

## CERTIFICAT D'ASSURANCE RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

L'assurance en vertu du présent certificat avec les documents étant  
annexés aux présentes est accordée par

**La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie)**

en vertu des modalités du contrat-cadre mentionné dans le certificat ci-joint.

La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (ci-après appelée « Manuvie ») atteste  
qu'en vertu et sous réserve des modalités du contrat-cadre susmentionné (ci-après appelé  
la « police ») elle assure certains membres du

### **INGÉNIEURS CANADA**

(ci-après appelé « l'Association »)

et que la personne nommée au Sommaire de la couverture est assurée pour les  
garanties qui y sont indiquées, sous réserve des modalités contenues ou ajoutées  
au présent certificat d'assurance.

---

#### **AVIS DE DIX JOURS RELATIF AU DROIT D'EXAMEN DE LA COUVERTURE**

Dans les dix jours qui suivent sa délivrance à la personne assurée, le présent certificat  
peut être racheté en le délivrant ou le postant à Manuvie. À la suite d'un tel rachat, toute  
prime payée est retournée et le certificat est réputé être nul à partir de la date d'entrée en  
vigueur indiquée au Tableau des prestations.

Les pages qui suivent représentent un sommaire des dispositions principales pour  
l'Association en vertu de la police numéro 90507, à laquelle vous devriez vous reporter  
pour prendre connaissance des modalités réelles. S'il y a des contradictions entre les  
modalités indiquées dans le certificat et celles décrites dans le contrat-cadre, les modalités  
de la police prévalent.

Signé pour La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers à Toronto par :



Roy Gori,

Président et chef de la direction

**Le présent certificat renferme des dispositions qui révoquent ou limitent le droit de  
la personne assurée par une assurance collective de désigner des personnes à qui  
ou pour qui des sommes assurées seront payables.**

**La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie)**

Assurance individuelle  
P.O. Box 670, Stn. Waterloo  
Waterloo (Ontario) N2J 4B8

**INGÉNIEURS CANADA**  
**RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE**

Établi en vertu de la

**Police principale no 90507 (G-507)**

Auprès de

**LA COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE MANUFACTURERS (MANUVIE)**

**TABLE DES MATIÈRES**

|   |    |
|---|----|
| Partie 1 : DÉFINITIONS  | 3  |
| Partie 2 : TABLEAU DES FRAIS ADMISSIBLES                            | 4  |
| Partie 3: PRESTATIONS   | 8  |
| Partie 4: EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS                                | 9  |
| Partie 5: PRIMES  | 11 |
| Partie 6: DISPOSITIONS CONTRACTUELLES                               | 12 |
| Partie 7 : DEMANDES DE RÈGLEMENT                                    | 15 |
| Partie 8 : DISPOSITION DE MAINTIEN INTERPROVINCIAL DE L'ASSURANCE   | 16 |
| Partie 9 : CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ A L'ASSURANCE                 | 16 |
| Annexe A  | 17 |
| Associations d'ingénieurs   | 17 |
| Associations de techniciens et technologies                         | 17 |
| Associations de géologues   | 17 |
| Associations d'architectes  | 17 |
| Modifications, exclusions et avenants (le cas échéant), Proposition |    |

## Partie 1 : DÉFINITIONS

Par **nous, notre, la Compagnie et Manuvie**, on entend La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers, Marchés des groupes à Affinités, P.O. Box 670, Station Waterloo, Waterloo Ontario N2J 4B8.

Par **vous, votre et assuré principal**, on entend la personne nommée comme assuré principal dans le Tableau des garanties.

Par **membre**, on entend la définition de **membre** dans la partie 9.

Par **titulaire**, on entend la personne ou entité nommée à titre de titulaire dans le Tableau des garanties ou dans les modifications ultérieures.

Par **personne assurée**, on entend le membre et les personnes à sa charge assurées, le cas échéant, qui résident au Canada et qui participent à un régime d'assurance maladie gouvernement.

Par **personne à charge assurée**, on entend le conjoint et les enfants du membre, selon la définition donnée ci-après.

Par **conjoint**, on entend une personne qui :

- Est mariée avec vous; ou
- Même si elle n'est pas mariée avec vous, cohabite avec vous et est présentée publiquement comme votre conjoint dans une relation reconnue comme telle au sein de la communauté dans laquelle vous vivez, depuis au moins un an, avant qu'une demande de règlement soit faite.

Par **enfant**, on entend un enfant de sang, un enfant du conjoint ou un enfant légalement adopté qui est célibataire et qui :

- A moins de 21 ans; ou
- A moins de 26 ans et étudie à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu, moyennant la remise d'une attestation satisfaisante de fréquentation de l'établissement; ou
- A 21 ans ou plus, mais est incapable de travailler pour subvenir à ses besoins en raison d'un handicap physique ou mental et qui dépend principalement de vous pour sa subsistance.

Par **âge**, on entend l'âge réel en années révolues de la personne assurée.

Par **province de résidence**, on entend la province ou le territoire du Canada dans lequel vit la personne assurée.

Par **année de certificat**, on entend la période d'assurance qui commence à la date d'entrée en vigueur indiquée au Tableau des garanties et prend fin à la date d'échéance de la première prime de renouvellement annuelle et à chaque anniversaire par la suite.

Par **régime d'assurance maladie gouvernement**, on entend tout régime d'assurance hospitalisation, soins médicaux ou maladie financé par l'État et offert dans votre province ou territoire de résidence.

Par **votre régime d'assurance maladie gouvernement**, on entend le régime d'assurance maladie d'État en vigueur dans votre province ou territoire de résidence à la date d'entrée en vigueur du présent certificat d'assurance et mentionné dans le Tableau des garanties.

Par **blessure**, on entend tout accident corporel que la personne assurée subit pendant que son assurance est en vigueur et qui nécessite un traitement médical.

Par **maladie**, on entend un état pathologique qui nécessite un traitement médical.

Par **médecin**, on entend un docteur en médecine dûment autorisé à exercer la médecine dans le cadre de son permis et reconnu par le collège des médecins et chirurgiens de la province dans laquelle le traitement est donné. Le médecin doit être une personne autre que l'assuré principal, qu'un membre de sa famille immédiate ou que quiconque vivant avec lui.

Par **professionnel de la santé**, on entend un professionnel dûment autorisé à exercer sa profession et qui l'exerce légalement dans le cadre de son permis. Le professionnel doit être une personne autre que l'assuré principal, qu'un membre de sa famille immédiate ou que quiconque vivant avec lui.

Par **dentiste**, on entend une personne dûment autorisée à exercer la médecine dentaire dans la province ou le territoire dans lequel le traitement est donné. Le dentiste doit être une personne autre que l'assuré principal, qu'un membre de sa famille immédiate ou que quiconque vivant avec lui.

Par **urgence**, on entend un événement imprévisible qui se produit pendant que la personne assurée est à l'extérieur de sa province ou de son territoire de résidence ou est à l'étranger et nécessite son hospitalisation ou l'intervention immédiate d'un médecin. L'urgence est considérée prendre fin à la première des dates suivantes : la date à laquelle la personne assurée retourne dans sa province ou territoire de résidence ou au Canada ou la date à laquelle sur l'avis du médecin traitant, la personne assurée est capable de retourner dans sa province ou territoire de résidence ou au Canada.

Par **hôpital**, on entend un établissement légalement constitué qui détient un permis d'exploitation à ce titre, qui est ouvert en tout temps, qui offre des soins et des traitements aux personnes malades ou blessées et qui détient des installations organisées pour le diagnostic, la chirurgie majeure et les soins infirmiers 24 heures.

Par **hôpital pour convalescents**, on entend un établissement légalement constitué qui détient un permis d'exploitation à ce titre, qui est ouvert en tout temps et qui offre principalement des soins et des traitements aux personnes malades ou blessées, pourvu que ces personnes soient suivies et traitées par un médecin dûment autorisé et compétent et qu'elles aient été hospitalisées dans cet établissement à des fins de réadaptation. En outre, cet établissement doit disposer d'un personnel infirmier diplômé ou auxiliaire pouvant dispenser des soins infirmiers 24 heures ainsi que d'installations pour le soin, le traitement et la réadaptation de patients, mais ne doit pas être en premier lieu une clinique, un établissement de soins infirmiers, de soins prolongés, de repos ou pour maladies chroniques, ni un autre établissement semblable.

Par **frais admissibles**, on entend les frais admissibles, décrits ci-après, engagés par la personne assurée pendant que son assurance est en vigueur.

Par **franchise**, on entend les frais admissibles initiaux engagés chaque année civile pour lesquels il n'y a aucun remboursement effectué par la Compagnie.

Par **pourcentage remboursable**, on entend le pourcentage des frais admissibles que la Compagnie prend en charge et rembourse.

Par **montant maximum remboursable annuellement**, on entend le montant maximum qui peut être remboursé par personne assurée au cours d'une année civile.

## Partie 2 : TABLEAU DES FRAIS ADMISSIBLES

Si, à la suite d'une maladie ou d'une blessure, une personne assurée engage des frais admissibles décrits ci-après pendant que la présente police principale est en vigueur, la Compagnie rembourse la personne assurée pour les frais raisonnables effectivement engagés, sous réserve des dispositions de la police principale.

Par **frais**, on entend les frais engagés :

- Pour les soins, traitements et fournitures spécifiquement décrits dans le présent tableau;
- Qui sont jugés nécessaires sur le plan médical et recommandés par un médecin;
- Qui sont raisonnables et habituels compte tenu des honoraires et prix généralement facturés dans la région en question;
- Qui ne sont pas remboursables ni remboursés par un régime d'assurance maladie d'État, sans égard au fait qu'une demande de règlement a pu être présentée.

Les frais engagés pour ce qui suit sont considérés comme des frais admissibles.

### 1. HOSPITALISATION

100 % des frais d'hospitalisation supérieurs au tarif de la salle commune ou standard pendant que la personne assurée occupe une chambre individuelle ou à deux lits dans un hôpital constitué et agréé à ce titre au Canada.

## **2. FRAIS D'HOSPITALISATION D'URGENCE** (à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence ou à l'étranger)

Hospitalisation et frais d'hospitalisation connexes pendant que la personne assurée est hospitalisée dans un hôpital constitué et agréé à ce titre à l'extérieur de sa province ou de son territoire de résidence ou à l'étranger, jusqu'à concurrence de 90 jours consécutifs par événement

## **3. MÉDICAMENTS**

Frais reliés aux médicaments, sérums et préparations injectables génériques, pour le traitement d'une blessure ou d'une maladie, qui nécessitent une ordonnance et qui sont dispensés par un pharmacien autorisé. Le régime couvre les produits non génériques uniquement s'il n'existe pas d'équivalent générique. Si vous optez pour le médicament de marque à coût plus élevé, ou si le médecin précise qu'il ne peut être remplacé par le médicament générique, le remboursement est limité au coût du produit générique équivalent.

Le coût des vaccins ne peut être remboursé que s'ils sont prescrits par un médecin et s'ils sont nécessaires en raison d'un voyage à l'étranger. Le coût des vaccins est remboursé jusqu'à concurrence de 250 \$ par personne, par année civile.

Le coût des médicaments contre l'obésité est remboursé, à certaines conditions, confirmées par votre médecin. Au Québec, cette garantie n'est offerte qu'aux personnes assurées de moins de 65 ans.

## **4. SOINS INFIRMIERS**

Frais pour soins infirmiers privés dispensés à l'extérieur d'un hôpital par un infirmier autorisé (inf.aut.), un infirmier auxiliaire autorisé (inf.), un infirmier auxiliaire (inf.aux.) ou d'un préposé aux services de soutien à la personne, s'ils sont jugés nécessaires par un médecin en raison d'une blessure ou d'une maladie nécessitant ce genre de service spécialisé.

Le remboursement maximal est de 10 000 \$ par blessure ou maladie par période de douze mois consécutifs. Le personnel infirmier ne doit pas résider habituellement chez la personne assurée, ni être un membre de sa famille immédiate.

## **5. AMBULANCE**

Frais pour services ambulanciers terrestres ou aériens autorisés pour le transport en cas d'urgence à destination ou en provenance de l'hôpital le plus proche ayant les installations adéquates pour traiter la blessure ou la maladie.

## **6. SOINS DENTAIRES EN CAS D'ACCIDENT**

Frais liés aux services d'un dentiste ou d'un chirurgien-dentiste autorisé pour le traitement d'une fracture à la mâchoire ou de blessures accidentelles aux dents entières ou saines (les coiffes et les couronnes dentaires sont considérées comme des dents entières ou saines), incluant le remplacement des dents endommagées, à la suite d'une pression ou d'un coup à l'extérieur de la bouche, pourvu que l'accident ayant entraîné ces blessures soit survenu. Les frais doivent être engagés dans les deux ans suivant l'accident. Les sommes versées en vertu de cette garantie doivent être conformes au guide courant des tarifs des dentistes généralistes publié par l'association dentaire de la province ou du territoire de résidence du patient; la prestation maximale s'élève à 750 \$ par dent. Le recours antérieur à une intervention, à un service, à des soins ou des matériaux semblables n'a aucune incidence sur cette disposition.

## **7. SOINS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX D'URGENCE** (à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence ou à l'étranger)

Frais raisonnables et habituels engagés pendant que la personne assurée est à l'extérieur de sa province ou de son territoire de résidence ou à l'étranger pour des soins admissibles dans le cadre du régime d'assurance maladie de la province ou du territoire de la personne assurée.

Services fournis par ACM, dont entre autres :

- Services d'assistance médicale
- Soins médicaux d'urgence
- Services de transport
- Services juridiques et autres services personnels

La personne assurée doit communiquer avec le fournisseur de ce service dans les 48 heures suivant l'accident.

Manuvie et la société à laquelle elle fait appel pour fournir les services décrits dans la garantie ne sont pas responsables de la disponibilité, de la qualité ou des résultats des soins médicaux ni du fait de ne pas pouvoir obtenir les soins médicaux ou les services d'aide en cas d'urgence, quelle qu'en soit la raison. Il se peut que les services d'aide en cas d'urgence ne soient pas disponibles dans certains pays pour des raisons rendant l'accès à ces services difficile ou impossible, comme la guerre, des troubles politiques ou d'autres circonstances.

## **8. SOINS DE LA VUE**

100 % des frais admissibles si ceux-ci sont prescrits par un ophtalmologiste ou un optométriste autorisé et fourni par un ophtalmologiste, un optométriste ou un opticien autorisés - l'assureur tiendra compte des frais ci-après :

(a) jusqu'à 250 \$ par assuré, par période de deux années de prestations consécutives pour :

- (i) les lunettes prescrites (verres correcteurs et/ou montures);
- (ii) les lentilles cornéennes;
- (iii) la chirurgie oculaire au laser;

(b) jusqu'à 80 \$ par assuré, par période de deux années de prestations consécutives (après épuisement des prestations payables au titre du régime public d'assurance maladie, le cas échéant) pour les visites chez l'optométriste

Aucune prestation n'est versée pour :

- (a) les lunettes de sécurité et les lunettes de soleil vendues sans ordonnance;
- (b) les services et les fournitures non destinés à l'usage personnel de l'assuré.

## **9. HÔPITAL POUR CONVALESCENTS**

Frais d'hospitalisation en chambre à deux lits supérieurs au montant versé par les régimes provinciaux, jusqu'à concurrence de 180 jours, dans un hôpital pour convalescents.

## **10. CENTRE HOSPITALIER DE LONGUE DURÉE**

Frais d'hospitalisation en chambre à deux lits supérieurs au montant versé par les régimes provinciaux, jusqu'à concurrence de 90 jours, dans un centre hospitalier de longue durée.

## 11. AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Frais pour soins dispensés par les professionnels de la santé autorisés qui suivent, sous réserve d'un maximum de 500 \$ par spécialité, par personne assurée et par année civile.

- Chiropraticien
- Ostéopathe
- Chiropodiste ou podiatre
- Naturopathe
- Psychologue, psychothérapeutes ou psychanalystes
- Physiothérapeute
- Massothérapeute
- Orthophoniste
- Acupuncteur
- Diététiste
- Frais ou radiographies diagnostiques et tests en laboratoire demandés par un chiropraticien, un ostéopathe, un chiropodiste ou un podiatre.

## 12. DIVERS

Frais pour :

- (a) Plasma ou sang;
- (b) appareils auditifs (maximum de 500 \$ par période de 5 ans)
- (c) Œil ou membre artificiel, se limitant à l'achat initial et excluant tout remplacement
- (d) Plâtres, attelles, bandages herniaires, béquilles et appareils orthopédiques. Ils doivent servir au soutien d'une partie du corps ou à son maintien dans une position spécifique pour corriger ou atténuer une difformité. Ils peuvent également servir au maintien de la flexion d'un membre;
- (e) Oxygène et location d'équipement pour l'administration d'oxygène;
- (f) Location d'un fauteuil roulant, d'un lit d'hôpital ou de tout autre appareil pour maintenir la respiration en cas de paralysie respiratoire;
- (g) Le coût des supports de voûte plantaire, des moules ou des orthèses (sauf s'ils sont destinés à la pratique d'un sport), si ceux-ci sont recommandés par un médecin; chaussures orthopédiques en magasin si elles sont recommandées par un médecin ou un podiatre en raison d'une anomalie, ou modifications ou ajustements à des chaussures orthopédiques en magasin ou à des chaussures normales, ou encore chaussures faites sur mesure par un cordonnier orthopédiste autorisé en raison d'une anomalie, jusqu'à concurrence de 225 \$ par année civile par personne;
- (h) Fournitures pour iléostomie ou colostomie;
- (i) Procédures de diagnostic et radiologie;
- (j) Agents sclérosants et traitement de veine saphène, moyennant la réception d'une lettre d'un médecin indiquant la raison du traitement;
- (k) Fournitures pour diabétiques. Un maximum de 500 \$ par année civile s'applique aux glucomètres.

## 13. RAPATRIEMENT

Si, à la suite d'une blessure ou d'une maladie subie par une personne assurée pendant qu'elle est à l'extérieur de sa province ou de son territoire de résidence ou à l'étranger, il est nécessaire de la transporter à son point de départ, la Compagnie paie, jusqu'à concurrence de 15 000 \$ par blessure ou maladie, les frais effectivement engagés pour rapatrier la personne assurée par l'itinéraire raisonnable le plus économique. Ces frais comprennent le tarif de retour d'un membre de la famille ou le tarif aller-retour d'un assistant médical compétent si un médecin recommande que la personne assurée soit accompagnée de l'un d'eux.

## 14. GREFFE

Si une chirurgie est pratiquée sur la personne assurée dans le but de prélever un organe devant être greffé sur une autre personne, le prélèvement est considéré comme une maladie de la personne assurée et toutes les dispositions du présent certificat d'assurance s'appliquent comme si le prélèvement était une maladie. Si une greffe est pratiquée à l'étranger, on considère qu'il s'agit d'une maladie qui s'est déclarée à l'étranger.

## Partie 3: PRESTATIONS

1. **Convention de paiement** - Sous réserve des dispositions et restrictions du présent certificat d'assurance et sur réception et approbation par nous d'une preuve en bonne et due forme selon laquelle des frais admissibles ont été engagés pour une personne assurée à la suite d'une maladie ou d'une blessure, nous nous engageons à rembourser ces frais, moins toute somme à déduire en vertu de la clause de coordination des prestations, sous réserve des dispositions de la police principale.

2. **Franchise** - La franchise est précisée dans le Tableau des garanties. Les frais admissibles engagés au cours des trois derniers mois d'une année civile par une personne assurée, qui sont inclus dans la franchise pour l'année en question, peuvent également être inclus dans le calcul de sa franchise pour l'année suivante.

La franchise ne s'applique qu'aux médicaments.

3. **Plafond viager et prise en charge** Le plafond viager est le montant cumulatif maximum qui peut être remboursé aux termes de la police principale. Le plafond global pour une période donnée est le montant cumulatif maximum remboursable à l'égard d'une personne assurée pour les frais admissibles engagés durant cette période aux termes de la police principale et de toute police qu'elle remplace. Le plafond global s'applique à cette période, que l'assurance sur la tête d'une personne assurée soit résiliée ou non durant cette période, quelle qu'en soit la raison.

Avant que la personne assurée atteigne l'âge de 65 ans, un plafond global distinct est établi pour les frais admissibles engagés pour les soins médicaux et chirurgicaux d'urgence et tous les autres frais admissibles. Le plafond global à l'égard d'une personne n'ayant pas encore atteint l'âge de 65 ans est réparti comme suit:

(a) 5 000 000 \$ par personne assurée pour les frais admissibles engagés pour les soins médicaux et chirurgicaux d'urgence;

(b) 1 000 000 \$ par personne assurée pour tous les autres frais admissibles engagés.

Dès que la personne assurée atteint l'âge de 65 ans, un plafond global distinct est établi pour les frais admissibles engagés au Canada et ceux engagés à l'étranger. Le plafond global à l'égard d'une personne assurée ayant atteint l'âge de 65 ans est réparti comme suit :

(a) 50 000 \$ par personne assurée pour les frais admissibles engagés au Canada

(b) 25 000 \$ par personne assurée pour les frais admissibles engagés à l'étranger

Une fois la franchise acquittée conformément à la description de l'article 2 de la présente partie, le paiement des frais admissibles par la Compagnie est effectué comme suit :

(a) 100 % des frais d'hospitalisation admissibles engagés en cas d'hospitalisation;

(b) Pour les services autres que l'hospitalisation :

(i) 80 % des frais admissibles engagés en sus de la franchise et ne dépassant pas 2 500 \$ au total; et;

(ii) 100 % des frais admissibles engagés en sus de la franchise et de la somme de 2 500 \$, jusqu'à concurrence du plafond global de remboursement déterminé en fonction de l'âge de la personne assurée.

Le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année civile, le plafond global de remboursement pour une personne assurée est automatiquement restauré jusqu'à concurrence d'un montant annuel de restauration de 5 000 \$. Toutefois, le plafond global ne peut en aucun cas atteindre un montant supérieur à celui auquel la personne assurée aurait eu droit n'eut été de cette clause.

4. **Coordination des prestations** Si une personne assurée est également couverte par un autre régime, les prestations prévues par tous les régimes sont rajustées de sorte que le remboursement combiné soit plafonné à 100 % des frais admissibles. Ainsi, les prestations payables en vertu de la présente assurance sont réduites en fonction des prestations reçues ou à recevoir d'un autre régime.

Le but de cet exercice est de déterminer quel régime est le premier payeur, c.-à-d. à quel régime la demande doit d'abord être présentée, puis quel régime est le payeur suivant. Voici la méthode utilisée :

- (a) Si l'autre régime n'a pas de disposition de coordination des prestations, la demande doit lui être présentée avant la présente assurance;
- (b) Sinon, si l'autre régime couvre les personnes à votre charge à un titre autre que celui de personne à charge, alors la demande doit lui être présentée avant la présente assurance;
- (c) Sinon, le régime du parent dont l'anniversaire de naissance survient en premier au cours de l'année civile est le premier payeur.

Si l'on ne peut déterminer l'ordre de priorité de la façon ci-dessus, les prestations à verser sont calculées proportionnellement entre les divers régimes en fonction du montant qui aurait été remboursé par chaque régime si lui seul était en vigueur.

Par « régime », on entend tout contrat d'assurance ou toute autre entente, toute assurance maladie payée d'avance ou toute assurance accident pour étudiant.

5. **Recours contre un tiers** Si une personne assurée a un droit de recours contre une personne, une entreprise ou un autre organisme pour des frais remboursés en totalité ou en partie par la Compagnie, le montant versé par la Compagnie pour le remboursement de ces frais peut être recouvré par la Compagnie auprès de la personne assurée à qui l'indemnisation a été versée, mais le montant recouvré par la Compagnie ne peut être supérieur au montant recouvré en raison du recours contre un tiers.

## Partie 4: EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS

### Exclusions générales

La présente assurance ne couvre ni les pertes ni les frais attribuables à ce qui suit :

- Des blessures auto-infligées; ou
- La guerre ou un acte de guerre; ou
- Le service actif à temps plein dans les forces armées d'un pays ou d'un organisme international; ou
- Des soins remboursables en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou sur les maladies professionnelles, d'un régime d'assurance maladie gouvernement, de la loi ou de tout intermédiaire; ou
- Les déplacements pour une cure de santé, des examens médicaux périodiques ou des examens exigés par un tiers; ou
- L'achat ou l'ajustement de lunettes ou de verres de contact, ou
- Les traitements, appareils ou frais dentaires, sauf ceux mentionnés à la Partie 2 du présent certificat d'assurance; ou
- Une chirurgie esthétique, sauf si elle est nécessaire à la suite d'une blessure; ou
- Les vitamines (à moins qu'elles ne soient injectées), les dispositifs de contraception, les médicaments contre l'impuissance, les médicaments en vente libre, les stéroïdes anabolisants, la procréation médicalement assistée, les auxiliaires anti-tabagisme et tout médicament, traitement ou fourniture qui n'est pas approuvé par Santé Canada, ou qui est au stade expérimental, qui est utilisé à titre préventif ou dont l'usage est restreint, qu'il soit approuvé ou non; ou
- Tous les types de chirurgies.

## **Exclusions concernant les frais engagés à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence ou à l'étranger**

La présente assurance ne couvre ni les pertes ni les frais engagés par la personne assurée pendant qu'elle est à l'extérieur de sa province ou de son territoire de résidence ou à l'étranger s'ils sont attribuables à ce qui suit :

- a) Tout traitement ou toute chirurgie qui n'est pas essentiel au soulagement immédiat d'une douleur aiguë ou de la souffrance qu'éprouve une personne assurée ou qui pourrait raisonnablement être reporté jusqu'à son retour dans sa province ou territoire de résidence ou au Canada; ou
- b) Tout traitement que la personne assurée décide de recevoir à l'extérieur de sa province ou de son territoire de résidence ou à l'étranger à la suite d'un traitement d'urgence ou du diagnostic d'un trouble médical qui, selon les preuves médicales, n'aurait pas empêché la personne assurée de revenir dans sa province ou territoire de résidence ou au Canada pour subir son traitement ou sa chirurgie; ou
- c) Tout service médical ou hospitalier pour lequel la personne assurée a spécifiquement voyagé, que ce soit ou non sur l'avis d'un médecin; ou
- d) Conduite d'un véhicule motorisé sous l'influence de drogues ou de substances toxiques ou avec un taux d'alcool supérieur à 80 milligrammes par 100 millilitres de liquides organiques; ou
- e) Pratique d'un sport professionnel ou participation à un concours de vitesse, plongée sous-marine sans désignation de base d'une école certifiée ou d'un organisme autorisé, saut à l'élastique (bungee), parachutisme, parapente, alpinisme, spéléologie ou toute activité aérienne à moins que la personne assurée voyage à titre de passager dans un appareil appartenant à une compagnie aérienne commerciale.
- f) Toute affection ou maladie dont vous souffrez ou que vous contractez si les autorités canadiennes avaient publié, avant votre date de départ, un des avis officiels suivants – « Éviter tout voyage non essentiel » ou « Éviter tout voyage » – pour votre pays, région ou ville de destination. Pour consulter les avertissements aux voyageurs, rendez-vous sur le site d'information sur les voyages du gouvernement du Canada.

## **Restriction générale**

Seuls les frais admissibles qui ne sont pas couverts par un régime provincial ou territorial sont remboursés par le régime. Les frais couverts par un régime gouvernement ou tout autre régime d'assurance maladie ne sont pas remboursés. Manuvie a droit au remboursement de tout montant obtenu à la suite d'un recours contre un tiers.

En outre, aucune prestation n'est versée aux termes du régime pour :

- a) La portion des frais engagés pour des soins, traitements ou fournitures admissibles en vertu du présent régime et qui sont couverts en vertu d'un régime d'assurance maladie gouvernement.
- b) La portion de tous frais supérieurs aux frais jugés raisonnables et habituels.

## **Restriction à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence ou à l'étranger**

La période de couverture de la présente assurance pour tout séjour à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence ou à l'étranger est limitée aux 60 premiers jours consécutifs. La période de couverture de la présente assurance pour tous les déplacements par période de six mois est limitée aux 75 premiers jours. La présente assurance ne couvre pas les pertes ou les frais engagés par la personne assurée pendant qu'elle est à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence ou à l'étranger pour toute période en sus de la période de couverture.

## **Restriction à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence ou à l'étranger concernant les états préexistants**

La présente assurance ne couvre pas les pertes ou les frais engagés par la personne assurée pendant qu'elle est à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence ou à l'étranger s'ils sont attribuables à une maladie ou à une blessure, ou à un état connexe, pour lequel la personne assurée a reçu un traitement ou a dû prendre des médicaments au cours de la période de 90 jours précédant la date de son départ. Cependant, tout état qui est stabilisé par l'usage régulier de médicaments prescrits par un médecin est couvert, pourvu qu'au cours de la même période de 90 jours l'état de la personne assurée soit demeuré stable et qu'il n'y ait eu aucun changement de médicament ou de posologie.

## Restriction à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence ou à l'étranger concernant la grossesse et l'accouchement

La présente assurance ne couvre pas les pertes ou les frais engagés pour le traitement ou l'hospitalisation d'une mère ou de son ou ses enfants à la suite d'une grossesse, d'une fausse couche, d'un accouchement ou de complications de celles-ci au cours des deux mois qui précèdent la date prévue de l'accouchement.

### Partie 5: PRIMES

1. **Contrepartie** L'assurance prévue par le présent certificat est accordée en contrepartie du paiement des primes à la date d'échéance

2. **Date d'échéance** La prime d'assurance est payable à l'avance et doit être versée à la date d'entrée en vigueur de la couverture et, par la suite, à la date d'échéance de la prime de renouvellement.

La prime peut être réglée par versements échelonnés conformément aux modalités et conditions de paiement en vigueur à la date d'échéance.

3. **Délai de grâce** Un délai de grâce de 31 jours vous est accordé pour régler vos primes à compter de la date d'échéance de chaque prime ou versement échelonné. Durant ce délai, l'assurance demeure en vigueur moyennant le versement subséquent de la prime durant le délai de grâce.

4. **Montant de la prime** Le montant de chaque prime est déterminé en fonction de votre âge atteint à la date d'échéance de la prime, du régime d'assurance accordé et des taux de primes en vigueur en vertu des dispositions de la police principale, sous réserve de tout rajustement au taux de prime régulier indiqué dans votre Tableau des garanties. Les primes ainsi déterminées, ou les versements correspondants, sont facturés par Manuvie.

5. **Erreurs de facturation** S'il apparaît que le montant facturé par Manuvie est incorrect, l'erreur sera rectifiée. S'il y a un solde impayé, une facture modifiée est émise et vous avez 31 jours à compter de la date de la nouvelle facture pour le régler.

Aucune rectification rétroactive n'est effectuée pour une période de plus de six mois si les primes facturées sont inférieures au montant exact, à moins que l'erreur ne soit due à des renseignements inexacts que vous aviez transmis ou qui avaient été transmis en votre nom.

6. **Paiement de primes en retard** Votre couverture prend fin si une prime n'est pas payée à la date d'échéance ou au cours du délai de grâce qui suit.

7. **Non réception d'un avis de facturation** Même si vous ne recevez pas d'avis de facturation dans les cinq jours de la date d'échéance de la prime, vous devriez quand même nous faire parvenir un paiement conditionnel durant le délai de grâce correspondant au moins à la prime facturée à la date d'échéance précédente.

Si vous ne recevez pas d'avis de facturation, vous devez en aviser Manuvie.

Le paiement conditionnel est assujéti à un rajustement, au besoin, après que l'erreur de facturation a été corrigée.

8. **Variations de primes** Les primes peuvent varier selon l'âge et changer au moment où vous passez à une nouvelle catégorie d'âges. De plus, nous nous réservons le droit de modifier les taux de primes et vous informerons de toute augmentation de primes, le cas échéant.

9. **Avis de changement d'adresse** Vous êtes tenu d'informer Manuvie de tout changement d'adresse dans les plus brefs délais. Si aucun avis n'a été reçu, la dernière adresse communiquée à la Compagnie est réputée exacte aux fins du certificat d'assurance.

## Partie 6: DISPOSITIONS CONTRACTUELLES

1. **Contrat légal** Votre certificat d'assurance est établi en contrepartie des déclarations que vous avez faites dans la proposition; une copie devrait être annexée aux présentes. La police principale, tout avenant à celle-ci, votre proposition et le présent certificat d'assurance, sous réserve de toute modification apportée conformément aux dispositions stipulées dans les présentes, constituent le contrat indivisible établi entre nous et la personne assurée nommée dans le Tableau des garanties. Les dispositions de la police principale régissent tous les droits d'indemnisation de la personne assurée.

Il est possible de consulter une copie de la police principale, en vertu de laquelle le présent certificat d'assurance est établi, au bureau de l'Association n'importe quand durant les heures normales d'ouverture.

Seul le président de Manuvie est autorisé à passer ou à modifier le contrat d'assurance.

2. **Date d'entrée en vigueur de l'assurance** En vertu des présentes, votre assurance et celle des personnes à votre charge indiquées dans la proposition au moment de l'établissement du présent certificat prend effet à la date d'entrée en vigueur indiquée au Tableau des garanties.

Toutes les périodes d'assurance commencent et prennent fin à 0 h 1, à l'adresse domiciliaire de la personne assurée.

Il est possible d'ajouter le nom de personnes à charge admissibles à la liste des personnes assurées en présentant une demande écrite à la Compagnie dans les 45 jours qui suivent l'événement qui occasionne un changement dans le statut de la couverture (par exemple de « membre seulement » à « membre et conjoint », ou de « membre et conjoint » à « membre, conjoint et enfants »), accompagnée de la prime applicable. Leur assurance entre alors en vigueur à l'une des dates suivantes :

- (a) S'il s'agit du conjoint d'un membre dont le mariage survient après la date d'entrée en vigueur, la couverture prend effet à la date du mariage;
- (b) S'il s'agit d'un enfant d'un membre né après la date d'entrée en vigueur, la couverture prend effet à compter de la date de naissance de l'enfant;
- (c) Dans le cas d'un enfant adopté légalement, ou d'un enfant du conjoint à la charge du membre après la date d'entrée en vigueur, la couverture prend effet à la date à laquelle l'enfant a été adopté légalement ou à la date du mariage dans le cas d'un enfant du conjoint.

En ce qui concerne les paragraphes (b) et (c) qui précèdent, si le membre a déjà une couverture « membre, conjoint et enfants » ou « membre et enfants », tous les enfants nés ou pris en charge après la date d'entrée en vigueur de la couverture « membre, conjoint et enfants » ou « membre et enfants » sont assurés d'office à compter de leur date de naissance ou de la date de prise en charge sans tenir compte de la date à laquelle la modification a été déclarée à la Compagnie.

Il est cependant important d'aviser la Compagnie dès que possible afin d'ajouter le nom de l'enfant à la liste des personnes assurées avant qu'une demande de règlement soit soumise au nom de cet enfant.

3. **Renouvellement, modification ou résiliation de la présente police** Les dispositions de la présente police principale peuvent être modifiées en tout temps au moyen d'une entente entre Ingénieurs Canada et nous, sans consentement de votre part ou sans avis de notre part, sauf dans le cas où ladite modification change les modalités de votre assurance. Dans ce cas, nous ferons parvenir des avenants ou documents de modification à Ingénieurs Canada, qui vous les remettra.

Nous garantissons le renouvellement de l'assurance. Néanmoins, nous nous réservons le droit de déterminer si les taux sont adéquats et de les rajuster au besoin.

À moins d'indication explicite dans les présentes dispositions, nous ne pouvons modifier ou résilier la police principale que si nous l'avons fait pour toutes les autres personnes assurées en vertu du même régime dans une province ou un territoire donné. Aucune modification apportée à la police principale ayant un effet défavorable sur votre assurance ne peut s'appliquer à une demande de règlement en cours ou en suspens.

4. **Résiliations individuelles** La présente assurance est résiliée d'office à la première des dates suivantes :
- (a) La date à laquelle la police principale est résiliée si votre prime de renouvellement vient à échéance à cette date, ou la date de renouvellement de la prime qui suit la date à laquelle la police principale est résiliée si votre prime de renouvellement ne vient pas à échéance à cette date; ou
  - (b) Le premier jour du mois suivant la réception d'une demande écrite de votre part pour mettre fin à l'assurance; ou
  - (c) L'expiration du délai de grâce; ou
  - (d) La date à laquelle vous n'êtes plus couvert en vertu du régime d'assurance maladie d'État. Il vous incombe d'en informer la Compagnie dès que vous ne résidez plus au Canada. Si vous tardez à nous en aviser, aucun remboursement de prime ne peut être effectué pour une période de plus de trois mois.

L'assurance sur la tête d'une personne à charge assurée est résiliée d'office à la première des dates suivantes :

- (a) La date à laquelle votre assurance est résiliée; ou
- (b) La date à laquelle la personne à charge cesse d'être une personne à charge, selon la définition à la Partie 1. Il vous incombe d'en informer la Compagnie dans les plus brefs délais dès que la personne à votre charge cesse d'être une personne à charge selon cette définition. Si vous tardez à nous en aviser, aucun remboursement de prime ne peut être effectué pour une période de plus de trois mois.

La résiliation de l'assurance sur la tête d'une personne assurée durant une période d'hospitalisation est effectuée sous réserve de toute demande de règlement visant la portion de la période d'hospitalisation qui suit la date de résiliation, pourvu que celle-ci ne dépasse pas 90 jours.

5. **Remise en vigueur** Si votre assurance ou celle des personnes à votre charge est résiliée pour quelque raison que ce soit, l'assurance n'est remise en vigueur qu'à une date déterminée par la Compagnie et pour les garanties déterminées à sa discrétion, conformément aux dispositions et aux procédures établies par la Compagnie de temps à autre.

Une demande de règlement présentée pendant que le certificat d'assurance n'est pas en vigueur ne donne droit à aucune indemnisation.

6. **Déclaration inexacte de l'âge** Dans le cas d'une fausse déclaration relativement à la date de naissance de la personne assurée, la date de naissance réelle prévaut et les prestations, le cas échéant, se limitent à celles qui auraient été versées si la date de naissance réelle avait été indiquée dans la proposition.
7. **Non-renonciation** Toute renonciation à une clause, condition ou disposition du présent certificat d'assurance, ou tout défaut de notre part d'insister sur l'exécution ou l'observation de celle-ci, ne doit pas être interprété comme une renonciation ou une dérogation, en tout ou en partie, à la même clause, condition ou disposition.
8. **Monnaie** Tout montant que nous versons ou recevons en vertu du présent certificat d'assurance est payable au Canada en monnaie canadienne.
9. **Lois régissant le contrat** Votre assurance est assujettie aux lois de votre province ou territoire de résidence.
10. **Divulgateion** Vous devez divulguer, dans la proposition visant le présent certificat d'assurance ou dans toute demande de remise en vigueur, tous les faits importants par rapport au contrat. Sous réserve des dispositions d'incontestabilité, tout défaut de divulguer ces faits importants ou toute déclaration erronée concernant des faits importants dans la proposition nous donne le droit de résilier la couverture durant la période de contestabilité, avec remboursement de toutes les primes payées.

11. **Incontestabilité** Le présent certificat d'assurance ou tout paiement en vertu du présent certificat peuvent être contestés si une déclaration faite dans la proposition ou dans toute autre déclaration ou document écrits représentent faussement ou omettent tout fait important concernant l'assurance. Sauf en cas de fraude, nous ne pouvons contester le présent certificat d'assurance après qu'il a été en vigueur du vivant de la personne assurée pendant deux ans à partir de la plus récente des dates suivantes : la date d'entrée en vigueur originale du certificat, la date d'entrée en vigueur de toute modification ou la dernière date de remise en vigueur
12. **Disposition relative à la réinscription garantie** Cette disposition s'applique à ceux qui sont ou ont été assurés pendant deux années consécutives en vertu de la police principale. Pour se prévaloir de cette disposition, vous devez résilier votre couverture actuelle en faveur d'un régime collectif parrainé par l'employeur. Dans ce cas, vous pouvez, à une date ultérieure, adhérer de nouveau au régime de l'Association sans avoir à soumettre de preuve d'assurabilité, sous réserve des conditions suivantes :
- (a) Le régime de l'Association doit être en vigueur auprès de Manuvie;
  - (b) La réinscription au régime doit être effectuée dans les dix ans suivant la date de cessation de votre assurance;
  - (c) Vous devez avoir moins de 55 ans lors de la réinscription au régime;
  - (d) Toute demande de réinscription doit être effectuée dans les 90 jours suivant la date à laquelle vous cessez de participer au régime d'assurance collective de l'employeur. Vous devez fournir des preuves adéquates selon lesquelles vous participiez au régime en question;
  - (e) À la réinscription, l'assurance souscrite ne peut être supérieure à celle qui était détenue auparavant dans le cadre du régime de l'Association.
13. **Prolongation de l'assurance du conjoint et des enfants à charge** Advenant le décès de l'assuré principal, l'assurance offerte dans le cadre du présent certificat d'assurance peut être prolongée sur la tête des personnes à charge assurées, pourvu qu'une demande écrite parvienne à la Compagnie dans les 90 jours qui suivent la date du décès du membre assuré. La prime pour cette prolongation d'assurance est égale au taux courant pour la couverture « membre et conjoint » ou « membre, conjoint et enfants », moins le taux pour « membre seulement ».
14. **Maintien de l'assurance en faveur des enfants handicapés** La présente disposition s'exerce uniquement si un enfant de la personne assurée ne peut pas subvenir à ses besoins en raison d'un handicap physique ou mental et dépend principalement de la personne assurée pour sa subsistance à la date à laquelle son assurance prendrait normalement fin compte tenu de son âge (voir la définition donnée à la partie 1). L'assurance de cet enfant est maintenue au-delà de l'âge limite prévu, pourvu qu'une attestation de son handicap soit fournie à la Compagnie dans les 31 jours suivant la date à laquelle il a atteint l'âge limite, mais elle prend fin à la première des dates suivantes :
- (a) La date à laquelle l'enfant se marie;
  - (b) La date à laquelle l'enfant n'est plus atteint de handicap;
  - (c) La date à laquelle l'enfant cesse de dépendre principalement du membre assuré pour subvenir à ses besoins et pour sa subsistance;
  - (d) La date à laquelle la personne assurée omet de fournir une attestation, si elle lui est demandée;
  - (e) La date à laquelle l'assurance des personnes à la charge du membre assuré prend fin, quelle qu'en soit la raison.
15. **Délai de prescription** Les actions ou instances en recouvrement des sommes payables aux termes du présent contrat intentées contre l'assureur sont irrecevables sauf si elles sont intentées dans les délais prescrits par la Loi sur les assurances ou toute autre loi applicable ou la *loi de 2002 sur la prescription des actions*, pour l'Ontario.

16. **Bénéficiaire** Le présent certificat ne comprend pas le droit de nommer un bénéficiaire.
17. **Droit d'obtenir des copies des documents** S'il en reçoit la demande, l'assureur fournit au demandeur ou à l'assuré une copie de la proposition en question ainsi que tout document transmis à l'assureur à titre de preuve d'assurabilité, dans la mesure prévue par la loi.

## Partie 7 : DEMANDES DE RÈGLEMENT

1. **Présentation d'une demande de règlement** Dans le cas d'une demande de paiement direct pour médicaments auprès d'une pharmacie participante, pourvu que la demande vise des frais admissibles, vous ne devez payer que la franchise et le montant de coassurance à la pharmacie.
- Afin d'éviter tout retard, veuillez inscrire votre nom au complet et le numéro du certificat, le nom du titulaire (Ingénieurs Canada) et le numéro de la police principale (90507) sur les formulaires de demande de règlement ou la correspondance que vous faites parvenir à la Compagnie. Le membre assuré doit remplir le formulaire au complet et le signer avant de le présenter à la Compagnie.
2. **Soumission d'une demande de règlement visant la coordination des prestations** La personne assurée doit déterminer quel régime est le premier assureur et lequel est le deuxième assureur. Elle doit soumettre tous les formulaires de demande de règlement requis au premier assureur. Elle doit conserver une photocopie du formulaire de demande de règlement. Lorsque le premier assureur a réglé le sinistre, la personne assurée reçoit de lui une explication décrivant la façon dont le remboursement initial a été calculé. La personne assurée doit soumettre cette explication, accompagnée de tous les formulaires de demande de règlement requis, au deuxième assureur afin que ce dernier rembourse le reste des frais admissibles.
3. **Preuve de sinistre** Dans le cas d'une demande de règlement, sauf pour le paiement direct de médicaments auprès d'une pharmacie participante, une preuve écrite, décrite sur le formulaire de demande de règlement, doit nous être présentée dans les 18 mois suivant la date de sinistre, sans toutefois dépasser six mois après la date de résiliation de votre assurance.
4. **Action en justice** Toute action ou poursuite contre la Compagnie doit être intentée dans l'année qui suit le fait qui a donné lieu à la poursuite, ou dans le laps de temps prévu par la loi dans votre province ou territoire de résidence.
5. **Examen des dossiers** Tout dossier de la personne assurée qui contient des renseignements pertinents dans le cadre du certificat d'assurance peut faire l'objet d'un examen par la Compagnie pendant la durée du certificat d'assurance et dans un délai d'un an suivant sa résiliation. Les données sur les demandes de règlement sont conservées pendant deux ans suivant la date à laquelle elles sont présentées.
6. **Prestations non reliées aux soins médicaux** Toutes les prestations non reliées à des soins médicaux sont versées par la Compagnie dans les 30 jours suivant la réception des preuves de sinistre. À défaut de paiement dans le délai prescrit, la Compagnie versera de l'intérêt sur le montant impayé au taux établi conformément à la pratique actuelle.
7. **Choix du bénéficiaire** Toutes les prestations payables en vertu du présent certificat d'assurance sont payables à la personne assurée ou, advenant le décès de la personne assurée, au bénéficiaire effectif et, si aucune désignation de bénéficiaire n'existe, à sa succession.

## Partie 8 : DISPOSITION DE MAINTIEN INTERPROVINCIAL DE L'ASSURANCE

Si vous déménagez à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence, vous cessez d'être couvert par votre régime d'assurance maladie d'État. Votre assurance en vertu du présent certificat d'assurance prend également fin. Toutefois, pour vous permettre de maintenir votre protection si vous déménagez dans une autre province ou un autre territoire du Canada, vous pouvez maintenir votre assurance auprès de Manuvie en vertu des modalités et des primes en vigueur dans votre nouvelle province ou nouveau territoire de résidence, sous réserve de tout rajustement précisé au Tableau des garanties, pourvu que :

- a) Vous nous informiez par écrit de votre départ de votre province ou territoire de résidence dans les 60 jours suivant le déménagement; et
- b) Vous adhérez au régime d'assurance maladie de votre nouvelle province ou nouveau territoire de résidence; et;
- c) La résiliation de votre assurance ne se serait par ailleurs pas produite en vertu de l'article 4 de la partie 6.

## Partie 9 : CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ A L'ASSURANCE

**Membre** s'entend d'une personne qui, au moment de la proposition, était :

- a) légalement autorisée à exercer la profession d'ingénieur - ou suivait la formation requise - et était inscrite à titre de membre de l'une des associations provinciales ou territoriales formant Ingénieurs Canada ou de l'une de ses organisations participantes, énumérées à la [section \(i\) de l'Annexe A](#), notamment les ingénieurs, les géo scientifiques, les techniciens, les technologues, les architectes; les membres stagiaires; les étudiants en génie qui étaient membres d'une section estudiantine d'une association ou d'un ordre où une telle section existe et qui prévoyaient obtenir leur diplôme d'un programme reconnu par le Bureau canadien d'accréditation des programmes en ingénierie dans les 24 mois suivant la date prévue d'obtention de ce diplôme; les membres dont les droits et privilèges ont été suspendus; les membres suspendus, ainsi que les membres à la retraite;
- b) un salarié permanent à temps plein d'Ingénieurs Canada, de la Ontario Society of Professional Engineers (OSPE), de Genium360 ou de l'une des associations participantes citées à la [section \(ii\) de l'Annexe A](#);
- c) un membre de l'Institut canadien des ingénieurs, y compris un membre dont les droits et privilèges ont été suspendus ou un membre suspendu, qui a transféré sa couverture au régime du Conseil canadien des ingénieurs au 1er juin 1979;
- d) un technologue ou un technicien en foresterie et un membre inscrit de la Applied Science Technologists and Technicians of British Columbia au 1er décembre 2003 et dont l'adhésion a été transférée à l'Association of British Columbia Professional Foresters au 1er décembre 2003; ou
- e) titulaire d'un permis restreint d'ingénieur et membre de l'une des associations provinciales ou territoriales formant Ingénieurs Canada ou de l'une de ses organisations participantes énumérées à la [section \(i\) de l'Annexe A](#) afin d'exercer la profession d'ingénieur dans un cadre restreint ou d'exercer seulement certaines fonctions de la profession d'ingénieur

Pour les résidents du Québec seulement, sont exclus en tout temps, les membres qui se trouvent dans l'une des situations suivantes:

- (i) qui n'occupent pas de fonction rémunératrice, uniquement au cours de la période durant laquelle ils sont dans cette situation
- (ii) ayant le statut d'invalides permanent;
- (iii) ayant le statut de retraité; ou qui
- (iv) retournent aux études à temps complet.

## **Annexe A**

### **Section (i)**

#### **Associations d'ingénieurs**

Association of Professional Engineers and Geoscientists of Alberta  
Engineers and Geoscientists British Columbia  
Engineers and Geoscientists Manitoba  
Engineers and Geoscientists New Brunswick  
Professional Engineers and Geoscientists of Newfoundland & Labrador  
Northwest Territories and Nunavut Association of Professional Engineers and Geoscientists  
Association of Professional Engineers Nova Scotia  
Ontario Society of Professional Engineers  
Engineers P.E.I.  
Association of Professional Engineers and Geoscientists of Saskatchewan  
Engineers Yukon; ou  
Genium360

### **Section (ii)**

#### **Associations de techniciens et technologies**

Ordre des technologues professionnels du Québec  
The Association of Science & Engineering Technology Professionals of Alberta  
The Ontario Association of Certified Engineering Technicians and Technologists  
Certified Technicians and Technologists Association of Manitoba  
The Applied Science Technologists and Technicians of British Columbia  
The Society of Certified Engineering Technicians and Technologists of Nova Scotia  
New Brunswick Society of Certified Engineering Technicians and Technologists  
Association of Engineering Technicians and Technologists of Newfoundland Inc.  
Saskatchewan Applied Science Technologists and Technicians  
Island Technology Professionals; ou

#### **Associations de géologues**

Association of Professional Geoscientists of Ontario  
Geoscientists Nova Scotia  
Ordre des Géologues du Québec

#### **Associations d'architectes**

Ordre des Architectes du Québec  
Manitoba Association of Architects  
Newfoundland and Labrador Association of Architects  
Architects' Association of New Brunswick  
Nova Scotia Association of Architect

SPÉCIMEN

## **Assurance établie par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie)**

Manuvie, le M stylisé et Manuvie & M stylisé sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers et sont utilisées par elle, ainsi que par ses sociétés affiliées sous licence.

© La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers, 2021. Tous droits réservés.

P.O. Box 670, Stn Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4B8, 1 877 598-2273 [manuvie.ca](http://manuvie.ca)

Des formats accessibles et des aides à la communication sont offerts sur demande.

Rendez-vous à l'adresse [manuvie.com/accessibilite](http://manuvie.com/accessibilite) pour obtenir de plus amples renseignements.

