

Voir la vie en Bleue

Flex Bleue^{MD}

Plan **Express**

Personnes avec ou sans
travail rémunérateur

Aucun examen médical requis

 **CROIX BLEUE^{MD}**
DU QUÉBEC

Plan **Express**

Comme son nom en fait mention, ce plan vous assure l'émission rapide de votre contrat d'assurance puisqu'il ne requiert aucun examen médical. Il peut être disponible pour vous, votre conjoint ou votre famille selon la garantie choisie.

De plus, 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 juridique
- 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!



Complice de votre bien-être

Admissibilité des garanties du PLAN EXPRESS

Pour être admissible aux garanties du **PLAN EXPRESS**, 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 invalide;
- ne pas être hospitalisé, ni en attente d'une hospitalisation;
- ne pas être atteint ou avoir été atteint d'un cancer du sein;
- ne pas avoir été atteint ou n'avoir jamais été diagnostiqué ni traité pour tout type de cancer dans les cinq (5) dernières années;
- ne pas être atteint ou avoir été atteint du sida ou d'une forme de pré-sida;
- avoir complété la partie « Déclaration » de la proposition.

Prise d'effet des garanties du PLAN EXPRESS

Les garanties du **PLAN EXPRESS** prennent effet à minuit et une minute, le jour qui suit la date de la signature de la proposition



PARTICULARITÉS

Renouvellement

Le contrat est renouvelé d'année en année, à sa date d'anniversaire.

Croix Bleue ne peut résilier un contrat avant que la personne assurée n'ait atteint l'âge maximum prévu pour chaque garantie et tant que le preneur paie sa prime au moins 30 jours avant la date prévue du renouvellement.

Modification du contrat

Lors d'un renouvellement, l'assureur détermine le montant de la prime pour les prochains 12 mois. Toute modification de prime doit être signifiée au preneur 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.



Vie EXPRESS

Vous pouvez choisir un montant d'assurance pouvant atteindre jusqu'à 20 000 \$.

ADMISSIBILITÉ ET MONTANTS D'ASSURANCE DISPONIBLES

(par tranche de 1 000 \$)

40 ans à 64 ans	2 000 \$ à 20 000 \$
65 ans à 70 ans	2 000 \$ à 6 000 \$
71 ans à 79 ans	2 000 \$

Limitations

Si votre décès survient au cours des six premiers mois de la mise en vigueur de l'assurance ou de la remise en vigueur de l'assurance, la responsabilité de l'assureur est limitée au remboursement des primes perçues relativement à la garantie.

Par contre, si le décès survient entre le 6^e mois et la fin de la première année de la mise en vigueur de l'assurance ou de la remise en vigueur de l'assurance, la responsabilité de l'assureur se limite à 2 000 \$ plus la différence de prime entre la somme assurée choisie et le 2 000 \$.

Si, entre le 12^e et le 24^e mois de la mise en vigueur de l'assurance ou de la remise en vigueur de l'assurance, vous décédez à la suite d'une cardiopathie, la responsabilité de l'assureur se limite à 50 % de la somme assurée choisie sans toutefois être inférieure à 2 000 \$.

Suicide

Dans le cas d'un suicide ou des suites de toute tentative de suicide au cours des 12 premiers mois qui suivent la date de prise d'effet de la présente garantie ou de sa remise en vigueur, que la personne assurée soit saine d'esprit ou non lors du suicide ou de la tentative de suicide, cette garantie est nulle et sans effet et la responsabilité de l'assureur est limitée au remboursement des primes perçues relativement à la garantie ou à l'augmentation du montant souscrit, selon le cas.

Décès ACCIDENTEL

Vous pouvez choisir une protection pouvant atteindre 500 000 \$ dans le cas d'un décès accidentel.

ADMISSIBILITÉ ET MONTANTS D'ASSURANCE DISPONIBLES

(par tranche de 25 000 \$)

16 ans à 69 ans	25 000 \$ à 500 000 \$
70 ans à 79 ans	25 000 \$

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'âge de 65 ans.

Réduction

Le montant d'assurance sera réduit à 25 000 \$ lorsque vous aurez atteint l'âge de 70 ans.

Perte d'usage ACCIDENTELLE

Cette protection vous permet d'obtenir une indemnisation dans le cas de la perte d'usage d'un ou de plusieurs membres de façon accidentelle.

ADMISSIBILITÉ ET MONTANTS D'ASSURANCE DISPONIBLES

(par tranche de 25 000 \$)

16 ans à 64 ans	25 000 \$ à 500 000 \$
-----------------	------------------------

Perte	% de la somme assurée
La vue des deux yeux	100 %
Les deux mains ou les deux pieds	100 %
Une main et un pied	100 %
Une main et un oeil	100 %
Un pied et un oeil	100 %
L'ouïe et la parole	100 %
Un bras ou une jambe	75 %
Une main ou un pied	50 %
Un oeil ou l'ouïe ou la parole	50 %
Un pouce	25 %
Un doigt de la main autre que le pouce	6,25 %

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'âge de 65 ans.

Limitations

- Le montant maximum payable en un ou plusieurs versements pour toutes les pertes subséquentes à l'amputation du pouce ou des doigts ne peut excéder 50 % de la somme assurée que vous aurez choisie.
- Le montant maximum payable en un ou plusieurs versements, pour toutes les pertes subséquentes à un même accident durant une période de 365 jours ne peut excéder 100 % de la somme assurée que vous aurez choisie.

Fin de la garantie

Cette garantie se termine à l'anniversaire du contrat qui coïncide avec ou qui suit votre 70^e anniversaire de naissance.



Vie, décès et perte d'usage **ACCIDENTELS - ENFANTS**

Cette garantie prévoit le paiement d'un montant forfaitaire dans le cas d'un décès naturel ou encore d'un décès ou perte d'usage d'un ou de plusieurs membres de façon accidentelle.

MONTANTS D'ASSURANCE DISPONIBLES

(par tranche de 2 500 \$)
2 500 \$ à 25 000 \$

Suicide

Dans le cas d'un suicide ou des suites de toute tentative de suicide au cours des 12 premiers mois qui suivent la date de prise d'effet de la présente garantie ou de sa remise en vigueur, que la personne assurée soit saine d'esprit ou non lors du suicide ou de la tentative de suicide, cette garantie est nulle et sans effet et la responsabilité de l'assureur est limitée au remboursement des primes perçues relativement à la garantie ou à l'augmentation du montant souscrit, selon le cas.

Perte	% de la somme assurée
La vie	100 %
La vue des deux yeux	100 %
Les deux mains ou les deux pieds	100 %
Une main et un pied	100 %
Une main et un oeil	100 %
Un pied et un oeil	100 %
L'ouïe et la parole	100 %
Un bras ou une jambe	75 %
Une main ou un pied	50 %
Un oeil ou l'ouïe ou la parole	50 %
Un pouce	25 %
Un doigt de la main autre que le pouce	6,25 %

Frais admissibles

Invalidité totale d'un étudiant

(âgé entre 17 et 25 ans et fréquentant une institution scolaire à temps plein)
Lorsqu'un enfant assuré étudiant devient totalement invalide à la suite d'un accident, nous lui verserons un montant de 200 \$ par semaine (ou de 28,75 \$ par jour si une semaine est incomplète) pour la période du 1^{er} juin au 31 août suivant immédiatement la date de l'accident, pourvu que l'enfant assuré soit toujours invalide au cours de cette période. Le délai de carence de 7 jours est toutefois applicable.

Réadaptation scolaire

Les frais de scolarité pour des cours privés ou les frais de rééducation, y compris les frais de transport scolaire vous seront remboursés, jusqu'à un maximum de 5 000 \$ par accident. L'enfant assuré doit entreprendre sa réadaptation dans les six mois suivant l'accident.

Limitations

- Le montant maximum payable en un ou plusieurs versements pour toutes les pertes subséquentes à l'amputation du pouce ou des doigts ne peut excéder 50 % de la somme assurée que vous aurez choisie.
- Le montant maximum payable en un ou plusieurs versements, pour toutes les pertes subséquentes à un même accident durant une période de 365 jours, ne peut excéder 100 % de la somme assurée que vous aurez choisie.

Fin de la garantie

Cette garantie prend fin à la date où l'assuré principal n'est plus couvert en vertu du contrat ou encore lorsque l'enfant assuré ne répond plus à la définition d'enfant à charge contenue dans les CONDITIONS GÉNÉRALES de votre contrat.

Rente **HOSPITALIÈRE EXPRESS**

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

ADMISSIBILITÉ ET MONTANTS D'ASSURANCE DISPONIBLES

(par tranche de 25 \$)
16 ans à 74 ans 25 \$ à 100 \$ par jour

Description des frais remboursables

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.

L'indemnité est doublée lors d'une hospitalisation pour cause de cancer, crise cardiaque ou lorsque vous êtes hospitalisé dans une unité de soins intensifs pour une période maximale de 30 jours par hospitalisation.

Frais de transport

Une allocation de frais de transport pour traitements en soins externes, recommandés par un médecin à la suite d'une hospitalisation qui a donné droit à des indemnités, est attribuée, sur présentation de preuves de visite, pour un montant maximal de 20 \$ par visite, sous réserve d'un maximum hebdomadaire de deux visites sans excéder un maximum viager de 500 \$.

Frais de déménagement

Dans l'éventualité où vous devriez 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'auriez 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.

Chirurgie d'un jour

Lorsque vous subissez une chirurgie d'un jour, l'assureur verse une indemnité de quatre jours incluant le jour de la chirurgie et trois jours de convalescence.

Indemnités de convalescence

Durée d'hospitalisation	Nombre de jours de convalescence payable
1 à 5 jours	3 jours
6 à 10 jours	4 jours
11 à 15 jours	5 jours

Si vous êtes toujours en invalidité totale à la suite d'une hospitalisation de plus de 15 jours, une indemnité supplémentaire de convalescence sera versée pour chaque journée excédant la 15^e journée d'hospitalisation, sous réserve d'une période maximale de 60 jours d'hospitalisation.

Indemnisation maximale

La période maximale d'indemnisation est fixée à 1 000 jours, à vie, par personne assurée.

Assistance MALADIES GRAVES

Grâce à cette garantie, vous pouvez obtenir un service d'assistance si vous désirez recevoir des soins médicaux à l'extérieur de votre province de résidence, à la suite d'un diagnostic de maladie grave.

De plus, la garantie ASSISTANCE MALADIES GRAVES vous protège contre les conséquences financières au moment où vous pourriez être atteint d'une maladie grave vous empêchant de vaquer à vos occupations.

ADMISSIBILITÉ

16 ans à 59 ans

MONTANTS D'ASSURANCE DISPONIBLES

5 000 \$	10 000 \$	15 000 \$
25 000 \$	50 000 \$	

Assistance pour soins médicaux à l'étranger à la suite d'une maladie grave

Dans l'éventualité où vous désireriez recevoir des soins médicaux à l'extérieur de votre province de résidence, à la suite d'un diagnostic de maladie grave, nous vous offrons les services d'assistance suivants :

- étude du dossier, évaluation et recommandation d'établissements (hôpitaux, cliniques, etc.) ou de personnes ressources (médecins, chirurgiens, etc.) reconnues pour la qualité de leur expertise pour prodiguer les soins requis;
- coordination du transfert des dossiers médicaux pertinents;
- organisation du transport, de l'hébergement et des soins post-hospitalisation s'il y a lieu;
- accès à des coûts compétitifs pour les services requis.

Remboursement des frais à la suite d'une maladie grave

Si vous recevez un diagnostic de l'une des maladies graves couvertes en vertu du contrat Flex Bleue ou en vertu d'un contrat de maladies graves émis par un autre assureur pour lequel la somme assurée est égale ou supérieure à 25 000 \$, nous vous rembourserons les frais suivants :

Réaménagement

Si vous présentez une déficience motrice permanente à la suite d'une maladie grave, nous vous rembourserons les frais indispensables reliés aux services d'un ergothérapeute et au réaménagement de votre automobile et de votre résidence principale. Le maximum viager global est de 5 000 \$ par personne assurée.

Frais de transport

Les frais relatifs au transport de la personne assurée, afin de recevoir des soins ou pour assurer un suivi médical, seront remboursés jusqu'à un maximum viager de 2 500 \$.

Frais relatifs aux services d'une aide domestique et/ou de gardien d'enfants

Sur recommandation du médecin traitant, les frais relatifs aux services d'une aide domestique et/ou gardien d'enfants d'une personne ne résidant pas sous le même toit que la personne assurée, pour lui venir en aide, sous réserve d'un maximum de 25 \$ par jour et d'un maximum de 1 000 \$ à vie.

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.

Limitation

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 mois et le 9^e mois, un montant de 10 \$ par jour d'hospitalisation sera versé sans excéder un maximum de trois jours.

Remboursement DES PRIMES AU DÉCÈS

Le contrat Flex Bleue vous offre la possibilité d'ajouter un complément intéressant à la garantie RENTE HOSPITALIÈRE EXPRESS.

Advenant votre décès, votre bénéficiaire reçoit le pourcentage des primes payées pour la garantie RENTE HOSPITALIÈRE EXPRESS ainsi que pour la présente garantie, selon le tableau suivant :

Âge à l'émission	% du remboursement des primes
16 ans à 54 ans	100 %
55 ans à 74 ans	50 %

Votre prime est établie selon votre âge à l'émission et selon le montant de la garantie RENTE HOSPITALIÈRE EXPRESS que vous aurez choisi.

Dans tous les cas, le remboursement est effectué en soustrayant les réclamations payées pour la garantie RENTE HOSPITALIÈRE EXPRESS.

Fin de la garantie

Cette garantie se termine à l'anniversaire de votre contrat qui coïncide avec ou qui suit votre 80^e anniversaire de naissance.

Maladies graves

En vertu de la présente SECTION, la somme assurée ne peut être versée qu'une seule fois.

Voici les maladies graves qui sont couvertes par cette garantie :

Accident vasculaire cérébral (AVC)

Un diagnostic définitif d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose ou hémorragie intracrânienne ou par une embolie de source extra-crânienne avec :

- apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques, et
- nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés au cours d'un examen clinique,

persistant pendant plus de 30 jours suivant la date du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique.

Le diagnostic d'accident vasculaire cérébral doit être posé par un spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable pour cette condition dans les cas suivants :

- attaques ischémiques cérébrales transitoires, ou
- accident vasculaire intracrânien causé par un traumatisme, ou
- infarctus lacunaire, lequel ne rencontre pas la définition d'accident vasculaire cérébral décrite précédemment.

Cancer

Un diagnostic définitif d'une tumeur caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus.

Le diagnostic de cancer doit être posé par un spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable dans le cas des cancers suivants qui n'ont pas de risque de décès à court terme :

- carcinome in situ; ou
- mélanome malin au stade 1A (mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V), ou
- tout cancer de la peau, autre qu'un mélanome, en l'absence de métastases, ou
- cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b).

Période moratoire d'exclusion

Aucune prestation ne sera payable pour cette condition si :

Dans les 90 premiers jours suivant la plus éloignée des dates suivantes :

- la date de prise d'effet de la garantie, ou
 - la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur,
- l'assuré a présenté des signes, symptômes ou subi des investigations menant à un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans cette garantie), sans égard à la date du diagnostic ou a fait l'objet d'un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans cette garantie).

L'assuré doit rapporter cette information à Croix Bleue dans les six mois suivant la date du diagnostic. Si l'assuré ne divulgue pas cette information, Croix Bleue a le droit de refuser toute réclamation pour un cancer ou pour toute maladie grave causée par un cancer ou par son traitement.

Chirurgie coronarienne

La chirurgie du cœur visant à remédier par pontage aortocoronarien au rétrécissement ou à l'obstruction d'au moins une artère coronaire. Les interventions non chirurgicales, ou par biais de cathéters telles que l'angioplastie percutanée et l'utilisation du laser aux fins de désobstruction ne sont pas couvertes.

Un spécialiste doit déterminer la nécessité médicale de la chirurgie coronarienne.

Infarctus du myocarde (crise cardiaque)

Un diagnostic définitif de la nécrose d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de la circulation sanguine mise en évidence par :

L'élévation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques à des niveaux attestant le diagnostic d'un infarctus, et présentant au moins un des éléments suivants :

- des symptômes de crise cardiaque,
- nouvelles modifications électrocardiographiques (ECG) qui indiquent un infarctus du myocarde, ou
- l'apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, mais non limité à, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne.

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

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable pour cette condition dans les cas suivants :

- élévation des marqueurs biochimiques cardiaques résultant d'une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, mais non limité à, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne et en l'absence d'une onde Q, ou
- découverte fortuite de changements à l'ECG suggérant un ancien infarctus du myocarde, lequel ne rencontre pas la définition de crise cardiaque (infarctus du myocarde) décrite précédemment.

Insuffisance rénale terminale

Un diagnostic définitif du stade terminal d'une insuffisance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite des traitements réguliers par hémodialyse ou par dialyse péritonéale, ou par une greffe rénale.

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

Maladies graves couvertes avec un autre assureur

De plus, si vous êtes atteint d'une des conditions ou maladies couvertes par un contrat de maladies graves émis par un autre assureur pour lequel la somme assurée est supérieure ou égale à 25 000 \$, un montant de 1 000 \$ vous sera payé, s'il y a eu paiement effectué par l'autre assureur, pour toute maladie qui n'est pas couverte en vertu de votre contrat Flex Bleue.

Remboursement des primes au décès

Advenant votre décès, nous paierons à votre bénéficiaire, le total des primes versées pour la présente garantie moins la somme de toutes les prestations versées.

Exclusion pour conditions préexistantes

Aucune prestation ne sera versée pour une maladie grave diagnostiquée au cours des 12 premiers mois suivant l'entrée en vigueur de la présente garantie si elle résulte d'une maladie pour laquelle l'assuré principal a consulté un médecin, reçu des traitements, soins ou services médicaux (incluant des tests ou examens diagnostics) ou reçu une prescription pour des médicaments, au cours des 3 mois précédant la date de prise d'effet de la garantie.

Limitation

Aucune prestation n'est payable si votre décès survient dans les 30 jours suivant le diagnostic de la maladie grave.

Fin de la garantie

Cette garantie se termine à l'anniversaire de votre contrat qui coïncide avec ou qui suit votre 70^e anniversaire de naissance ou encore à la date à laquelle une prestation a été versée pour l'une des cinq maladies graves couvertes en vertu du contrat Flex Bleue.

Remboursement DES PRIMES À L'ÉCHÉANCE

Cette garantie prévoit le remboursement de 75 % des primes versées pour la garantie ASSISTANCE MALADIES GRAVES ainsi que pour la présente garantie.

Dans tous les cas, le remboursement est effectué en soustrayant les réclamations payées pour la garantie ASSISTANCE MALADIES GRAVES.

En aucun temps, le remboursement total ne peut excéder la somme assurée en vertu de la garantie ASSISTANCE MALADIES GRAVES.

ADMISSIBILITÉ

16 ans à 59 ans

Si vous souscrivez à la garantie REMBOURSEMENT DES PRIMES À L'ÉCHÉANCE, vous devez également souscrire à la garantie ASSISTANCE MALADIES GRAVES pour laquelle les taux sont nivelés.

Votre prime est établie selon votre âge à l'émission et selon le montant de la garantie ASSISTANCE MALADIES GRAVES que vous aurez choisi.

Fin de la garantie

L'assurance se termine à l'anniversaire de votre contrat qui coïncide avec ou qui suit votre 70^e anniversaire de naissance ou à la date à laquelle une prestation a été versée pour l'une des cinq maladies graves couvertes en vertu de la garantie ASSISTANCE MALADIES GRAVES.

Fracture ACCIDENTELLE

Cette garantie prévoit le paiement d'un montant forfaitaire en cas de fracture subie **par vous ou par un membre de votre famille**.

ADMISSIBILITÉ ET MONTANTS D'ASSURANCE DISPONIBLES

(par tranche de 5 000 \$)

16 ans à 69 ans 5 000 \$ ou 10 000 \$

Montant forfaitaire (\$)

Fracture	Assuré principal ou conjoint	
	Protection 1	Protection 2
Crâne	5 000 \$	10 000 \$
Colonne vertébrale	5 000 \$	10 000 \$
Bassin	5 000 \$	10 000 \$
Fémur	5 000 \$	10 000 \$
Hanche	5 000 \$	10 000 \$
Sternum	1 250 \$	2 500 \$
Larynx	1 250 \$	2 500 \$
Trachée	1 250 \$	2 500 \$
Omoplate	1 250 \$	2 500 \$
Coccyx	1 250 \$	2 500 \$
Radius	1 250 \$	2 500 \$
Humérus	1 250 \$	2 500 \$
Cubitus	1 250 \$	2 500 \$
Rotule	1 250 \$	2 500 \$
Tibia	1 250 \$	2 500 \$
Péroné	1 250 \$	2 500 \$
Autre os	500 \$	1 000 \$

Si vous choisissez une protection familiale ou monoparentale, le montant forfaitaire pour les enfants correspond à 50 % du montant indiqué dans le tableau «Montant forfaitaire».

Limitations

- Il est convenu que le montant payable, pour des fractures multiples, est limité au montant le plus élevé payable parmi ces fractures.
- Le montant forfaitaire, selon la protection choisie dans le tableau «Montant forfaitaire», est réduit de 25 % à l'âge de 70 ans.
- Le montant forfaitaire, selon la protection choisie dans le tableau «Montant forfaitaire», est réduit de 50 % à l'âge de 75 ans.

Fin de la garantie

Cette garantie se termine à l'anniversaire du contrat qui coïncide avec ou qui suit votre 80^e anniversaire de naissance.

Réaménagement À LA SUITE D'UN ACCIDENT

Cette garantie couvre, pour la personne qui présente une déficience motrice permanente, les frais de réaménagement de l'automobile et de la résidence principale rendus indispensables à la suite d'un accident.

Cette garantie est disponible pour **vous ou un membre de votre famille**.

ADMISSIBILITÉ ET MONTANT D'ASSURANCE DISPONIBLE

16 ans à 69 ans

15 000 \$

Définition importante

Déficience motrice permanente désigne une insuffisance organique qui empêche la production d'un mouvement.

Fin de la garantie

Cette garantie se termine à l'anniversaire du contrat qui coïncide avec ou qui suit votre 80^e anniversaire de naissance.



Frais médicaux PAR ACCIDENT

Flex Bleue garantit, à vous ou à un membre de votre famille, le remboursement des frais médicaux reliés à un accident.

ADMISSIBILITÉ

16 ans à 69 ans

Frais admissibles

Achat ou location d'appareils

Remboursement illimité

- appareil d'assistance respiratoire
- bandages herniaires
- béquilles
- cannes
- corsets orthopédiques
- fauteuil roulant non motorisé standard
- lit de type hospitalier manuel standard
- marchettes
- oxygène
- plâtres

Prothèses et accessoires

100 \$ par année civile pour l'achat de

- bas élastiques

200 \$ par année civile pour l'achat de

- chaussures orthopédiques
- oeil et autres membres artificiels
- orthèses podiatriques

Radiographies par un chiropraticien

25 \$ par année civile

Ambulance

Remboursement illimité

Frais d'analyses de laboratoire

Remboursement illimité

Hospitalisation

(chambre semi-privée)
Remboursement illimité

- 50 \$ par jour si les frais sont remboursés par une autre assurance
- 50 \$ pour toute chirurgie d'un jour requise à la suite d'un accident

Services paramédicaux

20 \$ par traitement jusqu'à un maximum global de 300 \$ par année civile

- audiologiste
- chiropraticien
- orthophoniste
- ostéopathe
- physiothérapeute
- podiatre
- psychologue

Services d'un infirmier

20 périodes de 8 heures par année civile

Soins dentaires

Jusqu'à 1 000 \$ par accident

Fin de la garantie

Cette garantie se termine à l'anniversaire du contrat qui coïncide avec ou qui suit votre 80^e anniversaire de naissance.

Assurance VOYAGE

Voici une assurance voyage regroupant une gamme complète d'avantages et de services, de même que des mécanismes de règlements qui vous faciliteront la vie en cas d'ennuis.

ADMISSIBILITÉ

16 ans et plus

Couvres les voyages de 30 jours ou moins

Cette protection vous permet de régler votre assurance voyage une fois pour toutes. Vous pouvez ainsi partir quand vous le voulez pour une période maximale de 30 jours par voyage et profiter des garanties avantageuses.

5 000 000 \$ en garantie médico-hospitalière

Quel que soit le nombre de voyages effectués, vous bénéficiez d'une protection complète en assurance santé de 5 000 000 \$.

Frais hospitaliers, médicaux et paramédicaux

En cas d'accident ou de maladie, tous les soins dont vous pourriez avoir besoin sont couverts pour que votre seul souci soit celui de vous rétablir :

- hospitalisation en chambre privée ou semi-privée
- honoraires de médecin
- honoraires pour les soins privés d'une infirmière ou d'un infirmier
- frais d'analyses de laboratoire
- médicaments prescrits pour un traitement d'urgence
- frais d'achat ou de location d'appareils médicaux
- frais accessoires à une hospitalisation
- soins dentaires attribuables à un accident

Frais de transport

Croix Bleue verra à ce que vous vous rendiez là où vous serez le mieux traité et amènera vos proches à vos côtés :

- rapatriement dans la province de résidence
- service d'ambulance terrestre ou aérien
- retour d'un véhicule privé ou de location
- retour des bagages
- visite auprès d'une personne assurée qui est hospitalisée
- disposition de la dépouille

Allocation de subsistance de 3 000 \$

Si votre retour ou celui de l'un de vos proches doit être reporté pour cause de maladie ou blessure, vous êtes couvert jusqu'à 3 000 \$ pour les frais de repas et d'hébergement, jusqu'à concurrence de 150 \$ par jour (maximum 20 jours).

Assistance voyage CanAssistance 24 heures sur 24, 7 jours sur 7

Dès votre adhésion, vous bénéficiez automatiquement de notre service gratuit d'assistance voyage. Quoi qu'il arrive, où que vous soyez, quelle que soit l'heure ou la journée, nos spécialistes qui s'expriment dans plus d'une centaine de langues pourront vous aider.

Plus qu'une assurance voyage, une gamme complète de services

Où que vous soyez, notre équipe médicale chevronnée prendra soin de vous :

- recommandation au médecin, à la clinique ou à l'hôpital approprié
- suivi du dossier médical
- service d'interprète lors d'appels d'urgence
- communication avec votre médecin de famille
- rapatriement de la personne assurée et de ses personnes à charge au Canada
- coordination du retour du véhicule privé ou loué
- coordination des demandes de règlement à la Régie de l'assurance-maladie du Québec et à la Société de l'assurance automobile du Québec
- paiements et transferts d'argent

Suivi médical au Canada

Dans le cas d'un rapatriement au Canada (aux frais de l'assureur) à la suite d'une hospitalisation survenue au cours d'un voyage, Croix Bleue s'engage à rembourser les frais suivants lorsqu'ils sont engagés dans les 15 jours suivant le rapatriement.

Chambre semi-privée dans un hôpital ou un centre de convalescence	jusqu'à 1 000 \$
Frais de service d'un infirmier lorsque les soins sont requis	jusqu'à 50 \$ par jour, maximum 10 jours
Frais de location d'équipements médicaux (béquilles, marchette standard, cannes, bandages herniaires, corsets orthopédiques et oxygène)	jusqu'à 150 \$
Frais de transport (ambulance et taxi) dans le but de recevoir des soins	jusqu'à 250 \$

En plus de la garantie médico-hospitalière, cette assurance comprend des couvertures en cas d'annulation ou interruption de voyage et vous protège contre la perte ou le vol de vos bagages.

Garantie médico-hospitalière	jusqu'à 5 000 000 \$
Garantie annulation ou interruption de voyage	jusqu'à 2 500 \$
Garantie bagages	jusqu'à 500 \$

Important

Avant de partir en voyage, n'oubliez pas de consulter les **CONDITIONS PRÉEXISTANTES** ainsi que les **EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS** applicables à cette garantie.

Soins à domicile

DE BASE OU DE LUXE

Voici la garantie idéale pour vous procurer un séjour paisible à la maison...

Cette garantie couvre les frais admissibles décrits ci-dessous, engagés au Canada, lorsque **vous ou un membre de votre famille**, à la suite d'une hospitalisation ou d'une consultation médicale, êtes dans l'incapacité d'accomplir sans aide au moins deux activités de la vie quotidienne.

ADMISSIBILITÉ

16 ans et plus

Définition importante

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

FRAIS ADMISSIBLES COUVERTS À 100 %

Les frais ci-dessous ne peuvent être combinés.

Infirmier auxiliaire licencié ou préposé d'une agence spécialisée

Les frais relatifs aux services d'un infirmier auxiliaire licencié ou d'un préposé d'agence spécialisée en soins à domicile pour vous aider à accomplir au moins deux activités de la vie quotidienne, sous réserve d'un maximum de 50 \$ par jour pour une protection de **base** et de 70 \$ par jour pour une protection de **luxe**.

Ami ou parent

Les frais relatifs aux services d'un ami ou d'un parent ne résidant pas sous votre toit, pour vous aider à accomplir au moins deux activités de la vie quotidienne, sous réserve d'un maximum de 25 \$ par jour pour une protection de **base** et de 35 \$ par jour pour une protection de **luxe**.

Les frais de la présente SECTION et les FRAIS DE TRANSPORT sont assujettis au nombre de jours de convalescence payable et à la période maximale mentionnés ci-dessous :

Nombre de jours de couverture

Durée de l'hospitalisation en soins de courte durée	Nombre de jours de couverture
1 à 3 jours	5 jours
4 à 7 jours	7 jours
8 à 14 jours	14 jours
Plus de 14 jours	21 jours

À la suite d'une consultation médicale	Nombre de jours de couverture
	5 jours

Période maximale pour engager les frais à compter du jour de congé de l'hôpital

Durée de l'hospitalisation en soins de courte durée	Période maximale pour engager les frais
1 à 3 jours	7 jours
4 à 7 jours	14 jours
8 à 14 jours	28 jours
Plus de 14 jours	35 jours

À la suite d'une consultation médicale	Période maximale pour engager les frais
	7 jours

FRAIS ADMISSIBLES COUVERTS À 80 %

(applicables pour la protection de base ou de luxe)

Frais de transport

Les frais relatifs au transport afin de recevoir des soins ou pour assurer un suivi médical à la suite d'une hospitalisation ou d'une consultation médicale survenant pendant la période de couverture. Ces frais sont de 0,25 \$ du kilomètre pour le trajet en automobile privée ou le coût de la course en taxi, jusqu'à concurrence de 50 \$ de frais admissibles par jour (incluant les frais de stationnement s'il y a lieu) et d'un maximum remboursable de 500 \$ par année civile.

Pour une personne assurée atteinte d'un cancer, les frais de transport peuvent être payés pendant une période maximale de trois mois, jusqu'à concurrence d'un maximum remboursable de 1 500 \$ par année civile.

L'incapacité d'accomplir sans aide au moins deux activités de la vie quotidienne ne s'applique pas à la section FRAIS DE TRANSPORT.

Frais pour fournitures médicales

Les frais engagés pour l'achat de fournitures médicales nécessaires au traitement d'une maladie ou d'un accident lorsque vous recevez les soins d'un infirmier licencié à votre domicile, jusqu'à concurrence de 150 \$ de frais admissibles par année civile.



FRAIS ADMISSIBLES COUVERTS À 80 %

[applicables pour la protection de luxe seulement]

Frais d'aménagement du domicile

Si vous devenez totalement invalide à la suite d'un accident ou d'une maladie et que vous êtes incapable d'accomplir sans aide, de façon permanente, au moins deux activités de la vie quotidienne, les frais d'aménagement du domicile vous seront remboursés jusqu'à concurrence de 5 000 \$.

Les frais d'aménagement du domicile doivent être engagés dans les six mois suivant la sortie de l'hôpital.

Frais de repas et de logement

Si vous devez recevoir des traitements ou un suivi de traitements dans le cas d'un cancer ou d'une greffe, dans une autre ville que celle où vous résidez habituellement et dans un centre d'hébergement spécialisé affilié à un hôpital, les frais de repas et de logement engagés dans ce centre vous seront remboursés jusqu'à concurrence de 500 \$ par année civile.

Indemnité mensuelle

Lorsque vous ou encore votre conjoint, selon la protection choisie, êtes incapable à la suite d'un accident ou d'une maladie d'accomplir sans aide au moins deux activités de la vie quotidienne, telles que décrites dans la section DÉFINITIONS IMPORTANTES, Croix Bleue verse après un délai de 30 jours une prestation mensuelle de 200 \$ pour une protection de **base** et de 500 \$ pour une protection de **luxe**, sans toutefois excéder une durée maximale de trois mois de prestations pour une protection de **base** et de six mois pour une protection de **luxe**.



Rente mensuelle EXPRESS

Voici une garantie indispensable vous permettant de vous procurer une prestation mensuelle en cas d'accident seulement **ou encore** en cas d'accident et de maladie.

Rente mensuelle en cas d'accident Express

ADMISSIBILITÉ ET MONTANTS D'ASSURANCE DISPONIBLES

(par tranche de 100 \$)

16 ans à 59 ans	100 \$ à 1 000 \$
60 ans à 64 ans	100 \$ à 500 \$

DURÉE DES PRESTATIONS

12 mois

DÉLAI DE CARENCE

5 jours*

* Si l'invalidité persiste au moins 5 jours continus, la prestation est payable dès la 1^{re} journée.

Rente mensuelle en cas de maladie Express

ADMISSIBILITÉ ET MONTANTS D'ASSURANCE DISPONIBLES

(par tranche de 100 \$)

16 ans à 59 ans	100 \$ à 1 000 \$
-----------------	-------------------

DURÉE DES PRESTATIONS

12 mois

DÉLAI DE CARENCE

14 ou 30 jours

Extension de la durée des prestations

La durée des prestations est bonifiée d'un mois pour chaque année d'assurance pendant laquelle vous ne recevez aucune prestation au titre de cette garantie.

La durée des prestations est prolongée jusqu'à 24 mois au maximum.

L'assureur cessera de bonifier la durée des prestations dès que des prestations en vertu de cette garantie sont versées. Par la suite, la durée des prestations reste fixe et égale au nombre de mois accumulés jusqu'à la date du renouvellement précédant cette période d'invalidité.

Pour la garantie RENTE MENSUELLE EN CAS D'ACCIDENT EXPRESS, à votre 65^e anniversaire de naissance, la durée des prestations reste fixe et est égale au nombre de mois accumulés jusqu'à cette date.

Intégration

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.

Pour les 24 premiers mois de prestations d'invalidité, les premiers 1 000 \$ sont garantis. Seul l'excédent est réduit des prestations payables provenant des autres régimes.

Définitions importantes

Invalidité totale pour une personne avec travail rémunérateur 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 l'invalidité totale.

Pour être considérée **totale** et **invalidité**, 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 pour une personne sans travail rémunérateur 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 ses tâches quotidiennes normales et toute tâche pour laquelle elle serait raisonnablement qualifiée par son éducation, ou son expérience.

Pour être considérée **totale** et **invalidité**, la personne assurée doit recevoir d'un médecin des soins continus et adaptés à son invalidité, selon la fréquence appropriée.

Limitations « RENTE MENSUELLE EN CAS D'ACCIDENT EXPRESS »

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 65 ans, la prestation mensuelle est réduite de 50 %.

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

Limitations « RENTE MENSUELLE EN CAS DE MALADIE EXPRESS »

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 D'ACCIDENT EXPRESS »

Cette garantie se termine à l'anniversaire du contrat qui coïncide avec ou qui suit votre 70^e anniversaire de naissance.

Fin de la garantie « RENTE MENSUELLE EN CAS DE MALADIE EXPRESS »

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

Exclusions

Veillez prendre note que ces EXCLUSIONS ne s'appliquent pas à toutes les garanties expliquées dans le présent dépliant. De plus, 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.

Aucune prestation n'est payable si la maladie grave résulte, directement ou indirectement, de l'un des sports suivants :

- combat de boxe;
- plongée sous-marine.



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

- Assurance voyage
- Frais médicaux par accident
- Réaménagement à la suite d'un accident
- Rente hospitalière Express
- Remboursement des primes au décès - Rente hospitalière Express
- Soins à domicile (de base ou de luxe)

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

- Assistance maladies graves
- Remboursement des primes à l'échéance - Assistance maladies graves
- Décès accidentel
- Fracture accidentelle
- Perte d'usage accidentelle
- Rente mensuelle Express en cas d'accident et de maladie
- Vie, décès et perte d'usage accidentels, enfants
- Vie Express

Ce dépliant décrit sommairement les garanties offertes par le Plan Express du contrat Flex Bleue. 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.

REÇU

Reçu la somme de _____ \$

pour la proposition d'assurance portant le numéro _____
soumise à Croix Bleue,
pour la personne à assurer _____.
Ce montant correspond à la première (1^{re}) prime.



**B9 - 550 rue Sherbrooke Ouest
Montréal (Québec) H3A 3S3
Téléphone : 1 877 286-7665
www.qc.croixbleue.ca**