

PROGRAMME D'ASSURANCE COLLECTIVE

assuré par



Contrat 5492
Participants actifs

À jour le 2 avril 2009
(Veuillez conserver cette brochure pour utilisation ultérieure)

AUX JURISTES DE L'ÉTAT

Le comité des assurances des juristes de l'État, en collaboration avec La Capitale assurances et gestion du patrimoine, a le plaisir de vous présenter cette brochure qui décrit l'essentiel des garanties dont vous fait bénéficier le programme d'assurance collective offert aux juristes du gouvernement du Québec.

Nous vous invitons à lire attentivement l'information contenue dans cette brochure pour mieux connaître tous les avantages auxquels vous avez droit et à communiquer avec la direction des ressources humaines du ministère ou de l'organisme qui vous emploie pour toute question relative à ce programme d'assurance.

IMPORTANT

Ce document ne mentionne pas toutes les clauses concernant les définitions, l'admissibilité, l'adhésion, la fin de l'assurance et autres stipulations diverses. Toutefois, vous pouvez en connaître le contenu en consultant le contrat disponible chez le preneur ou chez votre employeur.

Le preneur peut en tout temps, après entente avec l'assureur, apporter des modifications au contrat concernant les catégories de personnes admissibles, l'étendue des protections et le partage des coûts entre les catégories de personnes assurées. De telles modifications peuvent alors s'appliquer à toutes les personnes assurées, qu'elles soient actives, invalides ou retraitées.

SOMMAIRE DES RÉGIMES DES PARTICIPANTS ACTIFS

RÉGIME D'ASSURANCE VIE

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Assurance vie de base de l'adhérent Réduction ➤ Assurance mort ou mutilation accidentelles ➤ Assurance vie additionnelle de l'adhérent Maximum Réduction ➤ Assurance vie du conjoint et des personnes à charge ➤ Assurance vie additionnelle du conjoint et des enfants à charge - Conjoint - Enfant à charge Réduction 	<p>100 % du traitement annuel 75 % à 70 ans et 50 % à 75 ans</p> <p>Même montant que l'assurance vie de base</p> <p>1 à 12 tranches de ½ fois le traitement annuel</p> <p>500 000 \$ (moins le montant détenu en assurance vie de base) 50 % à 70 ans et 10 % du montant initial à chaque année par la suite, puis annulation à 75 ans.</p> <p>10 000 \$ conjoint / 10 000 \$ enfant à charge</p> <p>1 à 20 tranches de 10 000 \$ 1 à 5 tranches de 10 000 \$</p> <p>50 % à 70 ans (âge de l'adhérent) et 10 % du montant initial à chaque année par la suite, puis annulation à 75 ans (âge de l'adhérent)</p>
---	---

ASSURANCE MALADIE

Voir description complète des frais admissibles en page 17

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hospitalisation ➤ Soins de longue durée ➤ Assurance et assistance voyage ➤ Assurance annulation de voyage ➤ Médicaments et autres frais admissibles Service de paiement automatisé différé ➤ Franchise annuelle Protection individuelle Protection monoparentale Protection familiale ➤ Infirmiers licenciés ou auxiliaires (à domicile) ➤ Appareils thérapeutiques ➤ Chirurgie esthétique (suite à un accident) ➤ Chaussures orthopédiques ➤ Injections sclérosantes (substance seulement) ➤ Glucomètre, dextromètre ➤ Institution pour convalescents ➤ Appareils auditifs 	<p>100 %, chambre semi-privée</p> <p>100 %, chambre semi-privée, maximum 180 jours par année civile</p> <p>100 %, 1 000 000 \$, durée du séjour 6 mois 5 000 \$ par voyage</p> <p>80 % des premiers 2 750 \$ de frais admissibles (incluant la franchise) et 100 % de l'excédent</p> <p>Applicable sur les médicaments et autres frais</p> <p>100 \$ 200 \$ 250 \$</p> <p>Maximum admissible de 6 250 \$ Maximum viager de 12 500 \$ Maximum admissible de 6 250 \$ Maximum admissible de 625 \$ Maximum admissible de 25 \$ par traitement Maximum admissible de 300 \$ / 60 mois Maximum admissible de 14 \$ / jour / 60 jours Maximum admissible de 1 500 \$ / 48 mois</p>
--	---

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Professionnels de la santé <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ergothérapeute, orthophoniste, audiologiste, podiatres, osthéopathes, naturopathes, homéopathes, massothérapeutes, acupuncteurs, diététiciens ▪ Chiropraticien (incluant radiographies) ▪ Psychanalyste, psychologue ▪ Physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique 	<p>Maximum admissible de 30 \$ par traitement et de 20 traitements par spécialité</p> <p>Maximum admissible de 625 \$</p> <p>Maximum admissible de 625 \$ par spécialité</p> <p>Maximum admissible de 625 \$ pour l'ensemble des spécialités</p>
---	--

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Délai de carence ➤ Période de prestations ➤ Indexation ➤ Revenus de toutes sources ➤ Prestations imposables ➤ Montant de la prestation 	<p>6 mois ou épuisement de la banque de congés de maladie, si supérieur</p> <p>Jusqu'à 65 ans</p> <p>4 %</p> <p>85 % du traitement net</p> <p>Non</p> <p>Complément nécessaire pour atteindre 80 % du traitement brut pour la durée du versement de l'assurance traitement de l'employeur. Par la suite, 70 % du traitement brut et prestation limitée à 10 000 \$.</p>
---	---

TABLE DES MATIÈRES

	Page
RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	
1. Admissibilité	6
2. Adhésion à l'assurance et exemption	6
3. Protection d'assurance	6
4. Définitions	7
5. Bénéficiaire	9
6. Prolongation de l'assurance vie	9
7. Droit de transformation	9
8. Exonération des primes	10
9. Continuation de l'assurance en cas d'interruption de travail	10
10. Fin de l'assurance	12
11. Procédures pour réclamer	12
RÉGIME D'ASSURANCE VIE	
1. Assurance vie de base de l'adhérent.....	14
<i>obligatoire</i>	
2. Assurance mort et mutilation accidentelle (MMA).....	14
<i>obligatoire</i>	
3. Assurance vie additionnelle de l'adhérent	15
<i>facultatif</i>	
4. Assurance vie de base du conjoint et des enfants à charge	15
<i>facultatif</i>	
5. Assurance vie additionnelle du conjoint	15
<i>facultatif</i>	
6. Assurance vie additionnelle des enfants à charge	15
<i>facultatif</i>	
7. Paiement anticipé d'assurance vie en cas de maladie en phase terminale	15
8. Exclusions s'appliquant aux points 3, 5 et 6	16
RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE - OBLIGATOIRE	
1. Frais exempts de franchise et remboursés à 100 %	17
A) Hospitalisation	17
B) Assurance voyage et assurance annulation	17
2. Autres frais sujets à une franchise et remboursés à 80 %	17
3. Exclusions et réduction du régime	21
RÉGIME D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE- OBLIGATOIRE	
1. Délai de carence	22
2. Période de prestations	22
3. Montant de la prestation	22
4. Réadaptation	23
5. Indexation	24
6. Exclusions	24
TAUX PAR PÉRIODE DE PAIE	33

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

La forme masculine utilisée dans ce document désigne aussi bien le féminin que le masculin.

1. Admissibilité

Ce sont les conditions de travail qui déterminent quels sont les juristes qui sont admissibles à l'assurance ainsi que la date du début de leur admissibilité.

2. Adhésion à l'assurance et exemption

Pour tout juriste qui remplit les conditions d'admissibilité :

- l'adhésion au régime d'assurance maladie est obligatoire pour le juriste et pour ses personnes à charge, le cas échéant;
- l'adhésion aux garanties d'assurance vie de base et d'assurance en cas de mort et mutilation accidentelles est obligatoire;
- l'adhésion au régime au régime d'assurance salaire de longue durée est obligatoire;
- l'adhésion à la garantie d'assurance vie additionnelle de l'adhérent est facultative;
- l'adhésion à la garantie d'assurance vie de base du conjoint et des enfants à charge est facultative;
- l'adhésion à la garantie d'assurance vie additionnelle du conjoint est facultative;
- l'adhésion à la garantie d'assurance vie additionnelle des enfants à charge est facultative.

Le juriste doit remplir une demande d'adhésion obtenue de sa direction des ressources humaines et préciser son choix parmi les régimes facultatifs, s'il y adhère.

Toutefois, un juriste ou ses personnes à charge peuvent, moyennant un avis écrit à son employeur, refuser ou cesser d'adhérer au régime d'assurance maladie, à la condition qu'ils attestent, à la satisfaction de l'assureur, être assurés en vertu d'un régime d'assurance collective comportant des prestations similaires. Ils doivent toutefois adhérer à la garantie d'assurance maladie aussitôt que la protection en vertu de l'autre contrat collectif se termine.

Votre direction des ressources humaines a en main les formulaires de demande d'exemption.

Un juriste qui est exempté du régime d'assurance maladie demeure obligé d'adhérer aux régimes d'assurance vie et MMA de base et au régime d'assurance salaire de longue durée.

3. Protection d'assurance

Le régime d'assurance maladie est sujet à un des choix ci-dessous:

- a) protection individuelle (couvrant l'adhérent seulement);
- b) protection familiale (couvrant l'adhérent, son conjoint et leurs enfants à charge);
- c) protection monoparentale* (couvrant l'adhérent et ses enfants à charge).

**La protection monoparentale n'est possible que si l'adhérent n'a pas de conjoint répondant à la définition de conjoint prévue au contrat.*

Toutefois, la garantie d'assurance vie de base du conjoint et des enfants à charge ne peut être obtenue que si la protection familiale ou monoparentale est retenue en assurance maladie. Si la protection monoparentale est choisie, cette garantie ne couvre que les enfants à charge.

La garantie d'assurance vie additionnelle du conjoint et des enfants à charge ne peut être obtenue que si ceux-ci sont couverts par la garantie d'assurance vie de base.

Tout changement futur à votre protection, afin d'obtenir la protection familiale ou monoparentale, peut nécessiter la production de preuves d'assurabilité démontrant que les personnes que vous désirez ajouter sont en bonne santé et assurables, sous réserve de l'application de la Loi sur l'assurance médicaments. Cependant la protection individuelle, en remplacement de la protection familiale ou monoparentale, est toujours disponible sans preuves d'assurabilité.

Il n'y a toutefois aucune preuve d'assurabilité requise dans les cas suivants :

- a) si vous faites la demande d'une protection familiale dans les 31 jours suivant le mariage, l'union civile, la reconnaissance du «conjoint de fait» ou la naissance d'un premier enfant ou son adoption;
- b) si vous faites la demande d'une protection monoparentale dans les 31 jours suivant la naissance d'un premier enfant ou de son adoption ou dans les 31 jours suivant la fin de l'assurance de vos enfants à charge par un autre contrat d'assurance collective leur procurant des protections similaires;
- c) à la naissance d'un enfant à charge ou à son adoption si vous êtes déjà couvert par une protection familiale ou monoparentale.

4. Définitions

Adhérent

Toute personne définie ci-dessous qui est admise à l'assurance et qui paie les primes requises à moins qu'elle ne bénéficie de l'exonération des primes :

- . **juriste** : tout avocat ou notaire membre de la fonction publique auquel s'applique une convention collective signée entre l'Association des juristes de l'État et le gouvernement du Québec, ainsi que tout avocat ou notaire non membre de la fonction publique auquel s'applique une convention collective signée entre l'Association des juristes de l'État et un employeur.
- . **retraité** : tout juriste prenant sa retraite après le 1^{er} avril 1992.

Assuré

Un adhérent et, le cas échéant, son conjoint et leurs enfants à charge.

Conjoint

L'homme ou la femme qui, à la date de l'évènement donnant droit à des prestations :

- i) est marié ou uni civilement à l'adhérent, ou
- ii) vit maritalement avec un adhérent depuis plus d'un an ou, depuis moins d'un an s'il est le père ou la mère d'un enfant de l'adhérent, ou
- iii) vit maritalement avec un adhérent et avait déjà ainsi vécu maritalement avec cet adhérent tout au long d'une période d'au moins un an.

Il est toutefois précisé que l'un des événements suivants, selon le cas, fait perdre ce statut :

- un jugement de divorce prononcé entre l'adhérent et le conjoint dans le cas d'un mariage;
- la séparation de fait depuis au moins 90 jours dans le cas d'une union de fait;
- la dissolution de l'union civile par entente notariée ou par jugement du tribunal dans le cas d'une union civile.

Si un adhérent a un conjoint répondant à la définition en i) et un autre conjoint répondant à la définition en ii) ou iii), l'Assureur reconnaîtra comme conjoint celui que l'adhérent lui aura désigné par avis écrit. Le conjoint doit être le même pour toutes les garanties du contrat.

Enfant à charge

L'expression « enfant à charge » désigne l'une ou l'autre des personnes suivantes :

- i) une personne âgée de moins de 18 ans à l'égard de laquelle l'adhérent ou son conjoint exerce l'autorité parentale;
- ii) une personne, sans conjoint, âgée de 25 ans ou moins et fréquentant à temps complet, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement reconnu, et à l'égard de laquelle l'adhérent ou son conjoint exercerait l'autorité parentale si elle était mineure;
- iii) une personne majeure domiciliée chez l'adhérent, sans conjoint, à l'égard de laquelle l'adhérent ou son conjoint exercerait l'autorité parentale si elle était mineure, et atteinte d'une invalidité totale ou d'une déficience fonctionnelle visée dans un règlement du gouvernement survenue avant l'âge de 18 ans.

La notion d'autorité parentale à l'égard d'une personne autre qu'un enfant de l'adhérent ou de son conjoint doit être confirmée par un jugement du tribunal ou par un testament valide du père ou de la mère ou par une déclaration de leur part à cet effet transmise au curateur public.

Invalidité de 104 semaines et moins

Par invalidité, on entend un état d'incapacité résultant d'une maladie, y compris un accident, ou une complication d'une grossesse ou une intervention chirurgicale reliée directement à la planification des naissances, nécessitant des soins médicaux et qui rend l'adhérent totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou de tout autre emploi analogue comportant une rémunération similaire qui lui est offert par l'employeur.

Invalidité de plus de 104 semaines

Par invalidité, on entend un état d'incapacité résultant d'une maladie, y compris un accident, une complication d'une grossesse ou une intervention chirurgicale reliée directement à la planification des naissances, nécessitant des soins médicaux et qui rend l'adhérent totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi.

Non-fumeur

Un assuré qui n'a pas fait usage de tabac au cours des derniers 12 mois.

Période d'invalidité

Durant les 104 premières semaines

Toute période continue d'invalidité ou une suite de périodes successives séparées par moins de 15 jours de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un travail à temps complet, à moins que l'adhérent n'établisse à la satisfaction de l'employeur ou de son représentant qu'une période subséquente est attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente. Toutefois, est considérée comme faisant partie de la même invalidité, toute période pour laquelle l'adhérent doit s'absenter de son travail pour suivre des traitements prescrits par un médecin et reliés à une invalidité antérieure. À cette fin, une telle période peut être comptabilisée sur une base horaire.

Par la suite

Des périodes successives d'invalidité interrompues par moins de 15 jours continus de travail effectif à temps complet au cours de la période où sont versées les prestations du régime d'assurance traitement de l'employeur ou interrompues par moins de 6 mois d'emploi continu à temps complet au cours de la période commençant à la fin du versement des prestations du régime d'assurance traitement de l'employeur seront considérées comme le prolongement de la même période d'invalidité à moins que l'invalidité subséquente ne soit causée par une maladie ou une blessure absolument sans rapport avec la cause de l'invalidité antérieure et ne débute après le retour de l'adhérent au travail à temps complet.

Traitement

Le traitement annuel basé sur la semaine régulière de travail de l'adhérent en vertu de la directive ou du règlement sur les conditions de travail applicables aux juristes, servant aux fins du calcul des prestations de régime d'assurance traitement de l'employeur. Le traitement exclut toute autre prime, allocation ou rémunération additionnelle.

5. Bénéficiaire

Tout adhérent peut désigner un bénéficiaire en assurance vie ou changer un bénéficiaire déjà désigné sur déclaration écrite et déposée au siège social de l'assureur, le tout sujet aux dispositions de la Loi. L'assureur n'est pas responsable de la validité juridique de tout changement de bénéficiaire.

6. Prolongation de l'assurance vie

Pendant que le contrat est en vigueur, lorsqu'un adhérent, son conjoint ou leurs enfants à charge cessent d'être admissibles à l'assurance, leurs assurances-vie de base et additionnelle se prolongent pendant une période de 31 jours.

7. Droit de transformation

Assurance vie de base et additionnelle de l'adhérent

Au cours de la période de prolongation précitée, tout adhérent de moins de 65 ans peut obtenir, en faisant une demande écrite à l'assureur, sans preuves d'assurabilité, un contrat individuel d'assurance vie, soit permanente, soit temporaire, selon les plans offerts par l'assureur.

Tout adhérent de moins de 65 ans dont la vie cesse d'être assurée aux termes du régime d'assurance vie de base pour une raison autre que la retraite peut, en faisant une demande écrite à l'assureur dans les 31 jours qui suivent la date de terminaison de ses fonctions, obtenir sans preuves d'assurabilité un contrat individuel d'assurance vie soit permanente soit temporaire, d'un genre alors émis par l'assureur dans ces circonstances. Le montant de la police d'assurance vie individuelle est limité au moindre de :

- . 200 000 \$ ou;
- . le montant de la somme assurée en vigueur immédiatement avant la fin de son assurance, moins le montant d'assurance prévu dans un autre contrat d'assurance collective auquel l'adhérent est devenu admissible au moment d'exercer son droit de transformation.

Une diminution du montant d'assurance en raison de l'âge ou d'un changement de catégorie de personne assurée n'ouvre pas droit à la transformation.

Assurance vie de base et additionnelle du conjoint et des enfants à charge

Advenant le cas du décès de l'adhérent ou de sa cessation d'emploi pour une raison autre que la retraite ou, dans le cas où le conjoint ou un enfant à charge ne répond plus à la définition de personnes à charge, ce conjoint ou cet enfant peut, en faisant une demande écrite à l'assureur dans les 31 jours qui suivent la date de terminaison de son assurance vie, obtenir sans preuves d'assurabilité un contrat individuel d'assurance vie soit permanente, soit temporaire, d'un genre alors émis par l'assureur dans ces circonstances.

Le montant de la police d'assurance vie individuelle est limité au moindre de 200 000 \$ ou, le montant de la somme assurée en vigueur immédiatement avant la fin de leur assurance, moins le montant d'assurance prévu dans un autre contrat d'assurance collective auquel le conjoint et les enfants à charge sont devenus admissibles au moment d'exercer leur droit de transformation.

Assurance maladie

Tout adhérent qui cesse d'être assuré parce qu'il cesse d'être admissible peut, en faisant une demande écrite à l'Assureur dans les 31 jours qui suivent la date de terminaison de son admissibilité, obtenir une police d'assurance maladie individuelle d'un genre alors émis par l'Assureur dans ces circonstances.

Toute personne à charge qui cesse d'être assurée parce qu'elle cesse de répondre à la définition de personne à charge ou que l'adhérent décède peut, en faisant une demande écrite à l'Assureur dans les 31 jours qui suivent la date de terminaison de l'assurance, obtenir une police d'assurance maladie individuelle d'un genre alors émis par l'Assureur dans ces circonstances.

Cette police ne comportant pas de remboursement pour les médicaments prévus au Régime général d'assurance-médicaments, toute personne qui y adhère doit aussi s'inscrire auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) en composant le 418 528-5921 ou le 1 888 435-7999.

8. Exonération des primes

Assurance vie et assurance mort et mutilation accidentelles de l'adhérent

Assurance vie des personnes à charge

Si un adhérent est atteint d'invalidité alors que ces garanties sont en vigueur, l'assureur renonce au paiement de toute prime à son égard qui vient à échéance après l'expiration des jours de congés-maladie accumulés par l'adhérent et ce, tant que dure l'invalidité. Cette protection se termine au 65^e anniversaire de l'adhérent.

Assurance maladie

Si avant la date effective de sa retraite, un adhérent devient invalide alors que cette garantie est en vigueur, l'assureur renonce au paiement de toute prime à son égard qui vient à échéance après l'expiration des jours de congés-maladie accumulés par l'adhérent et ce tant que dure l'invalidité. Dans tous les cas, l'exonération cesse au plus tard à la date de son 65^e anniversaire de naissance ou à sa date de mise à la retraite si antérieure.

Assurance salaire de longue durée

Si un adhérent est atteint d'invalidité alors que cette garantie est en vigueur, l'assureur renonce au paiement de toute prime à son égard qui vient à échéance après l'expiration des jours de congés-maladie accumulés par l'adhérent. Cette protection se termine au 65^e anniversaire de l'adhérent. La mise à la retraite pour cause d'invalidité n'est pas considérée comme une terminaison de l'assurance.

Note : un adhérent invalide, participant à un programme de réadaptation ou faisant l'objet d'un retour progressif tel que prévu dans le document sur les conditions de travail, continue de bénéficier de l'exonération de primes.

9. Continuation de l'assurance en cas d'interruption de travail

- a) Un adhérent qui cesse d'être au travail actif à plein temps en raison d'un congé non payé, d'une suspension ou d'une mise à pied temporaire doit demeurer assuré pour le régime d'assurance maladie en payant la prime totale y compris la part de l'employeur. De plus, il peut conserver ses autres régimes, à la condition d'en faire la demande écrite à l'assureur dans les 31 jours qui suivent l'un ou l'autre de ces événements, en payant la prime totale. Cependant, l'assurance ne peut pas être maintenue en vigueur pour une période de plus de 6 mois dans le cas d'une mise à pied temporaire ou de plus de 12 mois dans le cas d'un congé non payé, à moins d'entente contraire entre le Preneur et l'Assureur. Si une invalidité survient au cours d'une de ces périodes, le délai de carence débute à compter de la date prévue de retour au travail.

Dans certaines situations, la Loi sur les normes du travail, qui prévaut sur la présente clause, permet de prolonger la période maximale de 12 mois.

Note : Par exemple, dans le cas d'un congé parental, l'employé a droit à un congé de 52 semaines et la participation au régime d'assurance collective ne doit pas être affectée par cette absence.

- b) Dans le cas d'un congé non payé, d'une suspension ou d'une mise à pied temporaire d'une durée inférieure à 30 jours, l'ensemble des régimes de l'adhérent est automatiquement maintenu en vigueur et les primes afférentes doivent continuer à être versées à l'Assureur. Cependant, l'adhérent peut choisir de suspendre l'ensemble de ses régimes, **à l'exception du régime d'assurance maladie**, pendant la durée de son congé sans solde à condition qu'il en fasse la demande avant le début de son congé sans solde. Dans ce dernier cas, ses régimes reprennent automatiquement dès son retour effectif au travail avec traitement.
- c) Lorsqu'un adhérent est congédié et conteste son congédiement par voie de grief ou de recours à l'arbitrage au sens du code du travail ou par tout autre recours approprié, le régime d'assurance maladie est maintenu et la prime totale (part employé, part employeur) est payable par l'adhérent. Ce dernier peut maintenir en vigueur ses autres régimes, à la condition d'en faire la demande écrite à l'Assureur dans les 31 jours qui suivent le congédiement ou la suspension et en payant la prime totale. Si l'adhérent perd son recours, l'assurance prend fin à la date où la décision finale est rendue.
- d) Lorsqu'un adhérent cesse d'être au travail actif à plein temps en raison d'une grève ou d'un lock-out, tous les régimes sont maintenus en vigueur moyennant les primes requises; cependant, une invalidité débutant durant la grève ou le lock-out sera considérée comme ayant débuté à la date du retour au travail suivant la terminaison de la grève ou du lock-out.
- e) Dans le cas d'une préretraite totale, l'ensemble des régimes de l'adhérent est automatiquement maintenu en vigueur à l'exception du régime d'assurance salaire de longue durée, et les primes afférentes aux régimes maintenus doivent continuer à être versées à l'assureur. Advenant un retour au travail, le régime d'assurance salaire de longue durée reprend automatiquement sans preuves d'assurabilité.
- f) Dans le cas d'une préretraite graduelle, l'ensemble des régimes de l'adhérent est automatiquement maintenu en vigueur et les primes afférentes doivent continuer à être versées à l'assureur. Cependant, un tel adhérent peut être exempté totalement ou partiellement du régime d'assurance salaire de longue durée à la condition d'en faire la demande à l'assureur dans les 30 jours qui suivent la prise d'effet de la préretraite graduelle. Si l'adhérent est exempté partiellement, il continue de verser la prime à 100 % de son traitement et l'assureur rembourse ensuite à l'adhérent la prime payée en trop à raison de 3 fois par année.

Dans le cas d'un retour effectif au travail à temps plein de l'adhérent exempté totalement du régime d'assurance salaire de longue durée, ledit régime reprend effet à la date d'acceptation par l'assureur des preuves d'assurabilité.

- g) Dans le cas d'une retraite progressive, l'ensemble des régimes de l'adhérent est automatiquement maintenu en vigueur et les primes afférentes doivent continuer à être versées à l'assureur. Cependant, un tel adhérent peut être exempté partiellement du régime d'assurance salaire de longue durée pour être couvert au prorata du temps travaillé à la condition d'en faire la demande à l'assureur dans les 30 jours qui suivent la prise d'effet de la retraite progressive. Dans ce dernier cas, l'adhérent continue de verser la prime à 100 % de son traitement et l'assureur rembourse ensuite à l'adhérent la prime payée en trop à raison de 3 fois par année.
- h) Une adhérent en congé partiel sans traitement ou un adhérent participant à un congé sans traitement à traitement différé demeure assuré pour l'ensemble des régimes qu'il détenait au début du congé à la condition que la prime soit payée. Pour les fins de calcul de la prime et de la protection du régime d'assurance vie et du régime d'assurance salaire de longue durée, son traitement est celui qu'il aurait eu s'il n'avait pas participé à un tel congé. Pour toute invalidité débutée pendant un congé sans traitement à traitement différé, l'invalidité est présumée débuter à la même date que celle visée par l'application des conditions de travail pour déterminer la période d'assurance traitement.

En cas de retraite graduelle, l'adhérent devient admissible au régime des retraités.

10. Fin de l'assurance

Assurance vie de l'adhérent :

Le régime d'assurance vie de tout adhérent se termine à la première des dates suivantes :

- la date de la fin du contrat, sous réserve des dispositions concernant l'exonération des primes en cas d'invalidité;
- la date à laquelle l'adhérent quitte son emploi pour une autre raison que la retraite, sous réserve des dispositions concernant la prolongation en cas de transformation;
- la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée, sous réserve des dispositions concernant l'exonération des primes en cas d'invalidité et des dispositions concernant la prolongation en cas de transformation;
- la date de la retraite.*

* À noter qu'un régime à l'intention des retraités est offert.

Assurance vie du conjoint et des enfants à charge :

Le régime d'assurance vie du conjoint et des enfants à charge se termine à la première des dates suivantes :

- la date de la fin de l'assurance de l'adhérent;
- la date à laquelle cette personne cesse d'être un conjoint ou un enfant à charge.

Assurance maladie de l'adhérent :

Le régime d'assurance maladie de tout adhérent se termine à la première des dates suivantes :

- la date de la fin du contrat;
- la date à laquelle l'adhérent quitte son emploi pour une autre raison que la retraite;
- dans le cas où la prime n'est pas payée, sous réserve des dispositions concernant l'exonération des primes en cas d'invalidité, 30 jours après l'envoi d'un avis à cet effet par l'assureur à la dernière adresse de l'adhérent;
- la date de mise à la retraite.*

* À noter qu'un régime à l'intention des retraités est offert.

Assurance maladie du conjoint et des enfants à charge :

Le régime d'assurance maladie du conjoint et des enfants à charge se termine à la première des dates suivantes :

- la date de la fin de l'assurance de l'adhérent;
- la date à laquelle cette personne cesse d'être un conjoint ou un enfant à charge.

Assurance salaire de longue durée :

Le régime d'assurance salaire de longue durée de tout adhérent se termine à la première des dates suivantes :

- la date de la fin du contrat ou du régime, sous réserve du Règlement général en application de la Loi sur les assurances;
- la date à laquelle l'adhérent termine son emploi;
- la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée, sous réserve des dispositions concernant l'exonération des primes en cas d'invalidité;
- la date à laquelle son âge plus le délai de carence de la garantie totalisent 65 ans ou la date de sa mise à la retraite si antérieure.

11. Procédures pour réclamer

Assurance maladie :

Médicaments : Service de paiement automatisé différé

Pour l'achat de médicaments, l'assuré présente au pharmacien sa carte de services. La demande de prestations est transmise automatiquement à l'assureur, cependant, l'assuré doit acquitter entièrement le coût des médicaments qu'il achète. La Capitale émettra un remboursement à la personne adhérente à la première des éventualités suivantes : l'accumulation de 75 \$ de frais réclamés ou après un délai de 14 jours.

Autres frais

L'adhérent doit faire parvenir au siège social de l'assureur le formulaire de réclamation dûment rempli, daté et signé. Il est important de suivre les indications inscrites sur le formulaire et de joindre les factures originales et les reçus officiels des frais réclamés.

Veillez conserver vos copies de reçus car les originaux ne vous seront pas retournés. En ce qui concerne les frais d'hospitalisation, l'assuré présente sa carte de services à l'hôpital, lequel fera parvenir par la suite la réclamation directement à l'assureur. Il est nécessaire de mentionner le numéro du groupe, de l'employeur, ainsi que le numéro d'identification de l'assuré.

Lors de réclamations de soins pour des professionnels tels physiothérapeutes, psychologues ou autres, un reçu officiel doit être présenté à l'assureur.

Ce reçu peut être l'endos de notre formulaire de réclamation et, dans ce cas, l'estampe ou sceau du professionnel doit y être apposé ainsi que sa signature, son numéro de permis et les dates précises des traitements accompagnés du nom de la personne à qui les traitements ont été rendus. Sont également acceptés, les reçus informatisés des professionnels et les reçus personnalisés en autant que les informations précitées y soient indiquées.

Vous devez réclamer à l'intérieur des 12 mois qui suivent la date où les frais ont été engagés. Nous vous suggérons de réclamer à tous les 3 mois.

Dépôt direct des prestations d'assurance maladie

Si vous avez adhéré à ce service, sur acceptation de votre demande de prestations, celles-ci seront déposées dans votre compte. Un relevé vous sera émis, vous confirmant le montant déposé et la date du traitement de votre réclamation.

Coordination des prestations

Si l'assuré a droit à des prestations similaires en vertu d'un contrat d'assurance individuel ou collectif souscrit auprès d'un assureur, les prestations payables en vertu des différents régimes d'assurance maladie sont réduites des prestations payables en vertu de tout autre contrat.

Assurance vie : Il appartient au bénéficiaire de réclamer la somme assurée en communiquant avec l'assureur qui lui fera parvenir les formulaires requis.

Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale

L'adhérent doit présenter sa demande à l'assureur qui lui fera parvenir le formulaire « Demande de paiement anticipé d'assurance vie de l'adhérent » sur lequel apparaîtra le montant maximal auquel l'adhérent est admissible en vertu du paiement anticipé. L'adhérent doit compléter ledit formulaire, obtenir le consentement de son bénéficiaire, joindre le rapport médical attestant sa condition puis retourner le tout à l'assureur. Les conditions applicables pour le paiement anticipé sont décrites au point 7 de la page 15.

Assurance salaire de longue durée

Lorsqu'un adhérent devient invalide tel que défini aux présentes, l'assureur doit en être avisé par écrit dans les 90 jours du début de l'invalidité. Des preuves écrites de la maladie ou de l'accident dont l'adhérent a été victime, ainsi que de son invalidité devront être fournies par ce dernier dans le même délai. La prestation est payable à l'adhérent après l'expiration du délai de carence. Le formulaire de réclamation doit être rempli par l'adhérent, l'employeur et le médecin traitant et remis le plus tôt possible à l'assureur.

1. Assurance vie de base de l'adhérent (*obligatoire*)

Au décès d'un adhérent, l'assureur paie au bénéficiaire une indemnité égale à 100 % du traitement annuel de l'adhérent. Cette protection est réduite à 75 % du traitement à l'âge de 70 ans et à 50 % du traitement à l'âge de 75 ans. Cette garantie n'est pas sujette à des preuves d'assurabilité.

2. Assurance mort et mutilation accidentelles (*obligatoire*)

Si un adhérent subit l'une des pertes indiquées au tableau ci-après et que cette perte résulte directement d'une blessure accidentelle et survient dans les 365 jours suivant un accident, il a droit au pourcentage suivant du capital assuré indiqué en vertu de la garantie d'assurance vie de base.

Perte	Pourcentage
- de la vie	100 %
- des deux mains ou des deux pieds	100 %
- de la vue complète des deux yeux	100 %
- d'une main et d'un pied	100 %
- d'une main ou d'un pied et de la vue complète d'un oeil	100 %
- paraplégie, quadriplégie ou hémiplegie	100 %
- d'un bras ou d'une jambe	50 %
- d'une main ou d'un pied	50 %
- de la vue complète d'un oeil	50 %
- de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles	50 %
- de l'ouïe d'une oreille	33 1/3 %
- du pouce et de l'index ou d'au moins quatre doigts d'une main	33 1/3 %
- de tous les orteils d'un pied	16 2/3 %

La perte d'un membre signifie soit la perte d'usage totale et définitive, soit la séparation complète à l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus. La perte de la vision d'un œil signifie la perte totale et irrémédiable de la vue de cet œil à laquelle aucune intervention chirurgicale ne pourrait remédier. La perte de la parole ou de l'ouïe signifie la perte totale et irrémédiable de la fonction à laquelle aucune intervention chirurgicale ne pourrait remédier. La perte du pouce et de l'index de la même main signifie la séparation complète à la jointure entre le doigt et la main.

L'indemnité en cas de mort accidentelle ou de mutilation est accordée sur une base de 24 heures par jour que l'adhérent soit au travail ou non.

L'indemnité pour un même accident ou pour plus d'un accident survenant au cours d'une seule et même période de 365 jours est limitée à 100 % du montant de la prestation.

Cette garantie ne s'applique pas et aucune indemnité n'est payable à l'adhérent si la perte subie survient dans les cas suivants :

- alors qu'il exerce toute fonction de l'équipage d'un aéronef;
- en raison d'une guerre déclarée ou non ou de sa participation à une insurrection réelle ou appréhendée;

- en raison d'une tentative de suicide ou de suicide de l'adhérent ou d'une blessure ou d'une mutilation que l'adhérent s'est volontairement infligée, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- lors de sa participation à un acte criminel ou réputé tel, y compris le fait de conduire un véhicule moteur avec un taux d'alcoolémie qui dépasse la limite permise par la loi;
- pour une condition survenue alors que l'assuré est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays;
- lors de la conduite d'un véhicule, bateau ou aéronef, sous l'effet de drogues ou de médicaments pris non conformément à la prescription ou, s'il s'agit de médicaments acquis sans prescription, pris non conformément à la posologie recommandée par le fabricant.

3. Assurance vie additionnelle de l'adhérent (*facultatif*)

L'adhérent peut s'il le désire, souscrire une à 12 tranches d'assurance vie additionnelle, jusqu'à un maximum de 6 fois son traitement annuel. Chaque tranche est égale à 1/2 fois son traitement annuel. Le tout est sujet à un maximum de 500 000 \$ moins le montant détenu en assurance vie de base. Cette protection est réduite de 50 % à 70 ans et de 10 % du montant initial à chaque année par la suite, devenant nulle à 75 ans.

Cette garantie est sujette à des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur. Cette règle s'applique au moment de l'adhésion à cette garantie et lors de l'ajout d'une nouvelle tranche d'assurance vie additionnelle. Voir « Exclusions » au point 8.

4. Assurance vie de base du conjoint et des enfants à charge (*facultatif*)

Le montant payable au décès du conjoint ou d'un enfant à charge assuré est égal à 10 000 \$.

5. Assurance vie additionnelle du conjoint (*facultatif*)

Si l'adhérent est assuré en vertu de la garantie d'assurance vie de base du conjoint et des enfants à charge, il peut souscrire pour son conjoint de 1 à 20 tranches d'assurance vie additionnelle, chaque tranche étant égale à 10 000 \$. Cette garantie est sujette à des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur. Cette règle s'applique au moment de l'adhésion à cette garantie et lors de l'ajout d'une nouvelle tranche d'assurance vie additionnelle. Cette protection est réduite de 50 % à 70 ans et de 10 % du montant initial à chaque année par la suite, devenant nulle à 75 ans. Voir « Exclusions » au point 8.

6. Assurance vie additionnelle des enfants à charge (*facultatif*)

Si l'adhérent est assuré en vertu de la garantie d'assurance vie de base du conjoint et des enfants à charge, il peut souscrire pour chacun de ses enfants à charge de 1 à 5 tranches d'assurance vie additionnelle, chaque tranche étant égale à 10 000 \$. Cette garantie est sujette à des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur. Cette règle s'applique au moment de l'adhésion à cette garantie et lors de l'ajout d'une nouvelle tranche d'assurance vie additionnelle. Voir « Exclusions » au point 8.

7. Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale

Un adhérent invalide de moins de 63 ans, exonéré du paiement des primes et dont l'espérance de vie est d'au plus 12 mois, peut obtenir le paiement d'une prestation anticipée en présentant une demande écrite à l'assureur, accompagnée des preuves médicales appropriées et de l'acceptation écrite du bénéficiaire.

La somme des montants versés est limitée à 25 % du montant d'assurance vie (base et additionnelle) de l'assuré, sans excéder 50 000 \$.

Lors du décès de l'adhérent, le montant payable par l'assureur est réduit du montant payé à titre de prestation anticipée, augmenté d'intérêts au taux annuel de 10 %.

L'assureur n'assume aucune responsabilité quant au traitement fiscal de la prestation. De plus, ce privilège cesse à la terminaison du contrat, même pour les adhérents exonérés du paiement des primes.

8. Exclusions s'appliquant aux points 3, 5 et 6.

Ces garanties ne s'appliquent pas si l'assuré meurt par suite de suicide ou des suites de toute tentative de suicide au cours des 2 premières années qui suivent la date de prise d'effet de la présente garantie, de sa remise en vigueur, ou de toute augmentation du montant de la garantie, qu'il soit sain d'esprit ou non lors du suicide ou de la tentative de suicide. L'assurance ou l'augmentation, selon le cas, est nulle et sans effet et la responsabilité de l'assureur est limitée au remboursement des primes perçues.

REGIME D'ASSURANCE MALADIE **(Obligatoire)**

Si par suite d'un accident, d'une maladie ou d'une grossesse, un adhérent doit supporter des frais pour lui-même ou pour son conjoint et ses enfants à charge, il a droit au remboursement de ces frais jusqu'à concurrence des montants mentionnés ci-après.

Les frais admissibles sont les frais raisonnablement engagés et justifiés par la gravité du cas, la pratique courante de la médecine et les tarifs usuels de la région.

1. Frais exempts de franchise et remboursés à 100 %

A) Frais d'hospitalisation

Les **frais d'hospitalisation** supportés au Canada et en excédent de ce qui est payable par tout régime étatique d'assurance, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre semi-privée, sans limite quant au nombre de jours. Cependant, dans le cas de malades chroniques hospitalisés pour soins prolongés dans des départements ou des centres hospitaliers spécialisés dans ce genre de soins, les frais d'hospitalisation sont limités à 180 jours par année civile.

B) Assurance voyage

Des garanties d'**assurance voyage, d'assistance voyage et d'assurance annulation** font partie intégrante du régime d'assurance maladie. Une description complète de ces garanties se retrouve à la page 25 de votre brochure.

2. Frais remboursés à 80 % après déduction d'une franchise par année civile de 100 \$ pour l'adhérent détenant une protection individuelle, de 200 \$ pour l'adhérent et ses personnes à charge couverts par une protection monoparentale et de 250 \$ pour l'adhérent et ses personnes à charge couverts par une protection familiale. Toutefois, si le total des frais admissibles excède 2 750 \$ par année civile pour l'adhérent et ses personnes à charge, le cas échéant, l'excédent est remboursable à 100 %.

Dans le cas d'un nouvel adhérent, la pleine franchise est applicable pour l'année civile au cours de laquelle l'assurance dudit adhérent débute.

Les services et fournitures énumérés ci-après sont admissibles pourvu qu'ils soient médicalement requis, prescrits par un médecin et nécessaires au traitement de l'assuré.

- Médicaments

- a) Les services pharmaceutiques et les médicaments prévus par les garanties du Régime général d'assurance-médicaments, tel qu'établi en vertu de la Loi sur l'assurance-médicaments (L.R.Q., c. A-29-01).
- b) Sous réserve des exclusions ci-après, les médicaments autres que ceux mentionnés à l'alinéa a), inclus dans la liste de médicaments de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP), vendus par un pharmacien ou un médecin dûment autorisé et qui sont prescrits par un médecin ou un dentiste.

EXCLUSIONS :

- . les médicaments codés « Z » dans la liste de médicaments de l'AQPP;

- . les produits considérés comme étant des substituts de nourriture, les produits cosmétiques, savons, huiles de teint, émoullients épidermiques, shampoings et autres produits pour le cuir chevelu;
- . les substances ou aliments diététiques;
- . les médicaments homéopathiques;
- . les médicaments administrés principalement à titre préventif. Aux fins de cette exclusion, un médicament servant à stabiliser ou régulariser un état pathologique diagnostiqué par un médecin n'est pas considéré un médicament préventif;
- . les produits contre la calvitie, les rides ou tout autre traitement administré principalement à des fins esthétiques, sauf si nécessité à la suite d'un accident;
- . les produits antitabac;
- . les médicaments ou substances servant au traitement de l'impuissance;
- . toute substance utilisée dans le but d'insémination, gelées et mousses à but contraceptif et proylactique;
- . les médicaments fournis au cours d'une hospitalisation.

De plus, l'assureur peut refuser le remboursement d'un médicament qui est prescrit pour une condition autre que celles visées par les indications thérapeutiques du fabricant ou de façon non conforme à la pratique courante de la médecine. L'Assureur peut entre autres exiger un diagnostic médical et limiter le remboursement à un maximum raisonnable.

Enfin, advenant l'approbation par Santé Canada d'un nouveau médicament pouvant affecter le coût de la garantie de façon importante, l'assureur se réserve le droit, avec le consentement du preneur, d'exclure ledit médicament de la garantie s'il ne fait pas partie de la liste de la Régie de l'assurance-maladie du Québec ou de modifier la prime à compter de la date de l'approbation.

Le service de paiement automatisé différé est disponible lors de l'achat de médicaments (voir page 12).

- Les honoraires d'**infirmiers licenciés ou d'infirmiers auxiliaires** membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative, pour des soins médicaux donnés à l'extérieur de l'hôpital, à l'exclusion de soins rendus par toute personne qui réside habituellement à la maison de l'adhérent ou qui fait partie de sa famille, jusqu'à concurrence d'un maximum de 6 250 \$ de frais admissibles par année civile, par assuré.
- Les frais d'**oxygène** et la location du matériel qui sert à l'administrer, le **sang et le plasma sanguin**, à l'exception des frais pour la conservation ou la congélation de sang et de plasma.
- Lorsque prescrits par le médecin, les frais de location **d'appareils thérapeutiques** ou d'achat, si ce dernier mode est plus économique, sujets à un maximum viager de 12 500 \$ de frais admissibles par assuré.

Dans cette catégorie d'appareils, nous pouvons citer (à titre d'exemples):

- a) les appareils d'aérosolthérapie, c'est-à-dire les appareils nécessaires au traitement, entre autres, de l'emphysème aigu, de la bronchite chronique ou de l'asthme chronique (ex. : maximist, médipompe);
 - b) les stimulateurs de consolidation de fractures (ex. : E.B.I.);
 - c) les instruments de surveillance respiratoire en cas d'arythmie respiratoire (ex. : apnéamonitor);
 - d) les respirateurs à pression positive intermittente (ex. : ventilateur volumétrique);
 - e) la pompe à insuline;
 - f) les vêtements pour le traitement de brûlures (ex.: Jobst);
 - g) les neurostimulateurs percutanés (T.E.N.S.), etc.
- Les frais pour l'achat ou de remplacement d'un **membre artificiel** pour une perte survenue en cours d'assurance.

- Les frais pour les traitements d'**ergothérapie, d'orthophonie et d'audiologie** lorsqu'ils sont administrés par des professionnels de ces disciplines membres en règle de leur ordre professionnel respectif reconnu par l'autorité législative, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 30 \$ par traitement et de 20 traitements par année civile, par assuré, par spécialité. Un seul traitement par jour pour le même patient est sujet à prestation.
- Les frais de **pansements, prothèses** (sauf les prothèses dentaires), **béquilles, attelles, plâtres, bandages herniaires, corsets orthopédiques et autres appareils orthopédiques**.
- Les frais d'achat d'une **prothèse mammaire externe** par suite de mastectomie, en excédent du montant versé par la Régie de l'assurance maladie du Québec, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 500 \$ par année civile, par assuré.
- Les frais d'achat d'une **prothèse capillaire** à la suite de traitements de chimiothérapie, jusqu'à concurrence de 400 \$ de frais admissibles par année civile, par assuré.
- Les frais de location d'un modèle de base de **fauteuil roulant et de lit de type hospitalier**.
- Les frais pour **radiographies, analyses de laboratoire et électrocardiogrammes** passés sans être hospitalisé, aux fins de prévention ou de diagnostic.
- Les frais de **chirurgie esthétique** suite à un accident survenu en cours d'assurance, jusqu'à concurrence de 6 250 \$ de frais admissibles par accident à condition que les services aient débuté dans les 12 mois de la date de l'accident.
- Le coût initial ou le coût de remplacement de **chaussures orthopédiques** fabriquées sur mesure pour l'assuré, par un laboratoire orthopédique spécialisé licencié en vertu de la Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q., ch. p.35), jusqu'à concurrence de 625 \$ de frais admissibles par année civile par assuré.
- Les frais pour la substance utilisée pour les **injections sclérosantes** requises médicalement et administrées par un médecin jusqu'à concurrence de 25 \$ de frais admissibles par traitement.
- Les frais d'achat d'un appareil destiné au contrôle du diabète (**glucomètre, dextromètre ou tout appareil du même genre**) et de la mallette permettant son déplacement, sur présentation d'un rapport complet du médecin traitant attestant que l'assuré est insulino-dépendant, jusqu'à concurrence de 300 \$ de frais admissibles par période de 60 mois par assuré.
- Les frais d'occupation d'une chambre, repas compris, pendant au moins 12 heures consécutives, dans une **institution pour convalescents** reconnue comme telle par le régime d'assurance-hospitalisation de la province de résidence de l'assuré et excédant les frais payables par un régime étatique d'assurance, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 25 \$ par jour pourvu que l'assuré soit admis dans une telle institution moins de 14 jours après la fin de son hospitalisation dans un centre hospitalier. Cependant, ces frais sont limités à une période maximale de 60 jours par année, par assuré.
- Les frais d'achat, de remplacement, de location, d'ajustement et de réparation d'**appareils auditifs** jusqu'à concurrence de 1 500 \$ de frais admissibles par période de 48 mois, par assuré.
- Les frais de tests d'**imagerie par résonance magnétique** effectués à l'extérieur d'un centre hospitalier pour fins de diagnostic, jusqu'à concurrence de 750 \$ de frais admissibles par année civile, par assuré.

Les services et fournitures énumérés ci-après sont admissibles pourvu qu'ils soient médicalement requis et nécessaires au traitement de l'assuré. Toutefois, la condition de l'assuré n'a pas à être constatée par un médecin.

- Les honoraires de **psychanalystes et psychologues**, membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative, à raison d'une visite par jour, jusqu'à concurrence de 625 \$ de frais admissibles, par assuré, par spécialité.
- Les honoraires de **physiothérapeutes ou de thérapeutes en réadaptation physique** exerçant sous le contrôle de physiothérapeutes ou de physiatres, s'ils sont membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative, jusqu'à concurrence de 625 \$ de frais admissibles par année civile, par assuré, pour l'ensemble de ces spécialistes. Un seul traitement par jour pour le même patient est sujet à prestation.
- Les honoraires de **chiropraticiens, incluant les radiographies**, membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative, jusqu'à concurrence de 625 \$ de frais admissibles par année civile, par assuré. Un seul traitement par jour pour le même patient est sujet à prestation.
- Les honoraires de **podiatres, ostéopathes, naturopathes, homéopathes, massothérapeutes, acupuncteurs, diététiciens**, s'ils sont membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 30 \$ par traitement et de 20 traitements par année civile, par assuré, par spécialité. Un seul traitement par jour pour le même patient est sujet à prestation.
- Les honoraires d'un **dentiste** pour le traitement d'une mâchoire fracturée ou de lésions à des dents saines, naturelles et vivantes subies du fait d'un accident survenu en cours d'assurance à condition que les services aient été rendus dans les 12 mois de la date de l'accident.

Cependant, s'il existe plus d'un type de traitement pour la condition dentaire de l'assuré, l'assureur rembourse les frais pour le traitement normal et approprié le moins coûteux.

- Les frais de transport par **ambulance** au centre hospitalier le plus proche pouvant fournir les soins requis, y compris le transport aérien ou ferroviaire en cas d'urgence.
- **Garantie Multiservices**

Les frais pour les services décrits ci-après, lorsqu'ils sont recommandés par un médecin et rendus nécessaires à la suite d'une hospitalisation ou d'une chirurgie d'un jour, sont admissibles jusqu'à concurrence d'un montant de 500 \$ par assuré par année civile pour l'ensemble de ces frais, pourvu qu'ils soient engagés dans les 30 jours suivant l'hospitalisation de l'assuré ou suivant sa sortie de l'unité de chirurgie d'un jour ou de médecine de jour et pourvu qu'ils ne puissent être rendus par une personne qui réside avec l'assuré.

- a) les honoraires pour des services d'aide à domicile, facturés par un organisme spécialisé, pour se laver, se nourrir, se vêtir et pourvoir à ses besoins élémentaires d'hygiène;
- b) les frais de base pour des services d'entretien courant du domicile de l'assuré (préparation des repas, ménage, lessive, vaisselle, tonte de la pelouse et déneigement), effectués par une personne autre qu'un proche parent de l'assuré;
- c) les honoraires pour des services de garde d'enfants mineurs, dispensés par une personne autre qu'un proche parent de l'assuré;
- d) les frais de transport public pour une visite médicale chez le médecin ou au centre hospitalier incluant les frais d'accompagnement, si nécessaire, par une personne autre qu'un proche parent de l'assuré;
- e) les frais de séjour dans une maison d'hébergement spécialisée dans les soins après hospitalisation.

3. Exclusions et réduction du régime

Sous réserve des dispositions de la Loi sur l'assurance-médicaments, sont exclus du présent régime les produits et services décrits et aucun remboursement n'est effectué par l'Assureur pour les frais subis lors des évènements suivants:

- pour des vaccins préventifs;
- pour des prothèses dentaires, lunettes, verres de contact ou leur ajustement, sauf si nécessités par suite d'un accident;
- pour des injections dans le cadre d'une cure d'amaigrissement;
- pour une chirurgie, des traitements ou des prothèses à des fins esthétiques, sauf à la suite d'un accident;
- pour des soins prodigués principalement aux fins d'esthétique, les lunettes de protection ou de soleil et les soins prodigués gratuitement;
- pour tout produit ou service non médicalement requis;
- pour des prothèses capillaires, sauf à la suite de traitements de chimiothérapie;
- pour un examen de la vue ou de l'ouïe;
- pour des soins et services administrés par un membre de la famille de l'assuré ou par une personne qui réside avec ce dernier;
- pour un examen médical périodique, ou pour un examen médical pour fins d'emploi, pour fins d'admission à une institution scolaire, pour fins d'assurance ou pour voyage de santé;
- pour une condition survenue alors que l'assuré est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays;
- en raison d'une guerre déclarée ou non, ou de participation active à une insurrection réelle ou appréhendée;
- par suite de sa participation à un acte criminel ou réputé tel;
- pour tous frais relatifs à l'insémination;
- pour tous frais relatifs au traitement de l'infertilité, sauf s'il s'agit de médicaments;
- pour tous soins, services ou fournitures de nature expérimentale;
- pour tout ticket modérateur, franchise ou coassurance exigé par tout régime public sur des produits ou services admissibles en vertu de la présente garantie.

Pour la garantie d'assurance voyage, les exclusions et réduction stipulées aux pages 27 et 28 s'appliquent en plus de celles stipulées au présent article.

Pour la garantie d'assurance annulation de voyage, les exclusions sont celles décrites aux pages 30 et 301.

De plus, sont exclus les frais payables en vertu de tout autre régime, individuel ou collectif, et les frais pour lesquels l'assuré a droit à une indemnité en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, de la Loi sur l'assurance automobile, de la Loi sur l'assurance hospitalisation du Québec, de la Loi sur l'assurance maladie du Québec ou de toute autre loi canadienne ou étrangère au même effet.

Également, sont exclus les frais engagés pour des soins, services ou fournitures pour lesquels l'assuré n'est pas tenu de payer, qu'il ne serait pas tenu de payer s'il s'était prévalu des dispositions de tout régime public ou ne serait pas tenu de payer en l'absence de la présente garantie.

RÉGIME D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE **(Obligatoire)**

Sur réception et approbation par l'assureur des preuves établissant qu'un adhérent en vertu du contrat est devenu invalide et après épuisement du délai de carence, l'assureur verse une rente mensuelle définie ci-dessous.

1. Délai de carence

Le délai de carence est une période d'attente pendant laquelle aucune prestation n'est payable. Il est de 6 mois ou l'épuisement de la banque de maladie de l'adhérent si supérieure.

2. Période de prestations

Le premier versement de prestation est payable à compter du 31^e jour suivant l'expiration du délai de carence défini plus haut et les versements suivants sont effectués mensuellement par la suite. De plus, le droit aux prestations cesse à la première des éventualités suivantes :

- le dernier jour de la semaine au cours de laquelle l'adhérent atteint l'âge de 65 ans;
- la cessation de l'invalidité;
- le défaut de produire les preuves de persistance de l'invalidité satisfaisantes à l'assureur;
- le refus de se soumettre à un examen médical tel que demandé par l'assureur;
- le décès de l'adhérent.

3. Montant de la prestation

Lorsque la prestation d'assurance traitement versée par l'employeur à l'employé invalide est égale soit à 66 2/3 % ou soit à 50 % de son traitement, le montant payable par l'assureur est le complément nécessaire pour atteindre 80 % du traitement brut. C'est le même traitement qui sert de base au calcul des prestations de l'employeur et de l'assureur. Finalement, lorsque l'employé invalide ne reçoit plus de prestation d'assurance traitement de l'employeur, le montant payable est égal à 70 % du traitement brut et la prestation est limitée à 10 000 \$.

À compter de la 3^e année d'invalidité, l'ensemble des prestations d'assurance salaire décrites ci-dessus et des prestations initiales nettes provenant d'autres sources ne peut excéder 85 % du traitement net de l'adhérent au début de son invalidité.

À cette fin, les revenus suivants sont considérés comme revenus provenant d'autres sources :

- revenus d'invalidité de la Loi sur les accidents de travail et des maladies professionnelles,
- revenus d'invalidité de la Loi sur l'assurance automobile du Québec,
- revenus d'invalidité de la Loi sur le civisme, de la Loi de l'indemnisation des victimes d'actes criminels et du Régime de rentes du Québec (montant initial de rente d'invalidité seulement),
- toute rente d'invalidité ou toute rente de retraite versée par un régime de retraite auquel l'adhérent participe.

Le traitement initial de l'adhérent avant le début de l'invalidité est ajusté annuellement suivant les mêmes modalités que celles qui s'appliquent aux rentes payables en vertu du Régime de rentes du Québec, jusqu'à concurrence d'un maximum de 4 % pour fins de coordination.

L'adhérent doit, à la demande de l'assureur, faire parvenir une demande de prestations selon les lois et régimes précités. À défaut par l'adhérent de s'exécuter, sur préavis écrit de 60 jours de l'assureur, celui-ci pourra, pendant la durée où l'adhérent est en défaut, considérer les revenus qui pourraient être versés à l'adhérent à la suite d'une telle demande, comme provenant d'autres sources. Toutefois, l'assureur ne peut exiger de l'adhérent qu'il demande sa rente de retraite tant qu'il n'est pas admissible à une rente sans réduction actuarielle.

De plus, pour fins de calcul des revenus d'autres sources, un adhérent invalide qui a droit à la rente d'invalidité de la Régie des rentes du Québec et qui demande sa rente de retraite de la Régie est présumé recevoir la rente d'invalidité qu'il aurait reçue s'il en avait fait la demande ou qu'il aurait continué de recevoir s'il n'avait pas demandé sa rente de retraite.

« **Traitement net** » signifie le traitement moins les cotisations au Régime de rentes du Québec, aux Ressources humaines et Développement des compétences Canada ainsi qu'au régime québécois d'assurance parentale et les impôts des gouvernements provincial et fédéral en vigueur selon les déclarations d'exemption faites à l'employeur.

Aux fins du calcul de l'impôt provincial, les seules exemptions considérées sont l'exemption de base, l'exemption de conjoint, l'exemption pour enfants à charge, l'exemption pour personnes maintenant un établissement domestique autonome, l'exemption personnelle pour déficience physique ou mentale et l'exemption relative à la réduction d'impôt à l'égard de la famille.

Aux fins du calcul de l'impôt fédéral, les seules exemptions considérées sont l'exemption de base, l'exemption pour conjoint ou l'équivalent du montant pour conjoint et l'exemption pour personnes handicapées.

4. Réadaptation

L'adhérent qui consent à participer à un programme de réadaptation de l'assureur, a droit à la rente mensuelle de réadaptation décrite ci-dessous. Le service de cette rente prend fin dès l'expiration d'une période de 24 mois après le début du programme de réadaptation, ou l'interruption du programme de réadaptation, ou le retrait par l'assureur de l'approbation du programme de réadaptation.

La rente mensuelle de réadaptation est égale au montant de l'indemnité mensuelle de l'adhérent avant son inscription au programme de réadaptation, diminué d'une somme égale à 50 % de la rémunération au travail accompli au cours du programme de réadaptation.

Si le revenu de l'adhérent, provenant de la rente de réadaptation et de la rémunération du travail accompli au cours du programme de réadaptation excède 100 % du traitement net de base mensuel perçu de son employeur au début du délai de carence, la rente mensuelle de réadaptation est réduite de l'excédent. Pour fins du calcul, le traitement net de base est ajusté annuellement suivant les mêmes modalités que celles qui s'appliquent aux rentes payables en vertu du Régime de rentes du Québec, jusqu'à concurrence d'un maximum de 4 %.

Si à la fin du programme de réadaptation l'adhérent occupe un emploi dont la rémunération est inférieure à la rente d'invalidité à laquelle il aurait droit s'il était toujours invalide, l'Assureur lui verse alors une rente résiduelle égale à la rente d'invalidité diminuée de 100 % de la rémunération reçue dudit emploi à la fin du programme de réadaptation.

Cette rente résiduelle est indexée selon les modalités prévues au point suivant et elle cesse au décès de l'adhérent, à son 65^e anniversaire de naissance ou à la date de mise à la retraite si antérieure.

Advenant que l'adhérent quitte son emploi ou devienne invalide à nouveau, la rente payable est alors la rente d'invalidité qu'il aurait eue s'il n'avait pas participé au programme de réadaptation, diminuée de tout revenu d'invalidité en relation avec ledit emploi et provenant de tout régime public ou privé auquel l'adhérent est admissible.

5. Indexation

Lorsque l'adhérent ne reçoit plus de prestations d'invalidité de son employeur, la prestation versée par l'assureur est indexée annuellement au 1^{er} janvier de chaque année, suivant les mêmes modalités que celles qui s'appliquent aux rentes payables en vertu du Régime de Rentes du Québec. Cependant, l'ajustement est limité à 4 %.

6. Exclusions

Aucune indemnité n'est payable en vertu de la présente garantie si l'invalidité survient dans les cas suivants:

- en raison d'une guerre déclarée ou non, de sa participation active à une insurrection réelle ou appréhendée;
- en raison d'une blessure ou d'une mutilation, que l'adhérent s'est infligée volontairement qu'il soit sain d'esprit ou non;
- lors de sa participation à un acte criminel ou réputé tel;
- pour une condition survenue alors que l'adhérent est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays;
- en raison d'alcoolisme, de toxicomanie ou de jeu compulsif, sauf s'il s'agit d'une période d'invalidité pendant laquelle l'adhérent reçoit des traitements ou des soins médicaux continus en vue de sa réadaptation auprès d'un organisme ou d'une institution spécialisés à cet effet;
- en raison d'une cessation de travail, pour subir une chirurgie plastique effectuée uniquement à des fins esthétiques, à moins qu'elle ne s'avère nécessaire à la suite d'une maladie ou d'une blessure;
- à l'égard d'une période d'invalidité totale durant laquelle l'adhérente est dans l'une des situations suivantes :
 - congé de maternité pris conformément à une loi provinciale ou fédérale ou un congé de maternité accordé par l'employeur; ledit congé est réputé débiter à la date prévue du départ ou à la date de l'accouchement selon la première éventualité;
 - période pour laquelle l'adhérente reçoit des prestations de maternité en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi ou de la Loi sur l'assurance parentale.Lorsqu'une adhérente autrement admissible à des prestations est visée par cette exclusion, et qu'elle reçoit des prestations d'assurance-emploi ou de l'assurance parentale en raison de grossesse, l'assureur verse un supplément calculé comme étant la différence entre le montant des prestations d'assurance-emploi ou de l'assurance parentale et le montant auquel elle aurait eu droit si cette exclusion ne s'était pas appliquée.
- pour toute période d'invalidité au cours de laquelle l'adhérent n'est pas sous les soins d'un médecin. Dans le cas d'une invalidité due à une maladie mentale, l'adhérent invalide doit être sous les soins d'un spécialiste en psychiatrie;
- aucune prestation n'est payable durant une période où l'adhérent exerce une occupation rémunératrice, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation.

Les frais usuels et raisonnables et les services décrits dans l'assurance voyage sont admissibles s'ils sont engagés par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie survenu alors que l'assuré est temporairement à l'extérieur de sa province de résidence. Pour être considéré temporairement à l'extérieur de sa province de résidence, le séjour ne doit pas excéder 6 mois consécutifs; ce séjour peut être prolongé pour plus de 6 mois pourvu qu'il le soit en raison de la maladie ou de l'accident survenu au cours de la période de 6 mois et que le retour dans sa province de résidence soit impossible pour des raisons médicales justifiables.

Si le séjour excède 6 mois, l'adhérent peut maintenir son assurance, sous réserve qu'il présente à l'Assureur une demande écrite et à la condition qu'il demeure admissible aux régimes d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie du Québec. Les prestations sont accordées en supplément et non en remplacement des prestations prévues par les programmes gouvernementaux. Le remboursement maximal par assuré est de 1 000 000 \$ viager.

Frais admissibles

Frais hospitaliers, médicaux et paramédicaux

- Les frais d'hospitalisation en chambre semi-privée ou privée, excédant ceux qui sont remboursés ou remboursables par la Régie de l'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré.
- Les frais inhérents (téléphone, télévision, stationnement, etc.) à une hospitalisation sur présentation de pièces justificatives, jusqu'à un maximum de 100 \$ par hospitalisation.
- Les honoraires professionnels d'un médecin pour des soins médicaux, chirurgicaux ou d'anesthésie autres que des honoraires pour des soins dentaires; les frais engagés sont payables uniquement pour la partie des frais qui excède les prestations payables en vertu du régime d'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré.
- Le coût des médicaments obtenus sur ordonnance d'un médecin dans le cadre d'un traitement d'urgence.
- Les honoraires d'un infirmier diplômé pour des soins infirmiers privés, donnés exclusivement à l'hôpital, lorsqu'ils sont médicalement nécessaires et prescrits par le médecin traitant jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 3 000 \$. L'infirmier ne doit cependant avoir aucun lien de parenté avec l'assuré, ni être un compagnon de voyage.
- La location d'équipement thérapeutique et l'achat de bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles, plâtres et autres appareils orthopédiques, lorsque prescrits par le médecin traitant.
- Les honoraires professionnels d'un chirurgien-dentiste pour des lésions accidentelles aux dents naturelles pour un accident qui est survenu en dehors de la province de résidence de l'assuré, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 000 \$ par accident; les frais couverts doivent être engagés dans les 12 mois suivant l'accident.

Affectation à l'extérieur de la province de résidence

- Les frais d'hospitalisation et les honoraires professionnels de médecin pour la partie qui excède les frais couverts par le régime provincial et qui ne sont pas admissibles du seul fait qu'ils sont reliés à des soins non urgents ou qu'ils constituent des frais reliés à une grossesse sont couverts par la présente garantie lorsque ces frais sont engagés alors que l'adhérent est affecté à l'extérieur de sa province de résidence pour les fins de son travail depuis plus de 30 jours consécutifs. Pour être admissibles, les frais doivent être engagés dans la région la plus proche du lieu d'affectation de l'adhérent où les soins ou les services requis sont disponibles.

Frais de transport

- Les frais de transport par ambulance terrestre ou aérienne pour conduire l'assuré jusqu'à l'établissement médical adéquat le plus proche. Ce service comprend également le transfert entre hôpitaux lorsque le médecin traitant et l'assistant estiment que les installations existantes sont inadéquates pour traiter le patient ou stabiliser sa condition.
- Les frais de rapatriement de l'assuré à son lieu de résidence par un moyen de transport public adéquat pour qu'elle puisse y recevoir les soins appropriés, dès que son état de santé le permet et dans la mesure où le moyen de transport initialement prévu pour le retour ne peut être utilisé. Si son état l'exige, l'assistant envoie une escorte médicale sur place pour accompagner l'assuré pendant le rapatriement. Le rapatriement doit être approuvé et planifié par l'assistant.

- Lorsque l'assuré est rapatrié ou transporté, l'assisteuse organise et paie les frais pour le retour, selon le cas, de son conjoint et de ses enfants à charge ou d'un compagnon de voyage de l'assuré, dans la province de résidence de ce dernier, jusqu'à concurrence d'un billet d'avion de ligne régulière, train ou autobus, si les moyens de retour initialement prévus ne peuvent être utilisés.
- Lorsque l'état de santé de l'assuré ne permet pas de rapatriement médical et que l'hospitalisation hors province doit dépasser 7 jours, l'assisteuse organise et paie les frais pour le transport aller-retour d'un proche parent résidant dans la province de résidence de l'assuré, pour lui permettre de se rendre à son chevet. Le remboursement maximal est de 1 500 \$. Ces frais ne sont cependant pas admissibles au remboursement si l'assurée était déjà accompagné par un proche parent âgé de 18 ans ou plus, ou que la nécessité de la visite ne soit pas confirmée par le médecin traitant ou que la visite ne soit pas préalablement approuvée et planifiée par l'assisteuse.
- Lorsqu'un assuré est dans l'impossibilité de conduire son véhicule, à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu au cours du voyage, et qu'aucun autre passager ne peut conduire ledit véhicule, l'assisteuse paie les frais engagés, par une agence commerciale, pour le retour du véhicule personnel de l'assuré ou d'un véhicule de location, à sa résidence ou à l'agence de location appropriée la plus proche, sous réserve d'un remboursement maximal de 1 000 \$.
- Dans le cas du décès de l'assuré, lorsque nécessaire, l'assisteuse organise et paie les frais d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un proche parent d'aller identifier la dépouille avant le rapatriement, à condition qu'aucun proche parent âgé de 18 ans ou plus n'ait accompagné l'assuré dans son voyage et ne soit en mesure de le faire. Le remboursement maximal est de 1 500 \$.
- Dans le cas du décès de l'assuré, l'assisteuse paie le coût de la préparation et du retour de la dépouille (excluant le coût du cercueil) jusqu'au lieu d'inhumation dans la province de résidence, sous réserve d'un remboursement maximal de 5 000 \$, ou le coût de crémation ou de l'enterrement sur place, sous réserve d'un remboursement maximal de 3 000 \$.

Allocations de subsistance

- Les frais pour l'hébergement et les repas dans un établissement commercial, lorsqu'un assuré doit reporter son retour pour cause de maladie ou de blessure corporelle qu'il subit lui-même ou que subit un proche parent qui l'accompagne ou un compagnon de voyage, sous réserve d'un remboursement maximal de 150 \$ par jour pendant 8 jours.

Service d'assistance-voyage

L'assisteuse fournit, 24 heures sur 24, 365 jours par année, à toute personne assurée qui en fait la demande, un service d'assistance-voyage dans le monde entier à l'exclusion des pays en état de guerre ou d'instabilité politique notoire rendant matériellement impossible l'intervention de l'assisteuse.

- Avance de fonds pour les frais couverts en vertu de l'assurance voyage. Par la suite, l'assisteuse réclame le remboursement des frais engagés à la Régie d'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré et à l'Assureur.
- En cas de maladie ou d'accident à l'étranger, l'assisteuse fournit toute information médicale sous forme de conseils simples et de renseignements ainsi que les coordonnées d'un centre médical. Si nécessaire, l'assisteuse facilite l'admission de l'assuré dans une clinique ou un hôpital approprié.
- Sous réserve des présentes et en cas de maladie ou d'accident de l'assuré en dehors de sa province de résidence, aussitôt prévenu, l'assisteuse organise les contacts nécessaires entre son service médical, le médecin traitant et éventuellement, le médecin de famille, afin de prendre les décisions les mieux adaptées à la situation.
- L'assisteuse se charge de transmettre les messages urgents lorsque l'assuré est dans l'impossibilité de les transmettre lui-même.
- L'assisteuse assume l'acheminement, dans la limite du possible, de médicaments indispensables à la poursuite d'un traitement en cours, dans le cas où il est impossible de se les procurer sur place ou d'obtenir leur équivalent. Dans tous les cas, les médicaments sont payés par l'assuré pour ensuite être remboursés par l'Assureur si admissibles.
- Sur présentation de pièces justificatives, l'assisteuse rembourse à l'assuré les frais d'appels téléphoniques et autres frais de communication engagés pour avoir accès à ces services en cas de difficulté à l'étranger.
- L'assisteuse fournit sur demande d'un assuré, toute information nécessaire en cas de problèmes importants durant le voyage de celui-ci par suite de la perte de son passeport, visa, carte de crédit.
- L'assisteuse offre à l'assuré en difficulté à l'étranger un service téléphonique d'interprètes polyglottes.

- Lorsque l'assuré fait l'objet de poursuites judiciaires à la suite d'un accident de la circulation, d'infraction au Code de la sécurité routière ou de tout autre délit civil, l'assisteuse fournit une aide en référant des noms d'avocats. Ce service n'est applicable qu'au Canada et aux États-Unis.

Obligations de la personne assurée

AVIS : L'assuré a l'obligation d'aviser l'assisteuse, dès que possible, de la survenance de l'incident, de l'accident ou de la maladie.

RESTRICTION : L'assuré, dès qu'il est en mesure de le faire, doit obtenir l'accord préalable de l'assisteuse avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense. Si l'assuré manque à cette obligation, l'assisteuse sera relevé de ses obligations envers celui-ci.

BILLETS NON UTILISÉS : Lorsqu'un assuré a bénéficié d'un rapatriement aux termes de la garantie d'assurance voyage, l'assisteuse se réserve le droit de réclamer à celui-ci, le titre de transport qu'il détient et non utilisé du fait des services rendus par l'assisteuse.

SUBROGATION : Aux fins de la présente garantie et pour toute somme avancée ou remboursée par l'assisteuse, l'assuré cède et subroge l'assisteuse dans tous ses droits et recours à tout remboursement dont il bénéficie ou prétend bénéficier selon tout régime public ou privé de services assurés similaires à ceux pour lesquels les avances ou les frais ont été engagés par l'assisteuse. Les assurés conviennent de signer tout document et exécuter tout acte requis par l'assisteuse afin de donner plein et entier effet à la présente cession et subrogation et mandate spécialement à cette fin l'Assisteuse à titre de procureur et de représentant pour soumettre toute réclamation et encaisser tout remboursement.

Exclusions et réduction de la garantie

En plus des exclusions et réduction mentionnées à la garantie d'assurance maladie, aucune somme n'est payée, ni aucune assistance donnée à l'assuré par l'Assureur ou l'assisteuse dans les cas suivants:

- lorsque le sinistre a lieu dans la province de la résidence de l'assuré;
- lorsque l'assuré refuse sans raison médicale valable de se conformer aux recommandations de l'assisteuse quant à son rapatriement, au choix de l'hôpital ou quant aux soins requis; par soins requis, on entend les traitements nécessaires à la stabilisation de la condition médicale de l'assuré;
- s'il y a eu défaut de communiquer dès que possible avec l'assisteuse en cas de consultation médicale ou d'hospitalisation, suite à un accident ou une maladie subite;
- lorsque les frais sont occasionnés par une grossesse et ses complications dans les 12 semaines précédant la date prévue de l'accouchement;
- lorsque le sinistre est dû à toute condition médicale pour laquelle l'assuré a été hospitalisé, pour laquelle il a reçu ou s'est fait prescrire un traitement médical ou pour laquelle il a consulté un médecin dans les 90 jours précédant la date du départ, sauf s'il est prouvé à la satisfaction de l'Assureur que la condition de l'assuré est stabilisée; un changement quant à un médicament, à sa posologie ou à son utilisation est considéré comme étant un traitement médical;

Dans un tel cas l'assuré doit communiquer avec l'assureur, au moins 7 jours avant son départ, pour l'informer de sa situation médicale.

- lorsque le sinistre est relié à toute condition connue de l'assuré et sujette à des périodes d'aggravation soudaine, qui ne peuvent être contrôlées par médication ou autrement;
- lorsque les frais engagés hors de la province de résidence de l'assuré auraient pu être engagés dans sa province de résidence, sans danger pour la vie ou la santé de l'assuré, à l'exception des frais immédiatement nécessaires par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie subite. Le seul fait que les soins pouvant être prodigués dans la province de résidence soient de qualité inférieure à ceux qui peuvent l'être hors de cette province ne constitue pas, au sens de la présente exclusion, un danger pour la vie ou la santé de l'assuré;

- lorsque les frais hospitaliers sont engagés dans des hôpitaux pour malades chroniques, ou dans un service pour maladies chroniques dans un hôpital public, ou pour des patients qui se trouvent dans des maisons de soins prolongés ou des stations thermales;
- pour une chirurgie ou un traitement facultatif ou non urgent, ou si le voyage a été entrepris dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non;
- pour un accident survenu lors de la participation de l'assuré à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicule moteur ou tout genre d'épreuve de vitesse, au vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, au saut à l'élastique (bungee jumping) ou à toute autre activité dangereuse;
- à la suite de l'absorption volontaire et abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conditions qui s'ensuivent;
- pour les services de rapatriement et d'assistance voyage, lorsque le sinistre a lieu dans un pays en état de guerre déclarée ou non, d'instabilité politique notoire, lors d'émeute, de mouvement populaire, de représailles, de restrictions à la libre circulation, de grève, d'explosion, d'activité nucléaire, de radioactivité et autres cas de force majeure rendant matériellement impossible l'intervention de l'assisteuseur.

L'Assureur peut en tout temps et à sa seule discrétion changer l'assisteuseur aux fins de la présente garantie.

NOTE

Si recommandé par un médecin, l'assureur rembourse les frais hospitaliers et médicaux à l'extérieur du Québec, en excédent du montant supporté par le régime gouvernemental lorsque ces frais ne sont pas offerts au Québec, c'est-à-dire que la demande ne résulte pas d'un manque de disponibilité temporaire pour de tels soins. Les frais hospitaliers et médicaux à l'extérieur du Canada sont admissibles uniquement lorsque les soins ne sont pas offerts ni au Québec, ni ailleurs au Canada. Les frais doivent être couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec et sont sujets à un maximum annuel de 50 000 \$ par assuré.

EN CAS D'URGENCE

Veillez prendre note que les informations apparaissant sur votre carte de services sont nécessaires lorsque vous désirez rejoindre les services de l'assisteuseur dont les numéros apparaissent ci-après :

- | | |
|---|-----------------------|
| - au Canada et aux États-Unis | 1 800 363-9050 |
| - à travers le monde à frais virés | 514 985-2281 |

ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

L'assureur paie, selon les modalités décrites ci-après, 100 % des frais engagés par l'assuré suite à l'annulation ou l'interruption d'un voyage dans la mesure où les frais engagés ont trait à des frais de voyage payés d'avance par l'assuré alors que la présente garantie est en vigueur, et que ce dernier, au moment de finaliser les arrangements du voyage, ne connaît aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation ou l'interruption du voyage prévu. Les frais couverts sont limités à 5 000 \$ par assuré par voyage.

Cause d'annulation ou d'interruption

Le voyage doit être annulé ou interrompu en raison d'une des causes suivantes :

- a) une maladie ou un accident empêchant l'assuré ou un de ses proches parents, son compagnon de voyage ou un de ses proches parents, ou son associé en affaires de remplir ses fonctions habituelles et qui est raisonnablement grave pour justifier l'annulation ou l'interruption du voyage;
- b) le décès de l'assuré, de son conjoint, d'un enfant de l'assuré ou de son conjoint, du compagnon de voyage ou d'un associé en affaires;
- c) le décès d'un proche parent de l'assuré autre que son conjoint ou son enfant ou d'un proche parent du compagnon de voyage si les funérailles ont lieu au cours de la période prévue du voyage ou dans les 14 jours qui la précèdent;
- d) le décès ou l'hospitalisation d'urgence de l'hôte à destination;
- e) la convocation de l'assuré ou de son compagnon de voyage à agir comme membre d'un jury, ou leur assignation comme témoin dans une cause à être entendue durant la période du voyage à la condition que la personne concernée ne soit pas partie au litige et ait entrepris les démarches nécessaires pour obtenir le report de la cause;
- f) la mise en quarantaine de l'assuré ou de son compagnon de voyage, sauf si celle-ci se termine plus de 7 jours avant la date prévue du départ;
- g) le détournement de l'avion à bord duquel l'assuré voyage;
- h) un sinistre rendant inhabitable la résidence principale de l'assuré, du compagnon de voyage ou de l'hôte à destination, à la condition que la résidence soit toujours inhabitable 7 jours avant la date prévue du départ ou que le sinistre ait lieu au cours du voyage;
- i) le transfert de l'assuré ou de son compagnon de voyage, pour le même employeur, à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel, si exigé dans les 30 jours précédant la date prévue du départ;
- j) le terrorisme ou toute autre situation dans le pays où se rend l'assuré, à la condition que le gouvernement du Canada émette une recommandation incitant les Canadiens à ne pas voyager dans ce pays pour une période chevauchant la durée prévue du voyage et que la recommandation soit émise après que les frais eurent été engagés;
- k) un départ manqué dû au retard du moyen de transport utilisé pour se rendre au point de départ, à la condition que l'horaire du moyen de transport utilisé prévoyait une arrivée au moins 3 heures avant le départ ou au moins 2 heures si la distance à parcourir était inférieure à 100 kilomètres. La cause du retard doit être, soit les conditions atmosphériques, soit des difficultés mécaniques (sauf pour une automobile privée), soit un accident de la circulation, soit la fermeture d'urgence d'une route, chacune des deux dernières causes devant être appuyée par un rapport de police;

- l) les conditions atmosphériques retardant le départ du transporteur public utilisé par l'assuré, au point de départ projeté, d'au moins 30 % (minimum 48 heures) de la durée prévue du voyage ou empêchant l'assuré d'effectuer une correspondance prévue avec un autre transporteur pour autant que cette correspondance soit retardée d'au moins 30 % (minimum 48 heures) de la durée prévue du voyage;
- m) un sinistre survenant à la place d'affaires ou sur les lieux physiques où doit se tenir une activité à caractère commercial et rendant impossible la tenue de l'activité de sorte qu'un avis écrit annulant l'activité est émis par l'organisme officiel responsable de son organisation;
- n) la perte involontaire d'emploi permanent de l'assuré ou de son conjoint, pourvu que la personne concernée occupait le poste permanent chez le même employeur depuis plus d'un an.

Frais couverts

Les frais suivants sont couverts à la condition qu'ils soient effectivement à la charge de l'assuré et sont limités à 5 000 \$ par assuré par voyage.

a) En cas d'annulation avant le départ :

- la portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance;
- les frais supplémentaires engagés par l'assuré qui décide de voyager seul dans le cas où son compagnon de voyage doit annuler son voyage pour une des raisons prévues à la présente garantie, jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable à l'assuré au moment où son compagnon de voyage doit annuler;
- la portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance, jusqu'à concurrence de 70 % desdits frais, si le départ de l'assuré est retardé à cause des conditions atmosphériques et qu'il décide de ne pas effectuer le voyage.

b) Si un départ est manqué, au début ou au cours du voyage, pour une des raisons prévues à la présente garantie, le coût supplémentaire exigé par un transporteur public à horaire fixe pour un billet en classe économique par la route la plus directe jusqu'à la destination prévue.

c) Si le retour est anticipé ou retardé :

- le coût supplémentaire d'un billet simple, en classe économique, par la route la plus directe pour le retour jusqu'au point de départ par le moyen de transport prévu initialement ou si ce dernier ne peut être utilisé, les frais exigés par un transporteur public à horaire fixe, en classe économique, selon le moyen de transport le plus économique, par la route la plus directe pour le retour jusqu'au point de départ; ces frais doivent au préalable être convenus avec l'assureur.

Toutefois, si le retour de l'assuré est retardé de plus de 7 jours à la suite d'une maladie ou d'un accident subi par l'assuré ou son compagnon de voyage, les frais engagés sont couverts pour autant que la personne concernée ait été admise dans un centre hospitalier à titre de patient interne pendant plus de 48 heures à l'intérieur de ladite période de 7 jours.

- la portion non utilisée et non remboursable de la partie terrestre des frais de voyage payés d'avance.

Exclusions de la garantie d'assurance annulation de voyage

La présente garantie ne couvre pas les pertes causées par ou auxquelles ont contribué les causes suivantes:

- si le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non;
- si le voyage est entrepris dans le but de visiter une personne malade ou ayant subi un accident et que l'annulation ou l'interruption du voyage résulte du décès ou d'une détérioration de la condition médicale de cette personne;
- une guerre, déclarée ou non, ou la participation active à une insurrection réelle ou appréhendée;

- la participation active de l'assuré ou de son compagnon de voyage à un acte criminel ou réputé tel;
- la grossesse ou les complications en résultant dans les 12 semaines précédant la date prévue de l'accouchement;
- une blessure que l'assuré ou son compagnon de voyage s'est infligée intentionnellement, un suicide ou une tentative de suicide, que la personne soit saine d'esprit ou non;
- l'absorption volontaire et abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conditions qui s'ensuivent;
- la participation à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteur ou à tout genre d'épreuve de vitesse, ou vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, au saut à l'élastique (bungee jumping) ou à toute autre activité dangereuse;
- une condition médicale pour laquelle l'assuré ou son compagnon de voyage a été hospitalisé ou a reçu ou s'est fait prescrire un traitement médical ou pour laquelle il a consulté un médecin dans les 90 jours précédant la date où les frais de voyage sont engagés, sauf s'il est prouvé à la satisfaction de l'assureur que la condition de la personne concernée est stabilisée au moment où les frais ont été engagés. Un changement quant à un médicament, à sa posologie ou à son utilisation est considéré comme étant un traitement médical;
- lorsque le sinistre est relié à toute condition connue de l'assuré ou de son compagnon de voyage et sujette à des périodes d'aggravation soudaine qui ne peuvent être contrôlées par médication ou autrement;
- Si l'activité visée est la chasse ou la pêche.

Délai pour demander l'annulation

Advenant une cause d'annulation avant le départ, le voyage doit être annulé dans un délai maximal de 48 heures, ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié, et l'assureur doit être avisé au même moment. La responsabilité de l'assureur est limitée aux frais d'annulation stipulés au contrat de voyage 48 heures après la date de la cause d'annulation, ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié.

Coordination

Les prestations payables en vertu de la présente garantie sont réduites de tout montant payable en vertu d'un autre contrat d'assurance individuel ou collectif. Sont également exclus les frais engagés pour lesquels l'assuré ne serait pas tenu de payer en l'absence de la présente garantie.

Définitions

a) Activité à caractère commercial

Assemblée, congrès, convention, exposition, foire ou séminaire, à caractère professionnel ou commercial, telle activité devant être publique, sous la responsabilité d'un organisme officiel et conforme aux lois, règlements et politiques de la région où doit se tenir l'activité, et qui se veut la seule raison du voyage projeté.

b) Associé en affaires

La personne avec qui l'assuré est associé en affaires dans le cadre d'une compagnie de 4 coactionnaires ou moins ou d'une société à but lucratif composée de 4 associés ou moins.

c) Compagnon de voyage

La personne avec qui l'assuré partage la chambre ou l'appartement à destination ou dont les frais de transport ont été payés avec ceux de l'assuré.

d) Frais de voyage payés d'avance

Toute somme déboursée par l'assuré pour lui-même pour l'achat d'un voyage à forfait, d'un billet d'un transporteur public ou pour la location d'un véhicule motorisé auprès d'un commerce accrédité. Ils comprennent également une somme déboursée par l'assuré relativement à des réservations pour des arrangements terrestres habituellement compris dans un voyage à forfait, que les réservations soient effectuées par l'assuré ou par une agence de voyage, de même qu'une somme déboursée par l'assuré relativement aux frais d'inscription pour une activité à caractère commercial.

e) Hôte à destination

La personne dont la résidence principale doit servir de lieu d'hébergement à l'assuré selon une entente prévue à l'avance.

f) Voyage

Voyage touristique ou d'agrément ou activité à caractère commercial comportant une absence de l'assuré de son lieu de résidence pour une période d'au moins 72 heures consécutives et nécessitant un déplacement d'au moins 400 kilomètres (aller et retour) de son lieu de résidence; est également considéré comme un voyage, une croisière d'une durée prévue d'au moins 72 heures consécutives, sous la responsabilité d'un commerce accrédité.

RESTRICTION : Les voyages dont l'activité visée est la chasse ou la pêche sont exclus si la cause d'annulation est l'une de celles décrites aux points k) et l) des pages 29 et 30.

Demande de prestations pour l'assurance annulation

Lors d'une demande de prestations, l'assuré doit fournir les preuves justificatives suivantes :

- Les titres de transport inutilisés.
- Les reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires.
- Les reçus pour les arrangements terrestres et autres déboursés. Les reçus doivent inclure les contrats émis officiellement par l'intermédiaire d'un agent de voyages ou d'un commerce accrédité dans lesquels il est fait mention des montants non remboursables en cas d'annulation. Une preuve écrite de la demande de l'assuré à cet effet de même que les résultats de sa demande doivent être transmis à l'Assureur.
- Les documents officiels attestant la cause de l'annulation. Si l'annulation est attribuable à des raisons médicales, l'assuré doit fournir un certificat médical rempli par un médecin habilité par la loi et pratiquant dans la localité où survient la maladie ou l'accident; le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet qui confirme la nécessité par l'assuré d'annuler, de retarder ou d'interrompre son voyage.
- Le rapport de police lorsque le retard du moyen de transport utilisé par l'assuré est causé par un accident de la circulation ou la fermeture d'urgence de la route.
- Le rapport officiel émis par les autorités concernées portant sur les conditions atmosphériques.
- La preuve écrite émise par l'organisateur officiel de l'activité à caractère commercial confirmant que l'événement est annulé et indiquant les raisons précises de l'annulation de l'événement.
- Tout autre rapport exigé par l'Assureur et permettant de justifier la demande de prestations de l'assuré.

TAUX PAR PÉRIODE DE PAIE (14 JOURS) du 02.04.2009 au 01.04.2010

Assurance vie de base de l'adhérent
(Taux par 1 000 \$ d'assurance) 0,121 \$

Assurance mort et mutilation accidentelles
(Taux par 1 000 \$ d'assurance) 0,02 \$

Assurance vie du conjoint et des enfants à charge 2,08 \$

Assurance maladie

Protection	Employé	Employeur	Prime totale
Individuelle	43,11 \$	0,92 \$	44,03 \$
Monoparentale	68,22 \$	2,31 \$	70,53 \$
Familiale	99,77 \$	2,31 \$	102,08 \$

Assurance salaire de longue durée
(Taux en pourcentage du salaire) 0,753 %

Assurance vie additionnelle de l'adhérent
(Taux par 1 000 \$ d'assurance)

Âge de l'adhérent	Homme		Femme	
	Fumeur	Non fumeur	Fumeuse	Non fumeuse
Moins de 30 ans	0,04 \$	0,03 \$	0,04 \$	0,02 \$
30 à 34 ans	0,04 \$	0,03 \$	0,04 \$	0,02 \$
35 à 39 ans	0,06 \$	0,04 \$	0,04 \$	0,03 \$
40 à 44 ans	0,10 \$	0,06 \$	0,07 \$	0,04 \$
45 à 49 ans	0,16 \$	0,10 \$	0,10 \$	0,07 \$
50 à 54 ans	0,26 \$	0,16 \$	0,16 \$	0,10 \$
55 à 59 ans	0,42 \$	0,26 \$	0,26 \$	0,16 \$
60 à 64 ans	0,67 \$	0,41 \$	0,39 \$	0,24 \$
65 à 69 ans	0,90 \$	0,56 \$	0,53 \$	0,33 \$
70 à 74 ans	1,46 \$	0,91 \$	0,93 \$	0,58 \$

Assurance vie additionnelle du conjoint
(Taux par 10 000 \$ d'assurance selon le sexe du conjoint)

Âge de l'adhérent	Homme		Femme	
	Fumeur	Non fumeur	Fumeuse	Non fumeuse
Moins de 30 ans	0,40 \$	0,27 \$	0,37 \$	0,24 \$
30 à 34 ans	0,44 \$	0,27 \$	0,37 \$	0,24 \$
35 à 39 ans	0,57 \$	0,37 \$	0,44 \$	0,30 \$
40 à 44 ans	1,01 \$	0,64 \$	0,67 \$	0,40 \$
45 à 49 ans	1,64 \$	1,04 \$	1,04 \$	0,67 \$
50 à 54 ans	2,55 \$	1,64 \$	1,61 \$	1,04 \$
55 à 59 ans	4,23 \$	2,59 \$	2,59 \$	1,58 \$
60 à 64 ans	6,68 \$	4,13 \$	3,90 \$	2,42 \$
65 à 69 ans	9,00 \$	5,59 \$	5,26 \$	3,27 \$
70 à 74 ans	14,64 \$	9,06 \$	9,33 \$	5,79 \$

Assurance vie additionnelle des enfants à charge
(Taux par tranche de 10 000 \$) 0,33 \$

Note : la taxe de 9 % doit être ajoutée aux taux indiqués dans ce document.

POUR JOINDRE LA CAPITALE ASSURANCES ET GESTION DU PATRIMOINE

Québec

Édifice Le Delta II
2875, boul. Laurier, bureau 100
Québec (Québec) G1V 2M2
418 644-4200

Montréal

Bureau 820
425, boul. de Maisonneuve O.
Montréal (Québec) H3A 3G5
514 873-6506

Numéro sans frais : 1 800 463-4856



ASSURANCE VOYAGE

Voici les numéros pour joindre l'Assisteur :

Au Canada et aux États-Unis : 1 800 363-9050
Ailleurs dans le monde à frais virés : 514 985-2281

5492-09 (2009-04-06) mc

