois

Injections sclérosantes, 20 \$ par visite, jusqu'à 15 visites par année civile

Massothérapeute, 25 \$ par visite, jusqu'à 500 \$ par année civile

Services d'un infirmier, 160 heures, jusqu'à 5 000 \$ par année civile

Soins dentaires à la suite d'un accident, jusqu'à 1 000 \$ par accident

Tomographie par ordinateur, jusqu'à 250 \$ par année civile

Limitation

Lorsque vous aurez atteint l'âge de 65 ans, le maximum global se limite à 15 000 \$ viager.

Médicaments

(optionnels pour les personnes de moins de 65 ans)

FRAIS ADMISSIBLES COUVERTS À 80 % OU 100 %, SANS FRANCHISE

- ◆ Remboursement de la franchise que vous devez assumer et de la coassurance que vous devez déboursier en vertu du Régime général prévu à la *Loi sur l'assurance médicaments du Québec* et administré par la *Régie de l'assurance maladie du Québec*.
- ◆ Remboursement des médicaments n'apparaissant pas sur la liste de la Régie, mais qui répondent à la description suivante :
 - le coût d'achat des médicaments qui sont nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure, qui ne peuvent être obtenus que sur ordonnance d'un médecin ou d'un chirurgien dentiste et qui sont vendus par un pharmacien.

SOINS DENTAIRES

Cette garantie offre à vous et à un membre de votre famille un remboursement pour les services admissibles mentionnés ci-dessous.

ADMISSIBILITÉ 16 à 64 ans

Disponible avec la déclaration du Formulaire PME

Si vous souscrivez la garantie SOINS DENTAIRES, vous devez également souscrire la garantie ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE.

Si vous souscrivez la garantie SOINS DENTAIRES après la date de prise d'effet du contrat, une période d'attente de trois mois s'applique avant l'entrée en vigueur de la garantie.

Si vous mettez fin à votre garantie SOINS DENTAIRES, vous ne pouvez plus y être admissible à moins que vous ne prouviez que vous avez été couvert par la garantie SOINS DENTAIRES d'un autre contrat durant cette période.

FRANCHISE

Assuré principal : 50 \$ Couple : 50 \$
Familiale : 50 \$ Monoparentale : 50 \$

Croix Bleue vous remboursera, sur réception de preuves satisfaisantes, la partie des frais qui excède la franchise, sous réserve du pourcentage de remboursement applicable à chaque catégorie de services.

SOINS PRÉVENTIFS (REMBOURSEMENT À 80 %)

- ◆ Examens et diagnostics
- ◆ Radiographies
- ◆ Tests et examens de laboratoire
- ◆ Services préventifs
- ◆ Appareils de maintien

SOINS DE BASE (REMBOURSEMENT À 50 %)

- ◆ Ablation de dents ayant fait éruption (chirurgie sans complication)
- ◆ Services de restauration
- ◆ Endodontie
- ◆ Parodontie
- ◆ Prothèses amovibles (ajustement, rebasage)
- ◆ Chirurgie buccale
- ◆ Anesthésie
- ◆ Pansement temporaire pour le soulagement d'urgence de la douleur
- ◆ Finition des obturations

Tous les services admissibles ci-dessus sont sujets aux maximums indiqués à votre contrat.

REMBOURSEMENT MAXIMUM GLOBAL

(par personne assurée)

1 ^{re} année civile*	500 \$
Années civiles subséquentes	1 000 \$

* Le cas échéant, pour toute fraction d'une année civile au cours de laquelle la présente garantie est en vigueur, le remboursement maximum global est au prorata du nombre de mois complets compris entre la date d'entrée en vigueur et le 31 décembre de la même année.

Fin de la garantie

Cette garantie se termine à l'anniversaire de votre contrat qui coïncide avec ou qui suit votre 65^e anniversaire de naissance.

DÉFINITIONS IMPORTANTES

Catégories professionnelles

Catégorie 4A

Les personnes qui exercent une profession libérale où l'effort physique et les déplacements sont au minimum.

Catégorie 3A

Les personnes dans les professions libérales ou techniques non incluses dans la catégorie 4A; les administrateurs ou gestionnaires occupant des fonctions généralement associées à un haut degré de stabilité et de responsabilité.

Catégorie 2A

Les personnes qui supervisent des ouvriers dans des métiers techniques non dangereux, qui travaillent dans certains domaines techniques ou qui occupent des fonctions cléricales spécialisées.

Catégorie A

Les ouvriers spécialisés dans des industries ou des métiers non dangereux; y sont inclus certains employés de bureau et des vendeurs.

Catégorie B

Les ouvriers manuels dont les tâches sont plus exigeantes physiquement, généralement dans le domaine de la construction ou en usine.

Catégorie Autres occupations

(disponible seulement pour la garantie RENTE MENSUELLE)

Toutes autres occupations étant refusées ou non classées dans les catégories énumérées ci-dessus.

Exclusion pour conditions préexistantes

(applicable aux garanties VIE TEMPORAIRE 65 ANS, RENTE MENSUELLE EN CAS D'ACCIDENT ET MALADIE, INVALIDITÉ EN CAS D'ACCIDENT ET MALADIE et FRAIS GÉNÉRAUX)

À l'égard de tout montant accordé avec la déclaration du Formulaire PME, aucune prestation ne sera payable pour une demande de règlement reliée à un événement survenu au cours des 12 premiers mois suivant l'entrée en vigueur de l'assurance si elle résulte d'une maladie ou d'un accident pour lequel la personne assurée a reçu des traitements médicaux dans la période de 12 mois précédant la date de prise d'effet de son assurance.

Exclusions

Veillez prendre note que ces EXCLUSIONS ne s'appliquent pas à toutes les garanties expliquées dans le présent guide. Toutefois, des exclusions additionnelles s'appliquent pour certaines garanties. Pour plus de précision, veuillez vous référer à votre contrat d'assurance.

Aucune prestation n'est payable si la demande de règlement résulte, directement ou indirectement, de l'une des causes suivantes :

- ◆ abus de médicaments ou d'alcool, ou consommation de drogue;
- ◆ accident survenu lors de la participation de la personne assurée à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteurs ou à tout genre d'épreuve ou à un concours de vitesse effectué au moyen d'un véhicule moteur;
- ◆ conduite par la personne assurée d'un véhicule moteur ou d'un bateau avec un taux d'alcool supérieur à 80 milligrammes par 100 millilitres de sang, ou sous l'effet de toute drogue;
- ◆ frais remboursables en vertu de toute autre assurance ou services assurés en vertu de toute loi fédérale ou provinciale ou de leurs règlements;
- ◆ inhalation de gaz ou absorption de poison ou drogue, volontaire ou involontaire;
- ◆ participation active de la personne assurée à un affrontement public, à une émeute, à une insurrection, à une guerre ou à un fait de guerre, que celle-ci soit déclarée ou non, ou à tout autre acte belliqueux;
- ◆ participation de la personne assurée à une envolée ou tentative d'envolée dans un aéronef quelconque alors qu'elle prend part à tout autre titre que passager;
- ◆ personne assurée engagée comme membre actif des forces armées de n'importe quel pays;
- ◆ personne assurée qui commet ou qui tente de commettre, directement ou indirectement, un acte criminel, tel que prévu par le Code criminel ou par toute loi semblable d'un autre pays;
- ◆ séjour dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou dans un centre de convalescence;
- ◆ soins, traitements, services ou produits autres que ceux qui sont déclarés nécessaires au traitement de la blessure ou de la maladie par les professionnels de la santé concernés;
- ◆ tentative de suicide ou blessure volontaire de la personne assurée, quel que soit son état d'esprit;
- ◆ traitements à des fins esthétiques;
- ◆ traitements expérimentaux et ceux qui sont attribuables à l'application de nouveaux procédés ou de nouveaux traitements qui ne sont pas encore utilisés couramment.

Les garanties suivantes sont assurées par l'Association d'Hospitalisation Canassurance (société de secours mutuels à but non lucratif) :

- ◆ Assurance maladie complémentaire
- ◆ Soins dentaires
- ◆ Rente hospitalière

Les garanties suivantes sont assurées par Canassurance Compagnie d'Assurance :

- ◆ Invalidité en cas d'accident et de maladie
- ◆ Profession régulière - Invalidité en cas d'accident et de maladie
- ◆ Remboursement des primes (65 ans) - Invalidité en cas d'accident et de maladie
- ◆ Frais généraux
- ◆ Rente mensuelle en cas d'accident et de maladie
- ◆ Vie temporaire 65 ans

Ce guide décrit sommairement les garanties offertes par le Plan PME du contrat Flex Bleu. Il ne doit en aucun cas être considéré comme un contrat d'assurance. Les conditions de cette assurance sont décrites dans le contrat émis par l'assureur qui comporte certaines exclusions, limitations et réductions. Vous avez 10 jours pour examiner votre contrat d'assurance, nous vous conseillons de le lire attentivement.



550, rue Sherbrooke Ouest, bureau B-9
Montréal (Québec) H3A 3S3
1 877 286-7665
qc.croixbleue.ca

^{MD}* Marques déposées de l'Association canadienne des Croix Bleue, une association de Croix Bleue indépendantes, utilisées sous licence par l'Association d'Hospitalisation Canassurance.

[†] Marque déposée de Blue Cross Blue Shield Association.

