

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE
administré par

La Capitale 



Contrat 001962
Employés

Régime modifié le
1^{er} avril 2021

Avec la collaboration de



IMPORTANT

La présente brochure contient les dispositions générales du contrat d'assurance.

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 auprès du responsable de groupe chez le Preneur ou auprès de votre employeur.



100 %

Cette brochure a été imprimée sur du papier contenant 100 % de fibres recyclées postconsommation. Un simple geste afin de mieux gérer l'environnement et nos ressources.

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

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE DES GARANTIES	5
GARANTIE D'ASSURANCE VIE	21
1. Garantie d'assurance vie de base de l'adhérent	21
2. Garantie d'assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelles de base	21
3. Garantie d'assurance vie des personnes à charge	23
4. Garantie d'assurance vie facultative de l'adhérent et du conjoint	24
5. Garantie d'assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelles facultative	25
6. Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale	25
GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE	27
GARANTIE D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES (Régime complet seulement)	35
1. Frais admissibles	36
2. Exclusions, restrictions et réduction de la garantie	41
GARANTIE D'ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE (Régime complet seulement)	43
1. Délai de carence	43
2. Période et montant de la prestation	43
3. Exclusions, restrictions et réduction de la garantie	45
4. Retour progressif	46
5. Supplément aux prestations de l'assurance-emploi ou de l'assurance parentale en raison de grossesse	46
GARANTIE D'ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE	47
1. Délai de carence	47
2. Période et montant de la prestation	47
3. Indexation	49
4. Réadaptation	49
5. Exclusions, restrictions et réduction de la garantie	49
6. Supplément aux prestations de l'assurance-emploi ou de l'assurance parentale en raison de grossesse	51
7. Conditions préexistantes	51

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	53
1. Définitions	53
2. Admissibilité	60
3. Adhésion	60
4. Participation aux régimes d'assurance maladie et assurance soins dentaires ..	62
5. Changement du choix d'option	62
6. Droit d'exemption	63
7. Continuation de l'assurance en cas d'interruption de travail	64
8. Droit de transformation	65
9. Prolongation de l'assurance des personnes à charge à la suite du décès de l'adhérent	67
10. Exonération des primes en cas d'invalidité totale	67
11. Bénéficiaire	68
12. Fin de l'assurance	68
 DEMANDE DE PRESTATIONS	 71
 ASSURANCE VOYAGE	 73
 ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE	 81
1. Causes d'annulation ou d'interruption	81
2. Frais couverts	83
3. Exclusions de la garantie d'assurance annulation de voyage	84
4. Délai pour demander l'annulation	86
5. Coordination	86
6. Demande de prestations pour l'assurance annulation de voyage	86
 LA CAPITALE RÉPOND À VOS QUESTIONS	 89

Ce tableau sommaire décrit brièvement les garanties qui sont incluses dans votre régime d'assurance collective. La description complète des garanties apparaît dans les pages suivantes.

Description des personnes admissibles	
Tous les employés possédant un statut d'employé permanent, qui sont engagés en vue d'un poste permanent ou qui sont sous contrat de travail pour une période d'au moins un (1) an, au travail actif à plein temps ainsi que les employés à contrat de moins de 1 an au 1 ^{er} juillet 2020.	
RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	
Âge maximal des enfants à charge	Jusqu'à 21 ans si l'enfant n'est pas aux études à plein temps Jusqu'à 26 ans si l'enfant est aux études à plein temps
Invalidité totale – Propre occupation	Délai de carence de l'assurance invalidité de longue durée et les 24 mois suivants Employés à contrat de moins de 1 an au 1 ^{er} juillet 2020 : 24 mois
Période ou récurrence d'invalidité	Toute période continue d'invalidité totale ou une suite de périodes successives d'invalidité attribuables à la même cause ou à des causes connexes séparées par une période de travail à temps complet de moins de : – 15 jours au cours du délai de carence de la garantie d'assurance invalidité de longue durée. – 6 mois par la suite.
Admissibilité	3 mois de service actif et continu de travail
Nombre d'heures de travail minimum	20 heures par semaine
Droit de transformation	
– Assurance maladie	60 jours
– Assurance soins dentaires	Non
Continuation de l'assurance en cas d'interruption de travail	
– Congé de maternité, parental, de paternité ou d'adoption	12 mois
– Congé autorisé non payé ou mise à pied temporaire	12 mois

GARANTIE	PROTECTION
ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT	
Protection – Employé détenant un statut de protection individuel en assurance maladie :	1 fois le salaire annuel, le montant arrondi à la tranche supérieure de 1 000 \$
– Employé détenant un statut de protection autre qu'individuel en assurance maladie :	2 fois le salaire annuel, le montant arrondi à la tranche supérieure de 1 000 \$
Réduction	50 % à 65 ans
Maximum sans preuves	770 000 \$
Maximum avec preuves	1 100 000 \$
Exonération des primes	Délai de carence de la garantie d'assurance invalidité de longue durée Employés à contrat de moins de 1 an au 1 ^{er} juillet 2020 : après six mois d'invalidité totale
Fin de l'assurance	71 ^e anniversaire de l'adhérent ou sa retraite si antérieure
ASSURANCE VIE DE BASE DES PERSONNES À CHARGE	
Protection	10 000 \$ conjoint / 5 000 \$ enfant à charge (âgé de 24 heures ou plus)
Exonération des primes	Idem vie de base
Prolongation de la protection des personnes à charge à la suite du décès de l'adhérent	24 mois suivant immédiatement le décès de l'adhérent
Fin de l'assurance	Idem vie de base

ASSURANCE EN CAS DE MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLES DE BASE DE L'ADHÉRENT

Protection – Employé détenant un statut de protection individuel en assurance maladie :	1 fois le salaire annuel, le montant arrondi à la tranche supérieure de 1 000 \$
– Employé détenant un statut de protection autre qu'individuel en assurance maladie :	2 fois le salaire annuel, le montant arrondi à la tranche supérieure de 1 000 \$
Réduction	50 % à 65 ans
Maximum sans preuves	770 000 \$
Maximum avec preuves	1 100 000 \$
Exonération des primes	Délai de carence de la garantie d'assurance invalidité de longue durée Employés à contrat de moins de 1 an au 1 ^{er} juillet 2020 : après six mois d'invalidité totale
Fin de l'assurance	71 ^e anniversaire de l'adhérent ou sa retraite si antérieure

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DE L'ADHÉRENT

Protection	1 à 25 tranches de 10 000 \$
Maximum sans preuves	Des preuves d'assurabilité sont toujours requises
Maximum avec preuves	250 000 \$
Exonération des primes	Délai de carence de la garantie d'assurance invalidité de longue durée Employés à contrat de moins de 1 an au 1 ^{er} juillet 2020 : après six mois d'invalidité totale
Fin de l'assurance	65 ^e anniversaire de l'adhérent ou sa retraite si antérieure

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU CONJOINT

Protection	1 à 25 tranches de 10 000 \$
Maximum sans preuves	Des preuves d'assurabilité sont toujours requises
Maximum avec preuves	250 000 \$
Exonération des primes	Délai de carence de la garantie d'assurance invalidité de longue durée
	Employés à contrat de moins de 1 an au 1 ^{er} juillet 2020 : après six mois d'invalidité totale
Fin de l'assurance	65 ^e anniversaire du conjoint ou à la retraite de l'adhérent si antérieure

ASSURANCE EN CAS DE MORT OU DE MUTILATION ACCIDENTELLES FACULTATIVE DE L'ADHÉRENT

Protection	1 à 25 tranches de 10 000 \$
Maximum sans preuves	Des preuves d'assurabilité sont toujours requises
Maximum avec preuves	250 000 \$
Exonération des primes	Délai de carence de la garantie d'assurance invalidité de longue durée
	Employés à contrat de moins de 1 an au 1 ^{er} juillet 2020 : après six mois d'invalidité totale
Fin de l'assurance	65 ^e anniversaire de l'adhérent ou sa retraite si antérieure

ASSURANCE EN CAS DE MORT OU DE MUTILATION ACCIDENTELLES FACULTATIVE DU CONJOINT

Protection	1 à 25 tranches de 10 000 \$
Maximum sans preuves	Des preuves d'assurabilité sont toujours requises
Maximum avec preuves	250 000 \$
Exonération des primes	Délai de carence de la garantie d'assurance invalidité de longue durée Employés à contrat de moins de 1 an au 1 ^{er} juillet 2020 : après six mois d'invalidité totale
Fin de l'assurance	65 ^e anniversaire du conjoint ou à la retraite de l'adhérent si antérieure
Paiement anticipé en cas de phase terminale (pour l'assurance vie de base et facultative de l'adhérent)	25 %, maximum 50 000 \$

GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE – Régime de base et régime complet**1. Frais exempts de franchise et remboursés à 100 %**

	OPTION A	OPTION B	OPTION C
Durée minimale de participation	24 mois	24 mois	48 mois
Hospitalisation	Chambre à deux lits	Chambre à deux lits	Chambre à deux lits
Frais de séjour dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée	Chambre à deux lits Maximum 180 jours par année civile, par assuré	Chambre à deux lits Maximum 180 jours par année civile, par assuré	Chambre à deux lits Maximum 180 jours par année civile, par assuré
Centre de réadaptation et de convalescence	Maximum 180 jours par invalidité, par assuré	Maximum 180 jours par invalidité, par assuré	Maximum 180 jours par invalidité, par assuré
Assurance et assistance voyage	Durée du séjour 6 mois Maximum viager de 1 000 000 \$ La durée maximale de séjour pour les retraités est de 60 jours.	Durée du séjour 6 mois Maximum viager de 1 000 000 \$ La durée maximale de séjour pour les retraités est de 60 jours.	Durée du séjour 6 mois Maximum viager de 1 000 000 \$ La durée maximale de séjour pour les retraités est de 60 jours.
Assurance annulation de voyage	Maximum de 5 000 \$, par assuré, par voyage	Maximum de 5 000 \$, par assuré, par voyage	Maximum de 5 000 \$, par assuré, par voyage

GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE (suite) – Régime de base et régime complet

2. Frais de médicaments

	OPTION A	OPTION B	OPTION C
Service de paiement automatisé	Direct	Direct	Direct
Franchise annuelle	Applicable sur les médicaments et autres frais admissibles	Applicable sur les médicaments et autres frais admissibles	Applicable sur les médicaments et autres frais admissibles
– protection individuelle	125 \$	100 \$	75 \$
– protection familiale	250 \$	200 \$	150 \$
– protection monoparentale	200 \$	150 \$	100 \$
Remboursement Médicaments	70 % jusqu'au maximum annuel à rembourser selon le RGAM et 100 % de l'excédent par certificat	75 % jusqu'au maximum annuel à rembourser selon le RGAM et 100 % de l'excédent par certificat	80 % jusqu'au maximum annuel à rembourser selon le RGAM et 100 % de l'excédent par certificat
Clause	Régulière	Régulière	Régulière
Franchise et coassurance RAMQ pour les assurés âgés de 65 ans ou plus	Oui	Oui	Oui
Substitution	Générique obligatoire	Générique obligatoire	Générique obligatoire
Dispositions applicables pour les 65 ans et plus	Surprime : Oui – basée sur l'âge de l'assuré	Surprime : Oui – basée sur l'âge de l'assuré	Surprime : Oui – basée sur l'âge de l'assuré

GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE (suite) – Régime de base et régime complet

3. Autres frais admissibles – Les maximums décrits ci-dessous sont des maximums admissibles

	OPTION A	OPTION B	OPTION C
Coassurance	70 %	75 %	80 %
Ambulance	Frais raisonnables et habituels	Frais raisonnables et habituels	Frais raisonnables et habituels
Appareil auditif	S/O	750 \$ par 60 mois consécutifs, par assuré	1 250 \$ par 36 mois consécutifs, par assuré
Bas de soutien	4 paires par année civile, par assuré	4 paires par année civile, par assuré	4 paires par année civile, par assuré
Clinique privée pour alcoolisme et toxicomanie	80 \$ par jour et viager de 2 500 \$, par assuré	80 \$ par jour et viager de 2 500 \$, par assuré	80 \$ par jour et viager de 2 500 \$, par assuré
Dentiste en cas d'accident	Les services doivent avoir été rendus dans les 12 mois de la date de l'accident.	Les services doivent avoir été rendus dans les 12 mois de la date de l'accident.	Les services doivent avoir été rendus dans les 12 mois de la date de l'accident.
Éléments correctifs, chaussures orthopédiques, orthèses et chaussures correctrices	250 \$ par année civile, par assuré	450 \$ par année civile, par assuré	750 \$ par année civile, par assuré
Fauteuil roulant, lit d'hôpital ou appareils thérapeutiques	Frais raisonnables et habituels	Frais raisonnables et habituels	Frais raisonnables et habituels
Glucomètre, dextromètre pour un assuré insulino-dépendant	500 \$ par 36 mois consécutifs, par assuré	500 \$ par 36 mois consécutifs, par assuré	500 \$ par 36 mois consécutifs, par assuré
Honoraires d'infirmiers	15 000 \$ par année civile, par assuré	15 000 \$ par année civile, par assuré	15 000 \$ par année civile, par assuré

GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE (suite) – Régime de base et régime complet**3. Autres frais admissibles (suite) – Les maximums décrits ci-dessous sont des maximums admissibles**

	OPTION A	OPTION B	OPTION C
Injections sclérosantes	25 \$ par injection et 20 injections par année civile, par assuré	25 \$ par injection et 20 injections par année civile, par assuré	25 \$ par injection et 20 injections par année civile, par assuré
Lunettes et lentilles cornéennes à la suite d'une opération pour cataracte	S/O	S/O	Maximum de remboursement de 200 \$ viager
Membre ou œil artificiel, supports, corsets, bandes herniaires, plâtres, béquilles ou autres équipements orthopédiques	Frais raisonnables et habituels	Frais raisonnables et habituels	Frais raisonnables et habituels
Neurostimulateur percutané	Frais raisonnables et habituels	Frais raisonnables et habituels	Frais raisonnables et habituels
Oxygène, appareil respiratoire avec oxygène, sang, plasma sanguin et transfusion	Frais raisonnables et habituels	Frais raisonnables et habituels	Frais raisonnables et habituels
Pompe à insuline	Frais raisonnables et habituels	Frais raisonnables et habituels	Frais raisonnables et habituels
Prothèse capillaire à la suite d'une chimiothérapie	500 \$ viager, par assuré	500 \$ viager, par assuré	500 \$ viager, par assuré
Prothèse mammaire à la suite d'une mastectomie	En excédent du montant versé par le régime gouvernemental	En excédent du montant versé par le régime gouvernemental	En excédent du montant versé par le régime gouvernemental

GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE (suite) – Régime de base et régime complet

3. Autres frais admissibles (suite) – Les maximums décrits ci-dessous sont des maximums admissibles

	OPTION A	OPTION B	OPTION C
Radiographies, analyses de laboratoire, résonances magnétiques et tomodensitométries	1 000 \$ par année civile, par assuré	1 250 \$ par année civile, par assuré	2 000 \$ par année civile, par assuré
Soins et services à domicile	500 \$ par année civile, par assuré	500 \$ par année civile, par assuré	500 \$ par année civile, par assuré
Soins oculaires	S/O	S/O	250 \$ par 36 mois consécutifs
Stérilet	Frais raisonnables et habituels	Frais raisonnables et habituels	Frais raisonnables et habituels
Traitements spéciaux non offerts dans la province de résidence	50 000 \$ viager, par assuré	50 000 \$ viager, par assuré	50 000 \$ viager, par assuré
Vaccins	Frais raisonnables et habituels	Frais raisonnables et habituels	Frais raisonnables et habituels

4. Professionnels de la santé – Les maximums décrits ci-dessous sont des maximums admissibles

	OPTION A	OPTION B	OPTION C
Coassurance applicable	70 %	75 %	80 %
Acupuncteur	70 \$ par traitement et 10 traitements par année civile, par assuré	70 \$ par traitement et 10 traitements par année civile, par assuré	70 \$ par traitement et 10 traitements par année civile, par assuré
Audiologiste Orthophoniste	85 \$ par traitement et 10 traitements par année civile, par assuré, pour l'ensemble de ces professionnels	85 \$ par traitement et 10 traitements par année civile, par assuré, pour l'ensemble de ces professionnels	85 \$ par traitement et 10 traitements par année civile, par assuré, pour l'ensemble de ces professionnels

GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE (suite) – Régime de base et régime complet

4. Professionnels de la santé (suite) – Les maximums décrits ci-dessous sont des maximums admissibles

	OPTION A	OPTION B	OPTION C
Chiropraticien Ostéopathe Physiothérapeute Thérapeute en réadaptation physique Thérapeute du sport	700 \$ par année civile, par assuré, pour l'ensemble de ces professionnels	800 \$ par année civile, par assuré, pour l'ensemble de ces professionnels	900 \$ par année civile, par assuré, pour l'ensemble de ces professionnels
Diététiste* Kinésiologue* * Sur recommandation médicale	65 \$ par traitement et 10 traitements par année civile, par assuré, pour l'ensemble de ces professionnels	65 \$ par traitement et 10 traitements par année civile, par assuré, pour l'ensemble de ces professionnels	65 \$ par traitement et 10 traitements par année civile, par assuré, pour l'ensemble de ces professionnels
Ergothérapeute	75 \$ par traitement et 10 traitements par année civile, par assuré	75 \$ par traitement et 10 traitements par année civile, par assuré	75 \$ par traitement et 10 traitements par année civile, par assuré
Kinésithérapeute* Massothérapeute* Orthothérapeute* * Sur recommandation médicale	70 \$ par traitement et 10 traitements par année civile, par assuré, pour l'ensemble de ces professionnels	70 \$ par traitement et 10 traitements par année civile, par assuré, pour l'ensemble de ces professionnels	70 \$ par traitement et 10 traitements par année civile, par assuré, pour l'ensemble de ces professionnels
Naturopathe	65 \$ par traitement et 10 traitements par année civile, par assuré	65 \$ par traitement et 10 traitements par année civile, par assuré	65 \$ par traitement et 10 traitements par année civile, par assuré
Podiatre Podologue	75 \$ par traitement et 10 traitements par année civile, par assuré, pour l'ensemble de ces professionnels	75 \$ par traitement et 10 traitements par année civile, par assuré, pour l'ensemble de ces professionnels	75 \$ par traitement et 10 traitements par année civile, par assuré, pour l'ensemble de ces professionnels

GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE (suite) – Régime de base et régime complet

4. Professionnels de la santé (suite) – Les maximums décrits ci-dessous sont des maximums admissibles

	OPTION A	OPTION B	OPTION C
Psychanalyste en clinique externe	85 \$ par traitement et 10 traitements par année civile, par assuré, pour l'ensemble de ces professionnels	85 \$ par traitement et 10 traitements par année civile, par assuré, pour l'ensemble de ces professionnels	85 \$ par traitement et 10 traitements par année civile, par assuré, pour l'ensemble de ces professionnels
Psychiatre			
Psychothérapeute			
Psychologue			
Travailleur social			
Radiographie chiropraticien	1 par année civile, par assuré	1 par année civile, par assuré	1 par année civile, par assuré
Exonération des primes	Non	Non	Non
Prolongation de la protection des personnes à charge à la suite du décès de l'adhérent	24 mois suivant immédiatement le décès de l'adhérent	24 mois suivant immédiatement le décès de l'adhérent	24 mois suivant immédiatement le décès de l'adhérent
Fin de l'assurance	À la retraite de l'adhérent	À la retraite de l'adhérent	À la retraite de l'adhérent

GARANTIE D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES – Régime complet seulement

	OPTION A	OPTION B	OPTION C
Service de paiement automatisé	Inclus	Inclus	Inclus
Franchise annuelle	Applicable sur les modules A, B et C	Applicable sur les modules A, B, C et D	Applicable sur les modules A, B, C et D
– protection individuelle	75,00 \$	75,00 \$	50,00 \$
– protection familiale	150,00 \$	150,00 \$	100,00 \$
– protection monoparentale	100,00 \$	100,00 \$	75,00 \$
Adhésion tardive – Maximum de remboursement	250 \$ par assuré au cours des 12 premiers mois d'assurance	250 \$ par assuré au cours des 12 premiers mois d'assurance	250 \$ par assuré au cours des 12 premiers mois d'assurance
Remboursement	Selon les tarifs de l'année courante	Selon les tarifs de l'année courante	Selon les tarifs de l'année courante
Module A: Frais de prévention	70 %	80 %	90 %
– Fréquence des soins préventifs	1 par période de 12 mois consécutifs	1 par période de 12 mois consécutifs	1 par période de 12 mois consécutifs
Module B: Frais de restauration de base	70 %	75 %	85 %
Module C: Frais de restauration majeure	50 %	50 %	60 %

GARANTIE D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES (suite) – Régime complet seulement

	OPTION A	OPTION B	OPTION C
Module D: Frais de restauration complexe et prothèses	S/O	50%	60%
Maximum de remboursement par année civile	1 000 \$, par assuré pour les modules A à C	1 000 \$, par assuré pour les modules A à D	2 000 \$, par assuré pour les modules A à D
Module E: Frais d'orthodontie	S/O	50%	50%
Maximum de remboursement viager pour enfants à charge seulement	S/O	1 000 \$ par assuré pour le module E	2 000 \$ par assuré pour le module E
Frais de laboratoire	67%	67%	67%
Exonération des primes	Non	Non	Non
Prolongation de la protection des personnes à charge à la suite du décès de l'adhérent	24 mois suivant immédiatement le décès de l'adhérent	24 mois suivant immédiatement le décès de l'adhérent	24 mois suivant immédiatement le décès de l'adhérent
Fin de l'assurance	À la retraite de l'adhérent	À la retraite de l'adhérent	À la retraite de l'adhérent

ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE – Régime complet seulement

Délai de carence	
– Accident	7 jours consécutifs
– Hospitalisation	7 jours consécutifs
– Maladie	7 jours consécutifs
– Chirurgie d'un jour	Non
Période maximale de prestations	15 semaines
Montant de la prestation en pourcentage du salaire hebdomadaire	75%
Maximum sans preuves	2 300 \$
Maximum avec preuves	2 800 \$
Revenus de toutes sources	100 % du salaire brut
Statut fiscal	Imposable
Régime intégré à l'assurance-emploi	Non
Régime intégré à l'assurance-emploi avec PSC (prestations supplémentaires à l'assurance-emploi)	Non
Fractionnement de la prestation	1/7
Exonération des primes	Délai de carence de la garantie d'assurance invalidité de longue durée
Fin de l'assurance	70 ^e anniversaire de l'adhérent ou sa retraite si antérieure

NOTE : Les employés à contrat de moins de 1 an au 1^{er} juillet 2020 ne sont pas admissibles à cette garantie.

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE – Régime de base et régime complet

Délai de carence	16 semaines
Période maximale de prestations	Le dernier jour de la semaine au cours de laquelle l'adhérent atteint l'âge de 65 ans
Montant de la prestation en pourcentage du salaire mensuel	75 %
Maximum sans preuves	11 000 \$
Maximum avec preuves	16 500 \$
Statut fiscal	Imposable
Revenus de toutes sources	80 % du salaire brut
Indexation	Oui, selon RRQ, maximum 3 %
Exonération des primes	Délai de carence de la garantie d'assurance invalidité de longue durée
Fin de l'assurance	65 ^e anniversaire de l'adhérent ou sa retraite si antérieure

NOTE : Les employés à contrat de moins de 1 an au 1^{er} juillet 2020 ne sont pas admissibles à cette garantie.

GARANTIE D'ASSURANCE VIE

1. Garantie d'assurance vie de base de l'adhérent

Au décès d'un adhérent, l'Assureur paie au bénéficiaire une indemnité égale au montant indiqué au *Sommaire des garanties* sujette toutefois aux maximums et réductions prévus audit sommaire.

2. Garantie d'assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelles de base

Si un adhérent subit par suite d'un accident survenu alors que cette garantie est en vigueur et au cours des 365 jours qui suivent la date de cet accident, l'une des pertes énumérées au tableau ci-dessous, l'Assureur paie pour la perte subie une indemnité égale au pourcentage indiqué ci-après du montant indiqué au *Sommaire des garanties*.

PERTE	POURCENTAGE
– paraplégie, quadriplégie ou hémiplégie	200 %
– de la vie	100 %
– de la vue des deux yeux	100 %
– des deux mains ou des deux pieds	100 %
– d'une main ou d'un pied et de la vue d'un oeil	100 %
– d'une pied et d'une main	100 %
– de la parole et de l'ouïe (2 oreilles)	100 %
– de l'usage des deux mains ou des deux pieds	100 %
– de l'usage d'une main et d'un pied	100 %
– d'une jambe ou d'un bras	75 %
– de l'usage d'un bras ou d'une jambe	75 %
– d'un main ou d'un pied ou de la vue d'un oeil	67 %
– de l'usage d'une main ou d'un pied	67 %
– de la parole ou de l'ouïe	50 %
– de l'ouïe d'une oreille	50 %
– du pouce et de l'index de la même main	33 %
– de quatre doigts de la même main	33 %
– de tous les orteils d'un pied	25 %

Réadaptation de l'adhérent

Si l'adhérent subit une perte autre que la vie, alors que cette garantie est en vigueur, et pour laquelle une indemnité est payable en vertu de la présente garantie, l'Assureur paie les frais de formation nécessaires et raisonnables réellement engagés, jusqu'à concurrence d'un maximum de 10 000 \$.

La perte doit exiger que l'adhérent entreprenne une formation spéciale pour pouvoir occuper un emploi différent de l'emploi occupé avant l'accident. De plus, les frais doivent avoir été préalablement approuvés par l'Assureur et être engagés dans les 3 ans suivant la date de l'accident.

Les frais habituels de subsistance, de déplacement et d'habillement ne sont pas remboursés.

Formation professionnelle du conjoint

En cas de décès couvert par la présente garantie, le conjoint peut avoir droit à des prestations pour un programme de formation professionnelle lui permettant d'exercer un emploi qu'il n'aurait pu exercer autrement. Les prestations sont payables jusqu'à concurrence d'un maximum de 10 000 \$. Le conjoint doit présenter une demande écrite à l'Assureur pour couvrir les dépenses engagées dans le cadre d'un programme de formation professionnelle préalablement approuvé par l'Assureur et reconnu par les autorités gouvernementales compétentes.

Les dépenses doivent être effectuées dans les 3 ans suivant la date du décès de l'adhérent et l'Assureur doit les juger nécessaires et raisonnables.

Rapatriement du défunt

En cas d'un décès couvert par la présente garantie et survenant à une distance d'au moins 100 km de la résidence habituelle de l'adhérent, des prestations supplémentaires sont payables relativement aux frais effectivement engagés pour la préparation et le transport de la dépouille, jusqu'à concurrence d'un maximum de 10 000 \$.

L'Assureur doit recevoir une demande de prestations écrite et juger les dépenses nécessaires et raisonnables.

Frais de scolarité des enfants

Si l'adhérent décède en raison d'un accident pour lequel une indemnité est payable en vertu de la présente garantie, les enfants à charge peuvent avoir droit à des prestations supplémentaires pour des frais de scolarité, jusqu'à concurrence d'un maximum de 5 000 \$ par enfant. La demande doit être transmise par écrit à l'Assureur.

Les frais payables sont les frais de scolarité annuels et de manuels scolaires permettant aux enfants à charge de poursuivre des études à temps plein dans un établissement scolaire de niveau post-secondaire. De plus, pour que les prestations soient payables, l'enfant doit être inscrit comme étudiant à temps plein dans un établissement post-secondaire au moment du décès de l'adhérent ou s'y inscrire dans les 365 jours suivant la date du décès de l'adhérent.

La preuve attestant du statut d'étudiant à temps plein de l'enfant à charge doit être soumise à l'Assureur au début de chaque année scolaire.

Exclusions, restrictions et réduction de la garantie

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 ou qu'il exerce une fonction quelconque se rapportant au vol.
- En raison d'une guerre déclarée ou non ou de sa participation active à une insurrection réelle ou appréhendée.
- En raison d'une tentative de suicide ou du 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, bateau ou aéronef, avec un taux d'alcoolémie qui dépasse la limite permise par la loi en vigueur au lieu de l'accident ou est sous l'effet de drogue ou de médicaments pris sans prescription médicale ou non conformément à la prescription ou à la posologie recommandée par le fabricant.
- Pour une condition survenue alors que l'adhérent est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays.
- En raison d'une maladie se manifestant lors d'un accident, mais ne résultant pas de cet accident.
- À la suite d'un traitement médical ou dentaire, d'une intervention chirurgicale ou d'une anesthésie.

3. Garantie d'assurance vie des personnes à charge

Le montant payable au décès d'une personne à charge assurée est égal au montant indiqué au *Sommaire des garanties*.

4. Garantie d'assurance vie facultative de l'adhérent et du conjoint

Adhérent

Le montant d'assurance payable au décès d'un adhérent qui s'est prévalu de cette option est déterminé selon le montant qu'il aura retenu. Le montant que l'adhérent peut souscrire est indiqué au *Sommaire des garanties*.

Conjoint

Le montant d'assurance payable au décès d'un conjoint d'un adhérent qui s'est prévalu de cette option est déterminé selon le montant qu'il aura retenu. Le montant que l'adhérent peut souscrire pour son conjoint est indiqué au *Sommaire des garanties*.

L'adhérent ne peut se prévaloir de cette option pour son conjoint si celui-ci n'est pas assuré en vertu de la garantie d'assurance vie des personnes à charge ou si l'adhérent est atteint d'invalidité totale. Dans ce dernier cas, l'adhérent pourra se prévaloir de cette option lors de son retour au travail actif.

En aucun temps, la somme des indemnités payables en vertu des garanties d'assurance vie de base et facultative ne peut être supérieure à 1 100 000 \$.

Preuves d'assurabilité

Cette protection est sujette à ce que les preuves d'assurabilité, requises et fournies par la personne concernée au moment de l'adhésion et à l'addition pour l'assuré d'une nouvelle tranche d'assurance vie facultative, soient jugées satisfaisantes par l'Assureur. Toute fausse déclaration ou réticence de la part de la personne concernée peut entraîner la nullité de cette garantie pour cette personne.

EXCLUSIONS, RESTRICTIONS ET RÉDUCTION DE LA GARANTIE

La garantie d'assurance vie facultative ne s'applique 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.

5. Garantie d'assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelles facultative

MONTANT DE LA PRESTATION

L'assuré bénéficie d'un montant d'assurance supplémentaire égal au montant de la prestation de la garantie d'assurance vie facultative payable selon les conditions stipulées à la garantie d'assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelles de base décrite précédemment. Cette assurance est indissociable de la garantie d'assurance vie facultative.

En aucun temps, la somme des indemnités payables pour l'ensemble des pertes subies par l'assuré en vertu des garanties d'assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelles de base et facultative ne peut être supérieure à 1 100 000 \$.

PREUVES D'ASSURABILITÉ

Cette protection est sous réserve que les preuves d'assurabilité requises et fournies par la personne concernée au moment de l'adhésion et à l'addition pour l'assuré d'une nouvelle tranche d'assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelles facultative soient jugées satisfaisantes par l'Assureur. Toute fausse déclaration ou réticence de la part de la personne concernée au moment de l'adhésion peut entraîner la nullité de la couverture initiale. Toute fausse déclaration ou réticence de la part de la personne concernée au moment de l'addition d'une nouvelle tranche d'assurance peut entraîner la nullité de cette addition à l'assurance.

6. Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale

Un adhérent invalide dont l'espérance de vie est d'au plus 12 mois et qui bénéficie de la clause « Exonération des primes en cas d'invalidité totale » 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 si celui-ci est désigné irrévocable.

La somme des montants versés en vertu du présent article est limitée au pourcentage indiqué au *Sommaire des garanties* du montant d'assurance vie (base et facultative) de l'adhérent, sans excéder le maximum indiqué à ce même sommaire.

Le montant d'assurance vie servant à calculer la prestation exclut tout montant ou toute fraction de montant prenant fin selon les dispositions du contrat au cours des 24 mois suivant la date de la demande et ne pouvant être remplacé par une autre garantie.

Lors du décès de l'adhérent, le montant payable par l'Assureur est réduit du montant payé à titre de prestation anticipée, accumulé avec intérêt. Le taux d'intérêt utilisé pour calculer le paiement final dans une année donnée correspond au taux des obligations du Canada 5-10 ans tel que publié dans la revue mensuelle de la Banque du Canada (série V121757) au 31 décembre précédent arrondi au ¼ de 1 % supérieur.

L'Assureur n'assume aucune responsabilité quant au traitement fiscal de la prestation. De plus, les avantages prévus cessent à la terminaison du contrat, même pour les adhérents exonérés du paiement des primes.

GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE

Veillez vous référer au « SOMMAIRE DES GARANTIES » de la page 5 pour connaître la coassurance et les maximums applicables.

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, tels que décrits ci-après.

Assurance
maladie

REPORT DE FRANCHISE

Si la franchise a été acquittée en tout ou en partie par le paiement de frais couverts engagés au cours des 3 derniers mois d'une année civile, le montant des frais couverts engagés au cours de ces 3 derniers mois et qui ont été utilisés pour acquitter la franchise pour cette année civile sera reporté et utilisé pour acquitter la franchise de l'année civile suivante.

FRAIS D'HOSPITALISATION

Frais d'hospitalisation supportés au Canada et excédant les frais payables par tout régime public d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie, jusqu'à concurrence du coût prévu au *Sommaire des garanties*, sans limite quant au nombre de jours, pourvu que l'hospitalisation ait débuté en cours d'assurance.

FRAIS DE SÉJOUR DANS UN CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Les frais d'occupation d'une chambre dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ou dans un centre hospitalier si l'assuré reçoit des soins de longue durée, et excédant les frais payables par tout régime public d'assurance maladie, jusqu'à concurrence du coût prévu au *Sommaire des garanties*, pourvu que l'occupation ait débuté en cours d'assurance. Cependant, les frais d'aide aux activités de la vie quotidienne sont exclus.

CENTRE DE RÉADAPTATION ET DE CONVALESCENCE

Les frais d'occupation d'une chambre, repas compris, pendant au moins 12 heures consécutives, dans un centre de réadaptation et de convalescence au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et excédant les frais payables par un régime public d'assurance maladie, jusqu'à concurrence du coût prévu au *Sommaire des garanties*, pourvu que l'assuré soit admis dans un tel centre moins de 14 jours après la fin de son hospitalisation et que l'hospitalisation ait débuté en cours d'assurance.

ASSURANCE ET ASSISTANCE VOYAGE

(Voir description de la garantie à la fin de la brochure.)

ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

(Voir description de la garantie à la fin de la brochure.)

MÉDICAMENTS

L'Assureur rembourse 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). Toutefois, pour un assuré âgé de 65 ans ou plus et ses personnes à charge, le cas échéant, seuls les frais non remboursables par le régime d'état (médicaments, franchise ou coassurance) sont admissibles à moins que l'assuré décide de ne pas être couvert par ledit régime. Dans ce dernier cas, l'adhérent doit payer une prime additionnelle déterminée par l'Assureur.

Sous réserve des exclusions apparaissant ci-après l'Assureur rembourse les médicaments, autres que ceux mentionnés au paragraphe précédent, inclus dans le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques portant un code d'identification numérique (DIN), vendus par un pharmacien ou un médecin dûment autorisé et qui ne peuvent être obtenus que sur ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste ou d'un professionnel de la santé légalement autorisé ; de même que les médicaments obtenus sur ordonnance médicale et dont l'indication thérapeutique est spécifiquement reliée au traitement des conditions pathologiques suivantes : troubles cardiaques, troubles pulmonaires, diabète, arthrite, maladie de Parkinson, épilepsie, fibrose kystique et glaucome.

SUBSTITUTION GÉNÉRIQUE OBLIGATOIRE

Seuls les frais pour l'achat du produit le moins cher équivalent au médicament prescrit sont admissibles, et ce, même si le professionnel de la santé indique la mention « Ne pas substituer » sur l'ordonnance.

Si l'assuré désire obtenir le remboursement du médicament d'origine ou d'un produit équivalent, il devra obtenir le formulaire prévu à cet effet, disponible auprès de l'Assureur, et le faire remplir par le professionnel de la santé qui devra spécifier les contre-indications médicales à l'achat du produit équivalent le moins cher. L'assuré devra ensuite transmettre ce formulaire à l'Assureur pour analyse. Les renouvellements de prescriptions pour les médicaments ayant reçu une approbation seront par la suite acceptés par le système de transmission électronique de l'Assureur. Le formulaire médical n'aura pas à être rempli à nouveau.

EXCLUSIONS – FRAIS DE MÉDICAMENTS

- 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 produits contre l'obésité.
- Les médicaments homéopathiques.
- Les médicaments administrés principalement à titre préventif, à l'exception des vaccins préventifs. 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.
- Les produits antitabac non couverts par le Régime général d'assurance médicaments.
- Les médicaments ou substances servant au traitement de l'infertilité ou de l'impuissance non couverts par le Régime général d'assurance médicaments.
- Toute substance utilisée dans le but d'insémination, gelées et mousses à but contraceptif.
- Les médicaments fournis au cours d'une hospitalisation.
- Les traitements et médicaments à titre expérimental.

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 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.

AUTRES FRAIS ADMISSIBLES

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

- Les frais de transport par **ambulance** au centre hospitalier le plus proche pouvant fournir les soins requis, y compris le transport par avion ou par train en cas d'urgence.
- Les frais d'achat d'**appareil auditif**.

- Les frais d'achat de **bas de soutien**.
- Les frais engagés pour un séjour en **clinique privée**, spécialisée dans le traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie et reconnue comme tel excluant toutefois le tabagisme.
- Les honoraires d'un **dentiste** à la suite d'un accident survenu en cours d'assurance, pour le traitement d'une mâchoire fracturée ou de lésions à des dents saines, naturelles et vivantes. 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 cher. Les services doivent avoir été rendus dans les 12 mois de l'accident.
- Les frais d'achat d'**éléments correctifs** ajoutés à des chaussures ordinaires, de **chaussures orthopédiques** ou de **chaussures correctrices**, fabriqués par un laboratoire ou un établissement spécialisé détenteur de tous les permis d'usage dans la province de résidence de l'assuré, ainsi que le coût initial ou de remplacement d'une **orthèse** ou de **chaussures orthopédiques** faites sur mesure pour l'assuré par un laboratoire spécialisé et modifications apportées à des chaussures orthopédiques.
- Les frais de location ou d'achat, lorsque ce dernier mode est jugé plus économique par l'Assureur, d'un modèle de base de **fauteuil roulant**, de **lit d'hôpital** ou d'**autres appareils thérapeutiques**.
- 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.
- Les honoraires pour des soins médicaux rendus au domicile de l'adhérent, par des **infirmiers** ou des **infirmiers auxiliaires** membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative, à l'exclusion de toute personne qui réside habituellement à la maison de l'adhérent ou qui est un proche parent.
- Les frais pour la substance utilisée pour les **injections sclérosantes** requises médicalement et administrées par un médecin.
- Les frais pour l'achat ou la location, selon le cas, de **membre** ou d'**oeil artificiel**, de **supports**, de **corsets**, de **bandes herniaires**, de **plâtres**, de **béquilles** ou d'**autres équipements orthopédiques**.
- Les frais d'achat d'un **neurostimulateur percutané**.
- Les frais pour de l'**oxygène**, un **appareil d'assistance respiratoire avec oxygène**, du **sang**, du **plasma sanguin** et une **transfusion**, à l'exception des frais pour la conservation ou la congélation de sang et de plasma.
- Les frais d'achat d'une **pompe à insuline** destinée au contrôle du diabète, si la condition médicale de l'assuré nécessite l'utilisation d'un tel appareil.

- Les frais d'achat d'une **prothèse capillaire** à la suite de traitements de chimiothérapie.
- Les frais d'achat d'une **prothèse mammaire externe** par suite d'une mastectomie.
- Les frais de **radiographies**, d'**analyses de laboratoire**, de **résonances magnétiques** et de **tomodensitométries** pour fins de prévention ou de diagnostic effectués à l'extérieur d'un centre hospitalier.
- Les frais pour les **soins et services à domicile** 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, 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.

Pour obtenir les services décrits aux points a) et e), nous vous recommandons de communiquer avec notre service à la clientèle, dont les numéros sont indiqués à la fin de la brochure. De plus, à la suite d'une hospitalisation ou d'une chirurgie d'un jour, nous offrons un service téléphonique de renseignements concernant les différents intervenants disponibles dans la région où réside l'assuré (CLSC, pharmacie, laboratoire, hôpital, etc.).

- Les frais pour **soins oculaires**, sous réserve des exclusions ici prévues, si un adhérent engage, pour lui-même ou pour l'une de ses personnes à charge assurée, des frais pour les examens de la vue effectués par un ophtalmologiste ou un optométriste pour les assurés âgés de 18 ans à 64 ans. Sont également couverts les frais pour l'achat de lunettes ou de verres de contact sur recommandation d'un médecin ou d'un optométriste dû à un changement de mesure de l'acuité visuelle ainsi que les frais relatifs à une chirurgie au laser effectuée par un ophtalmologiste, membre du Collège des médecins du Québec, dans le but de corriger la myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme et la presbytie.

Des frais supplémentaires de 250 \$ par assuré, par période de 24 mois consécutifs, sont également admissibles pour des verres de contact, à condition que l'acuité visuelle soit améliorée suffisamment pour atteindre le niveau 20/40 et qu'elle ne puisse pas l'être avec des lunettes.

- Les frais d'achat d'un **stérilet**.
- Lorsqu'un assuré âgé de moins de 65 ans doit recevoir des **traitements spéciaux non offerts dans sa province de résidence**, l'Assureur rembourse les frais médicaux et hospitaliers aux conditions suivantes :
 - a) Les traitements doivent être recommandés par un médecin et être acceptés par la Régie de l'assurance maladie du Québec et l'Assureur. Les traitements de nature expérimentale sont exclus. Nous entendons par « traitement », une série d'actes effectués par le même médecin à l'intérieur d'une période de 24 mois consécutifs.
 - b) Les soins ne sont pas offerts dans la province de résidence, c'est-à-dire que la demande ne résulte pas d'un manque de disponibilité temporaire pour de tels soins.
 - c) Les soins hors Canada sont admissibles seulement si ces soins ne sont pas offerts au Canada.
- Les frais pour les **vaccins**, y compris les vaccins de nature préventive, ne pouvant s'obtenir que sur ordonnance médicale et administrés par un médecin ou un infirmier.

PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Les fournitures et services suivants sont admissibles pourvu qu'ils soient médicalement requis et nécessaires au traitement de l'assuré.

Tous les professionnels de la santé énumérés dans ce document, doivent être membres en règle de leur ordre professionnel reconnu par l'autorité législative ou de leur association professionnelle reconnue par l'Assureur.

Un seul traitement par jour, pour le même patient, est sujet à prestations, et ce, pour chaque professionnel énuméré ci-après.

- Les honoraires d'un **acupuncteur**.
- Les honoraires d'un **audiologiste**.
- Les honoraires d'un **chiropraticien** incluant les **radiographies de chiropraticiens**.
- Les honoraires d'un **diététiste**.
- Les honoraires d'un **ergothérapeute**.
- Les honoraires d'un **kinésiologue**.
- Les honoraires d'un **kinésithérapeute**.

- Les honoraires d'un **massothérapeute**.
- Les honoraires d'un **naturopathe**.
- Les honoraires d'un **ostéopathe**.
- Les honoraires d'un **orthophoniste**.
- Les honoraires d'un **orthothérapeute**.
- Les honoraires d'un **physiothérapeute**.
- Les honoraires d'un **podiatre**.
- Les honoraires d'un **podologue**.
- Les honoraires d'un **psychiatre**, d'un **psychanalyste en clinique externe**, d'un **psychologue**, d'un **psychothérapeute** et d'un **travailleur social**. Les frais engagés pour une thérapie conjugale pour les 2 conjoints sont également admissibles. Les services d'un psychiatre sont seulement ceux rendus comme traitements de psychanalyse et dans la mesure où ces professionnels font partie de la Société canadienne de psychanalyse.
- Les honoraires d'un **thérapeute en réadaptation physique**.
- Les honoraires d'un **thérapeute du sport**.

Exclusions, restrictions et réduction de la garantie

Sous réserve des dispositions de toutes lois applicables dans la province de résidence de l'adhérent, sont exclus les produits et services décrits et aucun remboursement n'est effectué par l'Assureur pour les frais subis lors des événements décrits ci-dessous. De plus, les exclusions suivantes s'appliquent, sauf si la protection est prévue au *Sommaire des garanties* :

- Pour des prothèses dentaires, lunettes, verres de contact ou chirurgie au laser.
- 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 à des fins esthétiques, les lunettes de protection ou de soleil et les soins prodigués gratuitement.
- Pour tout produit ou service non médicalement requis.
- Pour un examen de la vue ou de l'ouïe, sauf si les frais sont expressément couverts dans l'option retenue par l'adhérent.
- En raison d'une blessure ou d'une mutilation que l'assuré s'est infligée volontairement, qu'il soit sain d'esprit ou non.

- Pour des soins et services administrés par un proche parent 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 un voyage de santé.
- Lors de la participation de l'assuré à un acte criminel ou réputé tel, y compris le fait de conduire un véhicule, bateau ou aéronef lorsque l'assuré a un taux d'alcoolémie qui dépasse la limite permise par la loi en vigueur au lieu de l'accident, ou est sous l'effet de drogue, ou de médicaments pris non conformément à la prescription ou à la posologie recommandée par le fabricant.
- En raison d'une guerre déclarée ou non, ou de participation active à une insurrection réelle ou appréhendée.
- Pour une condition survenue alors que l'assuré est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays.
- Pour tous frais relatifs à l'insémination.
- Pour tous frais relatifs au traitement de l'infertilité non couverts par le Régime général d'assurance médicaments.
- Pour tout soin, service ou fourniture de nature expérimentale.
- Pour tout ticket modérateur, franchise ou coassurance exigé par tout régime public sur des produits et services admissibles en vertu de la présente garantie.

Les exclusions mentionnées précédemment s'appliquent également à la garantie d'assurance voyage.

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 du Québec, 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.

De plus, sont exclus les frais engagés pour des soins, des services ou des 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.

GARANTIE D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES (Régime complet seulement)

Veillez vous référer au « SOMMAIRE DES GARANTIES » de la page 5 pour connaître la coassurance et les maximums applicables.

Les frais admissibles sont les frais raisonnablement engagés, recommandés par un dentiste et justifiés par la pratique courante de l'art dentaire pour les soins décrits ci-après, et dont le coût n'excède pas les tarifs du guide des actes buccodentaires indiqués dans le guide des praticiens généralistes approuvé par l'association dentaire provinciale de la province de résidence de l'assuré en vigueur au moment où les services sont rendus.

Lorsque le guide des tarifs des actes buccodentaires n'est pas émis une année donnée, le terme « tarifs des actes buccodentaires » peut également se rapporter à un guide de tarifs ajustés alors établi par l'Assureur.

Pour la première année d'assurance, la franchise est proportionnelle au nombre de mois entre la date d'entrée en vigueur et la fin de l'année civile, à moins d'entente différente entre l'Assureur et le Preneur.

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 cher.

Pour tout assuré dont l'adhésion est signifiée par écrit à l'Assureur suivant l'expiration d'un délai de 90 jours suivant la date à laquelle il remplit les conditions d'admissibilité, le remboursement de tous les frais dentaires est limité au montant indiqué au *Sommaire des garanties*.

REPORT DE FRANCHISE

Si la franchise a été acquittée en tout ou en partie par le paiement de frais couverts engagés au cours des 3 derniers mois d'une année civile, le montant des frais couverts engagés au cours de ces 3 derniers mois et qui ont été utilisés pour acquitter la franchise pour cette année civile, sera reporté et utilisé pour acquitter la franchise de l'année civile suivante.

1. Frais admissibles

MODULE A – FRAIS DE PRÉVENTION

DIAGNOSTIC ET PRÉVENTION

- Examen et diagnostic
 - Examen buccal
 - Examen sommaire
 - Examen buccal de rappel, jusqu'à concurrence d'un examen par période indiquée au *Sommaire des garanties*
 - Examen limité du parodonte, jusqu'à concurrence d'un examen par période de 6 mois consécutifs
 - Examen buccal spécifique
 - Plan de traitement
 - Traitement d'urgence mineur
 - Consultation
 - Visite à la maison, à une institution et au bureau
- Analyses et examens de laboratoire
 - Biopsie de tissu
 - Tests de vitalité
- Radiographies
 - Série complète, jusqu'à concurrence d'un examen par période de 24 mois consécutifs
 - Pellicules périapicales
 - Pellicules occlusales
 - Pellicules interproximales, jusqu'à concurrence d'un examen par période de 12 mois consécutifs
 - Pellicules extraorales
 - Sialographie
 - Substances radio-opaques pour démontrer les lésions
 - Pellicule panoramique, jusqu'à concurrence d'un examen par période de 24 mois consécutifs
 - Interprétation de radiographies provenant d'une autre source
 - Tomographie
- Soins préventifs
 - Polissage dentaire, jusqu'à concurrence d'un examen par période indiquée au *Sommaire des garanties*
 - Traitement au fluorure pour des personnes à charge âgées de 16 ans et moins, jusqu'à concurrence d'un traitement par période indiquée au *Sommaire des garanties*
 - Scellants des puits et fissures pour des personnes à charge âgées de 19 ans et moins
 - Élargissement de l'espace interproximal
 - Redonner le contour aux dents pour des raisons fonctionnelles

- Autres soins
 - Mainteneurs d'espace
 - Injection de médicaments
 - Frais de laboratoire

MODULE B – FRAIS DE RESTAURATION DE BASE

RESTAURATION MINEURE

- Restauration
 - Traitements d'urgence
 - Amalgame
 - Acrylique ou composite
 - Restauration temporaire d'une antérieure fracturée
 - Restaurations préfabriquées
 - Prémolaire en composite lié par mordançage
 - Molaire en composite lié par mordançage
- Soins de périodontie
 - Actes non chirurgicaux
 - Ajustement / équilibrage de l'occlusion, jusqu'à concurrence de 8 unités de temps par année
 - Détartrage et aplanissement des racines, jusqu'à concurrence de 16 unités de temps par année
- Rebasage et regarnissage de dentiers

Ces services dentaires seront remboursables à la condition qu'ils soient effectués plus de 6 mois après la mise en bouche de ladite prothèse et qu'il se soit écoulé au moins 36 mois consécutifs depuis le dernier regarnissage ou rebasage, selon le cas. Toutefois, ces services ne seront pas remboursables, s'ils sont prodigués sur une prothèse temporaire (de transition).

- Actes chirurgicaux
 - Extractions sans complications
 - Extractions chirurgicales et reposition
 - Ablation chirurgicale
 - Incision chirurgicale
 - Fractures
 - Lacérations
 - Frénectomie
 - Actes chirurgicaux divers
- Anesthésie reliée à une chirurgie buccale
 - Anesthésie générale
 - Anesthésie locale
 - Sédation profonde
 - Sédation consciente
- Frais de laboratoire

MODULE C – FRAIS DE RESTAURATION MAJEURE

PÉRIODONTIE

- Soins de périodontie
 - Actes chirurgicaux
 - Traitement post-chirurgical
 - Services généraux
 - Évaluation après le traitement
- Actes chirurgicaux majeurs
 - Alvéoplastie
 - Énucléation de kystes
 - Dislocations
- Radiographies
 - Radiographies de l'articulation temporo-mandibulaire
- Anesthésie reliée à une chirurgie buccale
 - Sédation profonde
 - Sédation consciente
- Frais de laboratoire

ENDODONTIE

- Soins d'endodontie
 - Pulpotomie
 - Traitement de canal
 - Traitements périapicaux
 - Autres soins d'endodontie
 - Traitements d'urgence
- Anesthésie reliée à une chirurgie buccale
 - Sédation profonde
 - Sédation consciente
- Frais de laboratoire

MODULE D – FRAIS DE RESTAURATION COMPLEXE (OPTIONS B ET C)

PROTHÈSES

- Prothèses complètes et partielles
 - Prothèses complètes
 - Prothèses partielles
 - Réparations

- Réfection et ajustements
 - Ajustements de prothèses
 - Réfection d'une prothèse partielle
- Examens
 - Examen buccal
 - Modèles diagnostic
- Frais de laboratoire

PONTS

- Hémisection
- Ponts fixes
 - Pontiques
 - Attelles
 - Autres services de prothèse
- Réparations et ajustements
 - Réparations de porcelaine
 - Réparations de ponts
- Examens
 - Examen buccal
 - Modèles diagnostic
- Frais de laboratoire

Les frais de remplacement d'une prothèse, d'un pont, d'une couronne, d'une incrustation ou d'un recouvrement sont admissibles si la prothèse s'impose pour remplacer une prothèse mise en bouche au moins 5 ans auparavant, sous réserve d'un maximum de frais admissibles de la valeur et de la qualité de la prothèse initiale.

Les frais d'addition de dents à un partiel ou à un pont sont également admissibles si une telle addition s'impose pour remplacer une ou plusieurs dents extraites pendant que le membre ou la personne à charge est couvert aux termes de la présente garantie.

COURONNES

- Couronnes, incrustations, recouvrements
 - Incrustations en métal
 - Incrustations en composite
 - Incrustations en porcelaine ou céramique
 - Couronnes
 - Autres soins curatifs

- Réparations et ajustements
 - Réparations de porcelaine
 - Recimentation de couronnes
- Examens
 - Examen buccal
 - Modèles diagnostic
- Frais de laboratoire

RESTRICTIONS CONCERNANT LES PROTHÈSES AMOVIBLES, LES PROTHÈSES FIXES ET LES PONTS FIXES

- L'achat d'une prothèse ou d'un pont fixe ne peut être remboursé que si l'extraction qui a rendu cet achat nécessaire a eu lieu pendant que la personne était assurée en vertu de la présente garantie.
- Le remplacement d'une prothèse ou d'un pont fixe ou l'addition de dents à une prothèse amovible ou à un pont fixe seront remboursables à la condition qu'il soit prouvé de façon satisfaisante :
 - a) que le remplacement ou l'addition de dents est nécessaire par suite d'extraction de dents après la pose initiale de la prothèse ou du pont fixe ; ou,
 - b) que la prothèse ou le pont fixe ne peut être réparé et, si cette prothèse ou ce pont fixe a été mis en bouche alors que la présente garantie de soins dentaires était en vigueur, qu'il se soit écoulé au moins 5 ans avant le remplacement.
- Le remplacement d'une prothèse ou d'un pont fixe est remboursable jusqu'à concurrence du remboursement prévu pour une prothèse ou un pont fixe équivalant à celle ou celui que la personne possédait avant le premier remplacement ayant fait l'objet d'un remboursement pour cette même prothèse ou ce même pont fixe.
- Lorsque des prothèses fixes servent de piliers à un pont fixe, ces prothèses fixes sont remboursables selon les mêmes conditions que les ponts fixes.
- Les prothèses sur implants sont payables selon le montant d'une prothèse standard équivalente, conformément aux dispositions du présent contrat. Toutefois, les implants ainsi que les chirurgies reliées aux implants ne sont pas admissibles.

MODULE E – FRAIS D'ORTHODONTIE (OPTIONS B ET C) (POUR LES ENFANTS À CHARGE SEULEMENT)

- Surveillance, ajustement
 - Examen buccal
 - Examen du crâne et des os du visage
 - Radiographies céphalométriques
 - Radiographies – main et poignet
 - Modèles de diagnostic

- Actes chirurgicaux
- Surveillance, ajustement
- Réparations, modifications
- Appareils pour l'orientation d'une dent ou pour le mouvement sans complication d'une dent
- Appareils de rétention
- Contrôle des habitudes buccales
 - Appareils
 - Ajustements, réparations, entretien
- Traitement global
- Anesthésie reliée à une chirurgie buccale
 - Sédation profonde
 - Sédation consciente
- Frais de laboratoire

2. Exclusions, restrictions et réduction de la garantie

Sont exclus de la présente garantie et aucun remboursement n'est effectué par l'Assureur pour les frais suivants :

- Les traitements dentaires gratuits ou ceux que l'assuré n'est pas tenu de payer, ainsi que ceux qu'il ne serait pas tenu de payer, s'il s'était prévalu des dispositions de tout régime public ou privé, individuel ou collectif, auquel l'assuré pouvait être admissible ou ne serait pas tenu de payer en l'absence du présent contrat.
- Les traitements dentaires pour lesquels l'assuré a droit à un remboursement en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, de la Loi sur l'assurance automobile du Québec ou de toute autre loi canadienne ou étrangère au même effet ; les traitements dentaires payables par une garantie d'assurance maladie à laquelle l'assuré a adhéré.
- Les traitements et articles dentaires qui, d'après les normes reconnues de l'art dentaire, ne sont pas requis au point de vue dentaire ou qui ne répondent pas aux normes reconnues de l'art dentaire.
- Les traitements dentaires effectués principalement à des fins esthétiques, y compris notamment la transformation ou l'extraction et le remplacement de dents saines en vue d'en modifier l'apparence.
- Les traitements dentaires nécessités à la suite de blessure que l'assuré s'est infligée volontairement, qu'il soit sain d'esprit ou non, ou par suite de guerre, ou de participation active à une insurrection réelle ou appréhendée.

- Les honoraires facturés par un dentiste pour un rendez-vous non respecté par l'assuré ou pour remplir des formulaires de demande de prestations requis par l'Assureur, ou pour des renseignements additionnels requis par l'Assureur ; également pour le temps de déplacement, le coût de son transport et les conseils donnés par tout moyen de télécommunication.
- Les honoraires facturés par un dentiste pour un plan de traitement, soit le temps supplémentaire d'explication dû à la complexité du traitement, ou lorsque l'assuré exige ce temps supplémentaire en explication, ou lorsque le matériel diagnostique provient d'une autre source ; pour consultation avec l'assuré ; pour consultation avec un autre dentiste.
- Les honoraires facturés par un dentiste pour l'analyse d'une diète alimentaire et les recommandations pour l'instruction initiale ainsi que la reprise des conseils d'hygiène buccale et pour un programme de contrôle de la plaque dentaire, pour tout protecteur buccal.
- Les implants dentaires ainsi que les chirurgies reliées aux implants.
- Les traitements dentaires administrés par un proche parent de l'assuré ou par une personne qui réside avec ce dernier.
- Les frais engagés alors que la présente garantie n'était pas en vigueur.
- Les frais de remplacement d'appareils perdus, égarés ou volés.
- Les frais de soins et d'articles relatifs à la restauration buccale complète (mise en place de couronnes sur toutes les dents) à la rectification de la dimension verticale (changement de la façon dont les dents entrent en contact), y compris l'abrasion (usure des dents), la modification ou la reconstitution de l'occlusion (du contact entre les mâchoires), ou à la contention au moyen d'une prothèse (mise en place de couronnes pour rendre les dents plus solides).
- Les frais engagés des traitements expérimentaux.
- Les frais engagés pour des traitements résultant de malformations congénitales ou de déformations acquises.
- Les frais engagés pour des traitements résultant de la participation à la perpétration d'un acte criminel.

GARANTIE D'ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE (Régime complet seulement)

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 prestation hebdomadaire définie ci-dessous.

1. Délai de carence

Le délai de carence indiqué au *Sommaire des garanties* est la période commençant au début de l'invalidité totale et pendant laquelle aucune prestation n'est payable.

2. Période et montant de la prestation

Le premier versement de prestations est payable à compter du 7^e jour suivant l'épuisement du délai de carence défini plus haut et les versements suivants sont effectués à toutes les semaines par la suite, et ce, pendant une période maximale indiquée au *Sommaire des garanties*.

Le montant de la prestation est égal au pourcentage prévu au *Sommaire des garanties* du salaire hebdomadaire de l'adhérent au début de la période d'invalidité. Cette prestation est sujette aux maximums prévus audit sommaire, et réduite de la somme des montants suivants :

- a) Les prestations de rente d'invalidité en vertu du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada auxquelles l'adhérent a droit, et ce, avant tout partage ou retenue de quelque nature que ce soit ou auxquelles l'adhérent aurait eu droit si une demande avait été faite et approuvée, à moins qu'une preuve en bonne et due forme ne soit soumise à l'Assureur démontrant qu'une telle demande a été refusée.

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.

- b) Les prestations, indemnités ou revenus reçus par l'adhérent qui proviennent de l'employeur ou d'un régime de retraite de l'employeur.

- c) Les prestations reliées à l'invalidité en vertu de la Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles ou de la Loi sur l'assurance automobile du Québec qui sont effectivement payées ou qui seraient payées à l'adhérent si une demande avait été faite et approuvée, à moins qu'une preuve en bonne et due forme ne soit soumise à l'Assureur démontrant qu'une telle demande a été refusée.
- d) Les prestations d'assurance-emploi en raison d'accident ou de maladie (si un régime de PSC est prévue chez l'employeur).

Dans tous les cas de réduction du montant de la prestation mentionnés aux articles a) et c), l'adhérent a l'obligation de présenter une telle demande de prestations d'invalidité auprès de l'autorité concernée si l'Assureur l'exige et tout défaut de s'exécuter de l'adhérent entraînera la réduction du montant de la prestation telle que décrite dans ces articles.

Aucune augmentation de tout montant mentionné aux article a) à d) et provenant de l'indexation au coût de la vie ne réduit le montant de la prestation payable en vertu de cette garantie.

De plus, la somme des prestations d'assurance invalidité décrites ci-dessus et des revenus initiaux provenant d'autres sources ne peut excéder le pourcentage du salaire de l'adhérent au début de son invalidité apparaissant au *Sommaire des garanties*. À cette fin, les revenus suivants sont considérés comme revenus provenant d'autres sources :

- revenus d'invalidité provenant :
 - > de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles ou de toute autre législation similaire ou au même effet.
 - > de la Loi sur l'assurance automobile du Québec ou toute autre législation similaire ou au même effet lorsque ces lois ne tiennent pas compte des prestations payables en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi dans leur calcul de prestations.
 - > du Régime de rentes du Québec et du Régime de pensions du Canada (montant initial de rente seulement).
 - > de toute autre loi à caractère social excluant les prestations reçues en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi.
 - > de tout autre régime d'assurance collective privé ou public, y compris tout régime supplémentaire de rente auquel l'employeur contribue.
- prestations d'assurance-emploi en raison d'accident ou de maladie (si un régime de PSC est prévu chez l'employeur).
- toute rémunération reçue de l'employeur (exception faite des sommes reçues dans le cadre d'un programme de réadaptation).

De plus, aux 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.

3. Exclusions, restrictions et réduction de la garantie

Aucune prestation n'est payable :

- a) Si l'invalidité totale de l'adhérent 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 participation à un acte criminel ou réputé tel, y compris le fait de conduire un véhicule, bateau ou aéronef lorsque l'assuré a un taux d'alcoolémie qui dépasse la limite permise par la loi en vigueur au lieu de l'accident ou est sous l'effet de drogue, ou de médicaments pris non conformément à la prescription ou à la posologie recommandée par le fabricant.
 - 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.
 - 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 ou de toxicomanie, 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 désintoxication ou de sa réadaptation auprès d'un établissement, d'un organisme ou d'une institution spécialisés à cet effet.
- b) À l'égard d'une 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 débuter 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.
- c) Aucune prestation n'est payable durant une période où l'adhérent exerce une occupation rémunératrice, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation.

- d) Aucune prestation n'est payable si l'adhérent opte pour sa mise à la retraite.
- e) Aucune prestation n'est payable durant une période où l'adhérent refuse de participer à un programme de réadaptation ou d'exercer un emploi de réadaptation que l'Assureur juge approprié.

4. Retour progressif

Un adhérent qui reçoit des prestations d'assurance invalidité peut après avoir soumis un certificat médical de son médecin traitant en rapport avec le retour progressif et avec l'approbation de l'Assureur, accomplir à titre de programme de réadaptation toutes les tâches reliées à l'emploi qu'il occupait avant le début de son invalidité ou à un emploi analogue.

Ce programme de réadaptation ne doit pas avoir pour effet de prolonger la période de prestations, complètes ou réduites, au-delà de la période de prestations prévue au *Sommaire des garanties*.

Au cours de ce programme de réadaptation, l'adhérent reçoit, d'une part, le salaire pour le travail effectué et, d'autre part, les prestations d'assurance invalidité calculées au prorata de temps non travaillé, et ce, tant que l'emploi demeure en fonction de la réadaptation et que l'invalidité persiste.

Cet adhérent est réputé être en invalidité totale pendant cette période.

5. Supplément aux prestations de l'assurance-emploi ou de l'assurance parentale en raison de grossesse

Lorsqu'une adhérente autrement admissible à des prestations est visée par l'exclusion b) énoncée plus haut concernant les congés de maternité et qu'elle reçoit des prestations de l'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 de l'assurance-emploi ou de l'assurance parentale et le montant auquel elle aurait eu droit si l'exclusion b) concernant les congés de maternité ne s'était pas appliquée.

GARANTIE D'ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Sur réception et approbation par l'Assureur de preuves établissant qu'un adhérent, en vertu du présent contrat, est devenu invalide tel que défini aux présentes et après expiration du délai de carence tel que déterminé au *Sommaire des garanties*, l'Assureur verse à cet adhérent une prestations mensuelle dont le montant est déterminé ci-après :

1. Délai de carence

Le délai de carence débute lorsque l'adhérent devient invalide et se termine le dernier jour pour lequel les prestations d'assurance invalidité de courte durée sont payables.

Si la garantie d'assurance invalidité de courte durée n'a pas été retenue, le délai de carence indiqué au *Sommaire des garanties* est la période commençant au début de l'invalidité totale et pendant laquelle aucune prestation n'est payable.

2. Période et montant de la prestation

Le premier versement de prestations 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.

Le montant de la prestation est égal au pourcentage prévu au *Sommaire des garanties* du salaire mensuel de l'adhérent au début de la période d'invalidité indiqué. Cette prestation est sujette aux maximums prévus audit sommaire et réduite de la somme des montants suivants :

- a) Les prestations de rente d'invalidité en vertu du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada auxquelles l'adhérent a droit, et ce, avant tout partage ou retenue de quelque nature que ce soit ou auxquelles l'adhérent aurait droit si une demande avait été faite et approuvée, à moins qu'une preuve en bonne et due forme ne soit soumise à l'Assureur démontrant qu'une telle demande a été refusée.

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.

- b) Les prestations reliées à l'invalidité en vertu de la Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles ou de la Loi sur l'assurance automobile du Québec qui sont effectivement payées ou qui seraient payées à l'adhérent si une demande avait été faite et approuvée, à moins qu'une preuve en bonne et due forme ne soit soumise à l'Assureur démontrant qu'une telle demande a été refusée.
- c) Les prestations, indemnités ou revenus reçus par l'adhérent et provenant de l'employeur ou d'un régime de retraite de l'employeur actuel ou de tout employeur antérieur, à l'exception d'une rente de retraite provenant d'un régime de retraite que l'adhérent recevait avant le début de son invalidité.

Dans tous les cas de réduction du montant de la prestation mentionnés aux articles a) et b), l'adhérent a l'obligation de présenter une telle demande de prestations d'invalidité auprès de l'autorité concernée si l'Assureur l'exige et tout défaut de s'exécuter de l'adhérent entraînera la réduction du montant de la prestation telle que décrite dans ces articles.

Aucune augmentation de tout montant mentionné aux articles a) à c) et provenant de l'indexation au coût de la vie ne réduit le montant de la prestation payable en vertu de cette garantie.

Le montant de la prestation d'invalidité se fractionne, le cas échéant, à raison de 1/30 de la rente mensuelle pour 1 jour civil au cours de ce mois.

Pour la semaine de prestations coïncidant avec la journée de retour au travail, la prestation payable sera proportionnelle au nombre d'heures de travail effectivement perdues.

De plus, la somme des prestations d'assurance invalidité décrites ci-dessus et des revenus initiaux provenant d'autres sources ne peut excéder le pourcentage du salaire de l'adhérent au début de son invalidité apparaissant au *Sommaire des garanties*. À cette fin, les revenus suivants sont considérés comme revenus provenant d'autres sources :

- revenus d'invalidité provenant :
 - > de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles ou de toute autre législation similaire ou au même effet.
 - > de la Loi sur l'assurance automobile du Québec ou de toute autre législation similaire ou au même effet.
 - > de la Loi de l'indemnisation des victimes d'actes criminels, du Régime de rentes du Québec et du Régime de pensions du Canada (montant initial de rente seulement).
 - > de toute autre loi à caractère social et de tout autre régime d'assurance collective privé ou public, y compris tout régime supplémentaire de rente auquel l'employeur contribue ou auquel a contribué tout employeur antérieur.

- toute rémunération reçue de l'employeur actuel ou de tout employeur antérieur (exception faite des sommes reçues dans le cadre d'un programme de réadaptation).

De plus, aux 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.

3. Indexation

Pendant et aussi longtemps que l'adhérent est invalide, le montant de la prestation est ajusté annuellement au 1^{er} janvier, suivant les modalités indiquées au *Sommaire des garanties*.

4. Réadaptation

L'adhérent qui participe à un programme de réadaptation de l'Assureur a droit à une rente mensuelle égale au montant de l'indemnité mensuelle de l'adhérent avant son inscription au programme de réadaptation, diminué de 50 % de la rémunération au travail accompli au cours de ce programme. Si le revenu de l'adhérent provenant de la rente de réadaptation et de la rémunération du travail accompli au cours du programme excède 100 % du salaire de base mensuel brut perçu de son employeur au début du délai de carence, la rente mensuelle de réadaptation est réduite de l'excédent. La rente de réadaptation prend fin dès l'expiration d'une période de 24 mois après le début du programme, ou l'interruption du programme, ou le retrait par l'Assureur de l'approbation du programme de réadaptation.

Assurance
invalidité de
longue durée

5. Exclusions, restrictions et réduction de la garantie

Aucune prestation n'est payable :

- a) Si l'invalidité totale de l'adhérent 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 participation à un acte criminel ou réputé tel, y compris le fait de conduire un véhicule, bateau ou aéronef lorsque l'assuré a un taux d'alcoolémie qui dépasse la limite permise par la loi en vigueur au lieu de l'accident ou est sous l'effet de drogue, ou de médicaments pris non conformément à la prescription ou à la posologie recommandée par le fabricant.
 - 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 ou de toxicomanie, 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 désintoxication ou de sa réadaptation auprès d'un établissement, 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.
- b) À l'égard d'une 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 débuter 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.
- c) 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.
- d) Aucune prestation n'est payable durant une période où l'adhérent exerce une occupation rémunératrice, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation.
- e) Aucune prestation n'est payable si l'adhérent est congédié pour des raisons non reliées à l'invalidité et que ladite invalidité ne l'empêche pas d'exercer toute activité rémunératrice pour laquelle il possède des aptitudes raisonnables compte tenu de son éducation, de sa formation ou de son expérience.
- f) Aucune prestation n'est payable si l'adhérent opte pour sa mise à la retraite.
- g) Aucune prestation n'est payable durant une période où l'adhérent refuse de participer à un programme de réadaptation ou d'exercer un emploi de réadaptation que l'Assureur juge approprié.
- h) Aucune prestation n'est payable après la date prévue de fin d'emploi pour les employés contractuels.

6. Supplément aux prestations de l'assurance-emploi ou de l'assurance parentale en raison de grossesse

Lorsqu'une adhérente autrement admissible à des prestations est visée par l'exclusion b) énoncée plus haut concernant les congés de maternité et qu'elle reçoit des prestations de l'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 de l'assurance-emploi ou de l'assurance parentale et le montant auquel elle aurait eu droit si l'exclusion b) concernant les congés de maternité ne s'était pas appliquée.

7. Conditions préexistantes

Si l'invalidité de l'adhérent résulte d'une condition préexistante, celui-ci n'est pas admissible aux prestations d'assurance invalidité ni à l'exonération des primes en vertu de la présente garantie.

Est considéré comme une condition préexistante un accident subi ou une maladie ayant débuté avant la date d'entrée en vigueur de l'assurance invalidité de l'adhérent et pour lequel, dans les 3 mois précédant immédiatement cette date :

- l'adhérent a consulté un professionnel de la santé ; ou
- l'adhérent a reçu des traitements ou des soins médicaux ; ou
- l'adhérent s'est fait prescrire des médicaments ne pouvant être obtenus que sur ordonnance par un professionnel de santé légalement autorisé à le faire.

Cette disposition s'applique à tout adhérent qui est un nouvel employé du Preneur du présent contrat et qui n'était pas couvert par une garantie d'assurance invalidité ayant pris fin dans les 30 jours précédant immédiatement la date du premier jour de travail auprès de son nouvel employeur.

Toutefois, cette disposition ne s'applique plus lorsque l'adhérent a été effectivement au travail, de façon continue et selon son horaire régulier, pendant une période de 12 mois suivant la date d'entrée en vigueur de son assurance en vertu de la présente garantie d'assurance invalidité.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. Définitions

ACCIDENT

Toute lésion corporelle constatée par un médecin et provenant directement de l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure, et indépendamment de toute autre cause. Toute lésion corporelle à la suite d'une tentative de suicide n'est pas un accident.

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.

ADHÉRENT

Un employé qui est admissible à l'assurance et qui est assuré en vertu du contrat.

ÂGE

L'âge au dernier anniversaire de naissance de la personne en cause au moment où il est calculé ou le jour où un événement prévu au contrat se produit.

ASSISTEUR

CanAssistance ou toute autre entreprise d'assistance désignée par l'Assureur.

ASSOCIÉ EN AFFAIRES

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

ASSURÉ

Un adhérent ou l'une des personnes à sa charge et assurée en vertu de ce contrat.

CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Centre d'hébergement et de soins de longue durée autorisé à donner des soins et des traitements à des personnes hospitalisées et qui doit assurer des soins infirmiers et médicaux en tout temps. Les hôpitaux pour soins de courte durée légalement désignés comme tels, les centres de convalescence ou de réadaptation, les maisons de santé, les foyers pour personnes âgées ou malades chroniques, les maisons de repos, les sanatoriums ou les établissements qui dispensent des soins aux alcooliques ou aux toxicomanes ne sont pas compris.

CENTRE DE RÉADAPTATION

Centre de réadaptation ou maison de convalescence légalement désignés comme tels, autorisé à donner des soins et des traitements à des personnes hospitalisées et qui doit assurer des soins infirmiers et médicaux en tout temps. Les maisons de santé, les foyers pour personnes âgées ou malades chroniques, les foyers pour malades mentaux, les maisons de repos ou les établissements qui dispensent des soins aux alcooliques ou aux toxicomanes ne sont pas compris.

CENTRE HOSPITALIER

Centre hospitalier au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, excluant les centres hospitaliers privés autofinancés au sens de ladite Loi. En cas d'hospitalisation hors Québec, cette définition s'applique également à tout établissement reconnu et accrédité comme centre hospitalier par les autorités compétentes dont l'établissement relève, exception faite des maisons de santé, des foyers pour personnes âgées ou malades chroniques, des foyers pour malades mentaux, des centres hospitaliers de soins de longue durée, des maisons de repos, des maisons de convalescence, des établissements qui dispensent des soins aux alcooliques ou aux toxicomanes, des sanatoriums, des centres d'accueil, des stations thermales ou des dispensaires ou autres établissements ou parties d'établissements dont le but est de dispenser des soins de garde.

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.

CONJOINT

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

- i) est marié ou uni civilement à l'adhérent ; ou
- ii) vit maritalement avec lui depuis un (1) an ou depuis moins d'un (1) an s'il est le père ou la mère d'un enfant de l'adhérent ; ou

- iii) vit maritalement avec l'adhérent et avait déjà ainsi vécu maritalement avec cet adhérent tout au long d'une période d'au moins un (1) an.

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

- 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 l'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.

CONTRAT ANTÉRIEUR

Le ou les contrats collectifs d'assurance, en vigueur immédiatement avant l'entrée en vigueur du présent contrat, couvrant les employés de l'employeur, les retraités et leurs personnes à charge, le cas échéant.

DATE DE MISE À LA RETRAITE

Date à laquelle un employé débute sa retraite selon le régime de retraite auquel il participe, ou selon la convention de travail en vigueur chez l'employeur ou selon la pratique en usage chez l'employeur.

L'adhérent qui devient invalide avant l'âge de 65 ans est considéré retraité à compter de l'âge de 65 ans. L'adhérent qui devient invalide à l'âge de 65 ans ou après est considéré retraité après l'expiration du délai de carence de la garantie d'assurance invalidité de longue durée.

DÉLAI DE CARENCE

Une période qui commence au début d'une période d'invalidité totale et pendant laquelle aucune prestation d'invalidité n'est payable. En cas d'hospitalisation à la suite d'une maladie, le délai de carence est le même que s'il s'agissait d'un accident.

DENTISTE

Toute personne membre de l'Ordre des dentistes du Québec ou d'une association professionnelle reconnue par l'autorité législative ayant juridiction où le dentiste exerce.

EMPLOYÉ

Une personne qui est domiciliée au Canada, qui est à l'emploi de l'employeur et qui est au travail actif à plein temps, tel que décrit au *Sommaire des garanties*.

EMPLOYÉ AU TRAVAIL

Se dit d'un employé qui exécute son travail comme prévu au contrat de travail le liant à l'employeur.

EMPLOYEUR

Le Preneur du présent contrat ou tout employeur dont les employés ou une catégorie d'employés sont représentés par le Preneur du présent contrat.

ENFANT À CHARGE

L'expression « enfant à charge » désigne un enfant célibataire de l'adhérent ou de son conjoint, à l'égard duquel ils exercent l'autorité parentale, ou l'exerceraient si cet enfant était mineur, et dont ils assument le soutien financier. L'enfant doit également :

- i) ne pas excéder l'âge indiqué au *Sommaire des garanties* s'il n'est pas aux études à temps plein ; ou
- ii) ne pas excéder l'âge indiqué au *Sommaire des garanties* s'il fréquente un établissement d'enseignement reconnu à temps plein. Dans un tel cas, l'adhérent doit fournir à l'Assureur une preuve que l'enfant est inscrit dans un tel établissement au début de chaque année scolaire ; ou
- iii) être majeur et atteint d'une invalidité totale ou d'une déficience fonctionnelle reconnue par les autorités compétentes de la province de résidence de l'adhérent. L'invalidité ou la déficience doit avoir débuté alors que l'enfant satisfaisait à un des critères précédents et doit avoir persisté depuis cette date. De plus, l'enfant doit résider avec l'adhérent, ou le conjoint de l'adhérent, qui exercerait l'autorité parentale à l'égard de cet enfant ou dont il serait le tuteur légal si l'enfant était mineur. Des preuves de l'invalidité ou de la déficience peuvent être requises par l'Assureur en tout temps.

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.

FOURNISSEUR DE SERVICE DE VOYAGE

Agence de voyages, grossiste en voyages, opérateur de tours, transporteur public, hôtel, de même que tout commerce ou plateforme de vente ou de réservation en ligne accrédités ou autorisés par les autorités compétentes à exploiter une telle entreprise ou à rendre de tels services.

FRAIS DE VOYAGE PAYÉS D'AVANCE

Toute somme déboursée par l'assuré pour lui-même pour :

- i) l'achat de son voyage auprès d'un fournisseur de services de voyage, incluant son billet d'un transporteur public, la location d'un véhicule motorisé et son hébergement ;
- ii) les réservations pour des arrangements habituellement inclus dans un voyage à forfait, que les réservations soient effectuées par l'assuré ou par un fournisseur de services de voyage ;
- iii) les frais d'inscription à une activité à caractère commercial.

FRANCHISE

La partie des dépenses admissibles pour laquelle l'assuré n'a droit à aucun remboursement de la part de l'Assureur.

HOSPITALISATION

L'occupation d'une chambre dans un centre hospitalier à titre de patient alité admis, excluant toute période où l'assuré ne reçoit que des services qui pourraient être dispensés par un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou un centre de réadaptation, qu'il y ait une place disponible ou non dans un tel centre.

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.

INVALIDITÉ TOTALE

Pendant le délai prévu au *Sommaire des garanties* : Un état d'incapacité résultant d'une maladie ou d'un accident qui empêche l'adhérent d'accomplir les tâches essentielles de son emploi habituel et qui exige des soins médicaux continus.

Après ce délai : Un état d'incapacité résultant d'une maladie ou d'un accident qui empêche l'adhérent d'exercer tout emploi pouvant lui procurer une rémunération et pour lequel il possède des aptitudes raisonnables compte tenu de son éducation, de sa formation ou de son expérience.

L'invalidité totale est déterminée sans égard à l'existence ou à la disponibilité d'un tel emploi.

L'adhérent qui doit détenir un permis ou une licence émis par l'État afin d'accomplir les tâches de son emploi habituel n'est pas considéré totalement invalide du seul fait que ce permis ou cette licence lui a été retiré ou n'a pas été renouvelé.

Une invalidité totale débutant plus de 31 jours après un accident est considérée comme résultant d'une maladie.

MALADIE

Altération organique ou fonctionnelle considérée dans son évolution, et comme une entité devant être définie par un médecin, y compris toute complication résultant de la grossesse.

MÉDECIN

Toute personne membre de l'Ordre des Médecins et autorisée à fournir des services médicaux selon la Loi médicale ou toute autre loi au même effet du lieu où sont rendus les services.

MONOPARENTAL

Désigne la protection de l'adhérent qui n'a pas de conjoint et qui assure ses enfants à charge.

NON-FUMEUR

Un assuré qui au cours des 12 derniers mois, n'a pas fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit. En cas de fausse déclaration de la part de l'assuré, l'assurance est nulle et sans effet et la responsabilité de l'Assureur est limitée au remboursement des primes perçues. Toute personne qui modifie ses habitudes de tabagisme, doit en informer par écrit l'Assureur à l'aide d'une attestation à cet effet. L'assuré doit avoir cessé ses habitudes de tabagisme 12 mois avant que la modification puisse être effectuée.

PÉRIODE DE RÉMISSION

Une période au cours de laquelle un adhérent qui était invalide cesse de l'être.

PÉRIODE D'INVALIDITÉ

Toute période continue d'invalidité totale ou une suite de périodes successives d'invalidité attribuables à la même cause ou à des causes connexes séparées par une période de travail à temps complet de moins de 15 jours au cours des 17 premières semaines d'invalidité totale ou de moins de 6 mois par la suite.

PROCHE PARENT

Le conjoint, l'enfant, le père, la mère, le beau-père, la belle-mère, le frère, la soeur, le beau-frère, la belle-soeur, la belle-fille, le gendre, les grands-parents et les petits-enfants de l'assuré.

PROGRAMME DE RÉADAPTATION

S'entend d'un programme approuvé par écrit par l'Assureur pour un adhérent et qui consiste:

- soit en une activité rémunératrice à temps plein ou partiel qu'exerce l'adhérent invalide;
- soit en un cours de formation professionnelle ou un travail en vue de la réadaptation.

RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE MÉDICAMENTS

Régime général d'assurance médicaments administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

SALAIRE

La rémunération brute régulière excluant les sommes reçues de l'employeur et qui ne font pas partie de la rémunération régulière de l'adhérent tels que les bonis, les paiements pour le temps supplémentaire, les honoraires, les primes de logement et de repas, les primes d'éloignement, tout paiement forfaitaire ou autre somme payable occasionnellement.

SALAIRE NET

Le salaire moins les cotisations à la Régie des rentes du Québec, aux Ressources humaines et Développement social Canada, 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.

TRANSPORTEUR PUBLIC

Tout transporteur approuvé par les autorités compétentes et exploité en vertu d'un permis de transport pour le transport (aérien, maritime ou terrestre) de passagers contre rémunération.

VOYAGE

Un voyage touristique ou d'agrément, un voyage de coopération ou d'aide humanitaire encadré par un organisme de bienfaisance enregistré, une activité à caractère commercial ou un voyage d'affaires occasionnel. Un voyage d'affaires est considéré occasionnel lorsqu'il est effectué de façon exceptionnelle, sur une base irrégulière. Tout autre type de voyage n'est pas couvert en vertu de la présente garantie, à moins d'une entente à l'effet contraire entre le Preneur et l'Assureur. De plus, tout voyage doit comporter une absence de l'assuré de sa province de résidence.

Aux fins de la garantie d'assurance annulation, le voyage de l'assuré doit comporter un séjour d'au moins une (1) nuit à destination, et ce, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de sa province de résidence.

2. Admissibilité

L'employé est admissible après avoir complété le délai d'admissibilité apparaissant au *Sommaire des garanties*, à condition qu'il soit effectivement au travail à plein temps à cette date, sur une base permanente ou contractuelle pour une période minimale d'un an, pour le nombre d'heures minimal par semaine indiqué au *Sommaire des garanties* et qu'aucune preuve d'assurabilité ne soit requise.

3. Adhésion

ADHÉSION DE L'EMPLOYÉ

L'adhésion à toutes les garanties est obligatoire pour tout employé qui remplit les conditions d'admissibilité. L'adhésion doit être signifiée par écrit à l'Assureur avant l'expiration d'un délai de 90 jours suivant la date à laquelle il remplit les conditions d'admissibilité.

Tout employé ayant présenté sa demande d'adhésion après ce délai devra présenter des preuves d'assurabilité pour toutes les garanties, à la satisfaction de l'Assureur, à l'exception de :

- la garantie d'assurance maladie lorsqu'une loi applicable dans sa province de résidence exige la participation à une telle garantie ; et
- la garantie d'assurance soins dentaires.

DISPOSITIONS APPLICABLES POUR LES ASSURÉS DE 65 ANS OU PLUS

Si le régime public d'assurance médicaments de la province de résidence de l'assuré prévoit le remboursement des médicaments pour les personnes âgées de 65 ans ou plus, ce régime public agit alors à titre de premier payeur pour le remboursement des médicaments admissibles.

Si le régime public offre le choix aux assurés âgés de 65 ans ou plus de demeurer couverts pour le remboursement des médicaments en vertu de la présente garantie, l'adhérent peut alors soumettre à l'Assureur une demande à cet effet. Cette demande doit être acheminée à l'Assureur avant l'expiration d'un délai de 31 jours suivant la date à laquelle l'adhérent ou le conjoint atteint l'âge de 65 ans, selon les modalités prévues au *Sommaire des garanties* et acquitter la surprime déterminée par l'Assureur, s'il y a lieu. De plus, l'assuré doit se désinscrire du régime public d'assurance médicaments.

Enfin, une personne qui accepte de devenir assurée par le régime public d'assurance médicaments ne peut par la suite choisir de devenir assurée en vertu de la présente garantie pour les médicaments admissibles à ce régime public.

SURPRIME BASÉE SUR L'ÂGE DE L'ASSURÉ

La surprime devient payable lorsque l'adhérent ou le conjoint atteint l'âge de 65 ans, selon la première éventualité. Si le conjoint atteint l'âge de 65 ans avant l'adhérent et choisit d'être assuré par le régime public d'assurance médicaments pour les médicaments, l'adhérent peut alors opter pour un statut de protection individuel ou monoparental, si disponible, pour l'assurance maladie. Ce changement de statut de protection est alors irrévocable.

ADHÉSION DES PERSONNES À CHARGE

L'adhésion des personnes à charge est obligatoire pour la garantie d'assurance maladie et la garantie d'assurance vie des personnes à charge si l'adhérent détient un statut de protection autre qu'individuel en assurance maladie. L'adhérent ayant une ou des personnes à sa charge doit alors opter pour un statut de protection correspondant à sa situation familiale et selon les statuts de protection disponibles. Il peut également choisir d'assurer les personnes à sa charge en vertu des autres garanties.

Si le statut de protection monoparental est disponible, l'adhérent peut opter pour celui-ci s'il n'a pas de conjoint tel que défini précédemment.

Dans tous les cas, l'adhérent doit soumettre une demande d'adhésion à l'Assureur dans les 31 jours suivant la date à laquelle la personne à charge devient admissible. Ce délai de 31 jours s'applique également pour toute demande de changement de statut de protection faite par l'adhérent à la suite d'un des événements suivants : le mariage ou l'union civile de l'adhérent, la naissance ou l'adoption d'un premier enfant ou la fin de l'assurance d'une personne à charge exemptée.

Si la demande d'adhésion ou de changement est remplie après l'expiration de ce délai de 31 jours, l'adhérent doit fournir, à ses frais, des preuves d'assurabilité, à la satisfaction de l'Assureur, pour les personnes à sa charge pour toutes les garanties, à l'exception de :

- la garantie d'assurance maladie lorsqu'une loi applicable dans sa province de résidence exige la participation à une telle garantie ; et
- la garantie d'assurance soins dentaires.

De plus, l'Assureur se réserve le droit de refuser d'assurer une personne de la famille à la suite de l'examen des preuves d'assurabilité.

4. Participation aux régimes d'assurance maladie et assurance soins dentaires

Toute personne admissible à ces garanties doit obligatoirement y participer à moins de se prévaloir du droit d'exemption.

L'adhérent doit participer à l'un de ces trois (3) régimes :

Option A

La durée minimale de participation à ce régime est 24 mois.

Option B

La durée minimale de participation à ce régime est 24 mois.

Option C

La durée minimale de participation à ce régime est 48 mois.

L'employeur doit offrir à ses employés l'une des deux (2) options suivantes :

RÉGIME DE BASE

Ce régime permet à l'employé d'exercer son choix entre les options A, B ou C en maladie. Toutefois, le régime de base n'inclut pas l'assurance soins dentaires et l'assurance invalidité de courte durée. De plus, les durées minimales de participation prévues pour chacune des options mentionnées précédemment s'appliquent.

RÉGIME COMPLET

La durée minimale de participation à ce régime est 48 mois.

5. Changement du choix d'option

L'adhérent peut changer d'option, à la hausse ou à la baisse, le 1^{er} avril de l'année impaire qui suit l'expiration d'une période de 24 mois de participation à l'option A ou l'option B ou d'une période de 48 mois de participation à l'option C.

L'adhérent peut également changer d'option suivant la fin d'une exemption totale, soit aux garanties d'assurance maladie et d'assurance soins dentaires, avant d'avoir complété la durée minimale de participation prévue pour l'option à laquelle il participait ou aurait participé avant la demande d'exemption.

Dans le cas d'une fin d'exemption partielle, soit à la garantie d'assurance maladie ou d'assurance soins dentaires, l'adhérent ne peut changer d'option avant d'avoir complété la durée minimale de participation prévue pour l'option à laquelle il participait ou aurait participé avant la demande d'exemption.

Un nouvel organisme qui se joint au Regroupement pourra offrir à ses employés de changer d'option seulement le 1^{er} avril de l'année impaire qui suit la date de terminaison de la durée minimale de participation applicable à l'option retenue initialement.

L'employeur peut remplacer le régime de base par le régime complet au 1^{er} avril de l'année impaire qui suit l'expiration d'une période de 24 mois suivant la date de mise en vigueur du régime. Dans un tel cas, l'adhérent n'a pas à compléter la durée minimale de participation prévue pour l'option à laquelle il participait avant la date du changement.

L'employeur peut également remplacer le régime complet par le régime de base au 1^{er} avril de l'année impaire qui suit l'expiration d'une période de 48 mois suivant la date de mise en vigueur du régime. Dans un tel cas, l'adhérent n'a pas à compléter la durée minimale de participation prévue pour l'option à laquelle il participait avant la date du changement.

6. Droit d'exemption

GARANTIES D'ASSURANCE MALADIE ET SOINS DENTAIRES

Un employé peut toutefois, moyennant un préavis écrit à son employeur, refuser ou cesser d'adhérer à l'assurance, à la condition qu'il atteste qu'il est assuré en vertu d'un contrat collectif d'assurance comportant des protections similaires.

L'employé qui a refusé ou cessé d'adhérer à l'assurance soins dentaires peut y adhérer à nouveau sans avoir à présenter de preuves d'assurabilité en établissant à la satisfaction de l'Assureur :

- i) qu'antérieurement, il était assuré en vertu du présent contrat comme personne à charge ou en vertu de tout autre contrat collectif d'assurance comportant une protection similaire ;
- ii) qu'il est devenu impossible qu'il continue à être assuré ;
- iii) qu'il présente sa demande avant l'expiration d'un délai de 31 jours suivant la fin de son assurance.

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

CONGÉ DE MATERNITÉ, PARENTAL, DE PATERNITÉ OU D'ADOPTION

Un adhérent qui cesse d'être au travail actif à plein temps en raison d'un congé de maternité, parental, de paternité ou d'adoption demeure assuré, avec paiement de primes, pour la garantie d'assurance maladie.

Un tel adhérent peut également demeurer assuré pour toutes les autres garanties, à la condition d'en faire la demande écrite à l'Assureur avant l'expiration d'un délai de 31 jours qui suit la date du début de ce congé en payant la prime totale excluant la part de l'employeur, ce dernier continuant à payer sa part. Cependant, les garanties ne peuvent pas être maintenues en vigueur au-delà de la période maximale indiquée au *Sommaire des garanties*. Dans certaines situations, la loi peut prévaloir sur la présente clause et obliger l'employeur à verser sa part de prime et permettre de prolonger cette période maximale.

Dans le cas où les garanties d'assurance invalidité sont maintenues en vigueur, le délai de carence, pour une invalidité qui survient au cours d'une période où l'adhérent ne reçoit pas de prestations de l'assurance-emploi ou de l'assurance parentale en raison de grossesse, débute à compter de la date prévue de retour au travail et le paiement de la rente d'invalidité, le cas échéant, ne débute qu'à l'expiration de ce délai.

Dans le cas où les garanties d'assurance invalidité ne sont pas maintenues en vigueur, celles-ci sont remises en vigueur lors du retour au travail actif à plein temps de l'adhérent.

CONGÉ AUTORISÉ NON PAYÉ OU MISE À PIED TEMPORAIRE

Un adhérent qui cesse d'être au travail actif à plein temps en raison d'un congé autorisé non payé ou d'une mise à pied temporaire demeure assuré, avec paiement de primes, pour toutes les garanties. Cependant, les garanties ne peuvent pas être maintenues en vigueur au-delà de la période maximale indiquée au *Sommaire des garanties*.

Le délai de carence pour une invalidité qui survient au cours de cette période débute à compter de la date prévue de retour au travail et le paiement de la rente d'invalidité, le cas échéant, ne débute qu'à l'expiration de ce délai.

Un adhérent désirant conserver uniquement la garantie d'assurance maladie doit faire la demande écrite à l'Assureur avant l'expiration d'un délai de 31 jours qui suit la date du début de ce congé en payant la prime totale, y compris la part de l'employeur, sauf dans le cas où la *Loi sur les normes du travail* oblige l'employeur à verser sa part de primes.

Cependant, si les garanties d'assurance invalidité ne sont pas maintenues en vigueur, celles-ci sont remises en vigueur lors du retour au travail actif à plein temps de l'adhérent.

Une mise à pied temporaire signifie une absence d'une durée déterminée et durant laquelle l'adhérent est toujours considéré comme un employé par l'employeur.

CONGÉDIEMENT OU SUSPENSION CONTESTÉ

Lorsqu'un adhérent est congédié ou suspendu et qu'il conteste son congédiement ou sa suspension par voie de grief ou de recours à l'arbitrage au sens du Code du travail ou de toute autre législation au même effet, notamment la Loi sur les normes du travail, il est réputé avoir été assuré sans interruption au cours de la période en cause si la décision rendue par l'arbitrage ou le tribunal compétent le rétablit dans ses droits et obligations d'employé. Les primes impayées, le cas échéant, sont alors payables dans les 31 jours qui suivent la date de décision finale de l'arbitre ou du tribunal.

GRÈVE OU LOCK-OUT

En cas de grève ou lock-out, la garantie d'assurance maladie est maintenue en vigueur, avec paiement de primes, pour une période minimale de 30 jours. Par la suite, la garantie d'assurance maladie peut être maintenue en vigueur moyennant le paiement des primes requises. De plus, toutes les autres garanties sont maintenues en vigueur moyennant le paiement des primes requises en autant que la garantie d'assurance maladie soit maintenue. Toutefois, le maintien des garanties après la période de 30 jours doit faire l'objet d'une entente entre le Preneur et l'Assureur.

Dans le cas où les garanties ne sont pas maintenues par le Preneur, celles-ci sont remises en vigueur automatiquement lors du retour au travail.

8. Droit de transformation

Droit de transformation applicable à la garantie d'assurance vie de base de l'adhérent, à la garantie d'assurance vie des personnes à charge et à la garantie d'assurance vie facultative de l'adhérent et du conjoint.

EN CAS DE FIN D'APPARTENANCE AU GROUPE

Tout adhérent qui cesse de faire partie du groupe d'assurés avant l'âge de 65 ans et qui bénéficie d'un montant d'assurance vie d'au moins 10 000 \$ a le droit de transformer en tout ou en partie sa protection d'assurance sur la vie ou, le cas échéant, celle de ses personnes à sa charge, en une assurance individuelle sur la vie, sans avoir à justifier de son assurabilité ou de celle de ses personnes à charge.

Le montant d'assurance sur la vie de l'adhérent qui peut être transformé est d'au moins 10 000 \$ et ne peut excéder le moindre du montant de l'ensemble des protections d'assurance sur la vie qu'il détenait en vertu du présent contrat à la date de la transformation ou 400 000 \$.

De plus, chaque personne à charge qui bénéficie d'un montant de protection d'assurance vie d'au moins 5 000 \$ en vertu du présent contrat, le montant de protection d'assurance vie peut être transformé en un montant d'au moins 5 000 \$, sans excéder le montant d'assurance sur la vie de ces personnes à la date de la transformation ou 400 000 \$.

Ce droit peut être exercé par l'adhérent en faisant une demande écrite à l'Assureur avant l'expiration d'un délai de 31 jours qui suit la date où l'adhérent cesse de faire partie du groupe d'assurés. La protection offerte par le présent contrat demeure en vigueur jusqu'au jour de sa transformation en une assurance individuelle, sans toutefois excéder le délai de 31 jours mentionné précédemment. Une diminution du montant d'assurance en raison de l'âge ou d'un changement de catégorie d'assurés n'ouvre pas droit à la transformation.

À L'ÉCHÉANCE DU CONTRAT

L'adhérent assuré depuis au moins 5 ans et qui bénéficie d'un montant de protection d'assurance vie d'au moins 10 000 \$, a le droit de transformer, en tout ou en partie, sa protection d'assurance sur la vie en une assurance individuelle sur sa vie dans les 31 jours de l'échéance du présent contrat s'il n'est pas remplacé ou si le contrat de remplacement prévoit un montant d'assurance moindre.

Le montant d'assurance pouvant être transformé est d'au moins 10 000 \$ ou 25 % du montant d'assurance sur la vie de l'adhérent à l'échéance du contrat, selon le plus élevé des deux.

Ce droit peut être exercé par l'adhérent en faisant une demande écrite à l'Assureur avant l'expiration d'un délai de 31 jours qui suit la date de l'échéance du présent contrat, sans avoir à justifier de son assurabilité. Une diminution du montant d'assurance en raison de l'âge ou d'un changement de catégorie d'assurés n'ouvre pas droit à la transformation.

PROTECTIONS DISPONIBLES LORS DE LA TRANSFORMATION

L'adhérent qui exerce son droit de transformation conformément aux dispositions précédentes a la possibilité d'obtenir une police d'assurance vie individuelle permanente ou temporaire, sans garantie accessoire, d'un genre alors émis par l'Assureur dans ces circonstances et conforme à tout règlement d'application sur les assurances et à toutes lois applicables.

Les primes applicables aux produits d'assurance individuelle offerts lors de l'exercice du droit de transformation sont établies selon les modalités prévues à tout règlement d'application sur les assurances et à toutes lois applicables.

ASSURANCE MALADIE DE L'ADHÉRENT

L'assuré qui cesse d'être admissible à la présente garantie peut obtenir, sans preuves d'assurabilité, un contrat d'assurance maladie individuelle du genre alors émis par l'Assureur, s'il en fait la demande écrite à l'Assureur dans le délai indiqué au *Sommaire des garanties* suivant la date de fin de l'assurance. Des preuves d'assurabilité sont requises pour toute demande soumise après ce délai. Si l'assuré exerce son droit de transformation dans le délai prescrit, le contrat d'assurance maladie individuelle entre en vigueur à la date de terminaison de son assurance collective. Si des preuves d'assurabilité sont requises, l'assurance entre en vigueur à la date à laquelle l'Assureur accepte ces preuves.

9. Prolongation de l'assurance des personnes à charge à la suite du décès de l'adhérent

Au décès d'un adhérent, l'assurance vie, l'assurance maladie et l'assurance soins dentaires des personnes à charge sont prolongées sans paiement de prime jusqu'à la première des dates suivantes :

- La date coïncidant avec la fin d'une période indiquée au *Sommaire des garanties*.
- La date à laquelle l'assurance vie des personnes à charge aurait pris fin n'eut été le décès de l'adhérent.
- La date de fin du contrat ou de la garantie.

Cependant, la prime additionnelle relative à la couverture des frais de médicaments pour une personne à charge qui atteint 65 ans au cours de cette période demeure payable à l'Assureur.

10. Exonération des primes en cas d'invalidité totale

L'exonération des primes s'applique pour une garantie, lorsque cette clause est retenue au *Sommaire des garanties*.

ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT, ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE, ASSURANCE EN CAS DE MORT OU DE MUTILATION ACCIDENTELLES, ASSURANCE VIE FACULTATIVE ET ASSURANCE EN CAS DE MORT OU DE MUTILATION ACCIDENTELLES FACULTATIVE

Si avant l'âge de 65 ans, un adhérent est atteint d'invalidité totale alors que ces garanties sont en vigueur, l'Assureur renonce au paiement de toute prime à leur égard qui vient à échéance après l'expiration du délai de carence de la garantie d'assurance invalidité de longue durée, et ce, tant que dure l'invalidité totale. L'exonération des primes se termine à la première des dates suivantes : la fin de l'invalidité totale, la date du 65^e anniversaire de l'adhérent ou la date de mise à la retraite de l'adhérent.

ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE

Si avant l'âge de 65 ans, un adhérent est atteint d'invalidité totale alors que la garantie est en vigueur, l'Assureur renonce au paiement de toute prime à son égard qui vient à échéance après l'expiration du délai de carence de la garantie d'assurance invalidité de longue durée, et ce, tant que dure l'invalidité totale. L'exonération des primes se termine à la première des dates suivantes : la fin de l'invalidité totale, la date du 65^e anniversaire de l'adhérent, la date de mise à la retraite de l'adhérent ou la date de la fin du contrat ou de la garantie.

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Si avant l'âge de 65 ans, un adhérent est atteint d'invalidité totale 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 du délai de carence de cette garantie, et ce, tant que dure l'invalidité totale. L'exonération des primes se termine à la première des dates suivantes : la fin de l'invalidité totale, la date du 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent ou la date de mise à la retraite de l'adhérent.

11. Bénéficiaire

Tout adhérent peut désigner un seul bénéficiaire ou changer le bénéficiaire déjà désigné sur déclaration écrite et déposée au siège social de l'Assureur. L'Assureur n'est pas responsable de la validité de tout changement de bénéficiaire. Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant l'adhérent retournent à ce dernier. Si, au moment du décès de l'adhérent, ce dernier n'a pas désigné de bénéficiaire par écrit, le montant d'assurance fait partie du patrimoine de l'adhérent.

12. Fin de l'assurance

L'assurance de tout adhérent se termine à la première des dates suivantes :

Assurance vie

- La date de la fin du contrat ou de la garantie sous réserve des dispositions relatives à « l'Exonération des primes en cas d'invalidité totale ».
- La date à laquelle l'adhérent termine son emploi pour une autre raison que la retraite, sous réserve des dispositions relatives à « l'Exonération des primes en cas d'invalidité totale » et au « Droit de transformation ».
- La date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée, sous réserve des dispositions relatives à « l'Exonération des primes en cas d'invalidité totale » et au « Droit de transformation ».

- La date de la réception par l'Assureur de l'avis écrit d'un adhérent qui désire mettre fin à son assurance en vertu de la garantie d'assurance vie facultative et d'assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelles facultative.
- La date de fin de l'assurance prévue au *Sommaire des garanties* pour la garantie concernée.
- La date de son 65^e anniversaire de naissance pour un adhérent devenu invalide avant l'âge de 65 ans.
- La date de terminaison du délai de carence de la garantie d'assurance invalidité de longue durée pour un adhérent devenu invalide à l'âge de 65 ans ou après et qui n'est pas de retour au travail à plein temps.

Assurance maladie

- La date de la fin du contrat ou de la garantie.
- La date à laquelle l'adhérent termine son emploi pour une autre raison que la retraite, sous réserve des dispositions relatives au « Droit de transformation ».
- Dans le cas où la prime n'est pas payée, 30 jours après l'envoi d'un avis à cet effet, par l'Assureur, à la dernière adresse de l'adhérent.
- La date de fin de l'assurance indiquée au *Sommaire des garanties*.
- En cas d'invalidité, la date de fin du lien d'emploi, tel que prévu à la convention collective ou aux conditions de travail applicables pour le groupe auquel appartient l'adhérent.

Assurance soins dentaires

- La date de la fin du contrat ou de la garantie.
- La date à laquelle l'adhérent termine son emploi pour une autre raison que la retraite.
- La date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée.
- La date de fin de l'assurance indiquée au *Sommaire des garanties*.
- En cas d'invalidité, la date de fin du lien d'emploi, tel que prévu à la convention collective ou aux conditions de travail applicables pour le groupe auquel appartient l'adhérent.

Assurance invalidité de courte durée

- La date de la fin du contrat ou de la garantie, sous réserve du Règlement général en application de la Loi sur les assurances.
- La date à laquelle l'adhérent termine son emploi, sous réserve des dispositions relatives à « l'Exonération des primes en cas d'invalidité totale ».
- La date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée, sous réserve des dispositions relatives à « l'Exonération des primes en cas d'invalidité totale ».
- La date de fin de l'assurance prévue au *Sommaire des garanties*.

Assurance invalidité de longue durée

- La date de la fin du contrat ou de la garantie, sous réserve du Règlement général en application de la Loi sur les assurances.
- La date à laquelle l'adhérent termine son emploi, sous réserve des dispositions relatives à « l'Exonération des primes en cas d'invalidité totale ».
- La date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée, sous réserve des dispositions relatives à « l'Exonération des primes en cas d'invalidité totale ».
- La date de fin de l'assurance prévue au *Sommaire des garanties*.

L'assurance des personnes à charge se termine à la première des dates suivantes :

Assurance vie

- La date de la fin de l'assurance de l'adhérent, sous réserve des dispositions relatives à « l'Exonération des primes en cas d'invalidité totale », au « Droit de transformation » et à la « Prolongation de la protection des personnes à charge à la suite du décès de l'adhérent ».
- La date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge.
- La date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée relativement aux personnes à charge, sous réserve des dispositions relatives à « l'Exonération des primes en cas d'invalidité totale », au « Droit de transformation » et à la « Prolongation de la protection des personnes à charge à la suite du décès de l'adhérent ».
- La date de la réception, par l'Assureur, de l'avis écrit d'un adhérent qui désire mettre fin à l'assurance de son conjoint en vertu de la garantie d'assurance vie facultative et d'assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelles facultative.
- La date de fin de l'assurance prévue au *Sommaire des garanties*.

Assurance maladie

- La date de la fin de l'assurance de l'adhérent, sous réserve des dispositions relatives à la « Prolongation de la protection des personnes à charge à la suite du décès de l'adhérent ».
- La date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge.
- La date à laquelle l'adhérent change sa protection familiale ou monoparentale en une protection monoparentale ou individuelle.

Assurance soins dentaires

- La date de la fin de l'assurance de l'adhérent, sous réserve des dispositions relatives à la « Prolongation de la protection des personnes à charge à la suite du décès de l'adhérent ».
- La date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge.
- La date à laquelle l'adhérent change sa protection familiale ou monoparentale en une protection monoparentale ou individuelle.

DEMANDE DE PRESTATIONS

Tous les formulaires sont disponibles auprès du responsable de groupe chez le Preneur ou chez votre employeur. Vous pouvez également vous les procurer via notre site Internet à l'adresse : www.lacapitale.com.

Assurance maladie Médicaments – Service de paiement automatisé direct

Lors de l'achat de médicaments, l'assuré présente sa carte de services au pharmacien. La Capitale effectuera automatiquement le paiement pour la partie assurée des médicaments. L'assuré n'a donc plus à présenter sa demande de prestations à l'Assureur et il ne débourse que pour la partie non assurée des médicaments (incluant la franchise, s'il y a lieu).

Autres frais

L'assuré doit faire parvenir à l'Assureur le formulaire de demande de prestations 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 engagés. L'assuré doit conserver ses copies de reçus, car les originaux ne sont pas retournés. En ce qui concerne les frais d'hospitalisation, l'assuré présente sa carte de services au centre hospitalier, lequel fera ensuite parvenir la demande de prestations directement à l'Assureur. Toute demande de prestations doit être présentée à l'Assureur dans les 12 mois qui suivent la date où les frais ont été engagés.

Soins dentaires – Service de paiement automatisé

L'assuré présente sa carte de services au dentiste. Le système valide la carte et indique si les soins sont assurés ainsi que le pourcentage de remboursement qui s'applique. Il n'y a aucun formulaire de demande de prestations à remplir puisque la partie assurée des soins est réclamée directement par le dentiste à l'Assureur. L'assuré paie uniquement pour la partie non assurée des soins dentaires (incluant la franchise, s'il y a lieu). Si le cabinet de dentiste n'est pas relié à ce service, l'assuré doit acquitter entièrement les frais et doit faire parvenir une demande de prestations à l'Assureur.

Dépôt direct des prestations maladie et soins dentaires

Pour adhérer à ce service, rien de plus simple. Il suffit de remplir le formulaire d'adhésion et de le retourner à l'Assureur. Sur acceptation de la demande de prestations, celles-ci seront déposées dans le compte de l'assuré. L'Assureur transmet ensuite un relevé confirmant le montant déposé et la date du traitement de la réclamation.

Assurance vie

Il appartient au bénéficiaire de demander la somme assurée en communiquant avec l'Assureur qui lui dirigera les formulaires requis.

Assurance invalidité

Les prestations sont payables à l'adhérent après l'expiration du délai de carence. Le formulaire de demande de prestations doit être rempli par l'adhérent, l'employeur et le médecin traitant et remis le plus tôt possible à l'Assureur.

ASSURANCE VOYAGE

IMPORTANT

Nous vous suggérons de communiquer avec le Service des prestations de La Capitale assureur de l'administration publique, afin de nous aviser de votre départ à l'extérieur du Québec ; par la même occasion, nos agents pourront vous transmettre des renseignements additionnels quant aux modalités d'application de la garantie d'assurance voyage.

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, survenue alors que l'assuré est temporairement à l'extérieur de sa province de résidence et à la condition que l'assuré soit couvert par les régimes publics d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de sa province de résidence.

Pour être considéré temporairement à l'extérieur de sa province de résidence, le séjour ne doit pas excéder la période prévue au *Sommaire des garanties* ; ce séjour peut être prolongé au-delà de cette période pourvu qu'il le soit en raison de la maladie ou de l'accident survenu au cours de ladite période et que le retour dans sa province de résidence soit impossible pour des raisons médicales justifiables.

Les prestations sont accordées en supplément et non en remplacement des prestations prévues par les programmes gouvernementaux.

Le remboursement maximal par assuré est indiqué au *Sommaire des garanties*.

IMPORTANT – EXCLUSION ET RÉDUCTION

Pour être couvert par la présente garantie, un assuré souffrant d'une maladie ou d'une affection connue doit s'assurer avant son départ que cette maladie ou cette affection est stable et sous contrôle, qu'il peut effectuer ses activités quotidiennes régulières et qu'il ne présente aucun symptôme pouvant raisonnablement laisser présager qu'il puisse présenter des complications ou requérir des soins médicaux pendant la durée du séjour prévu à l'extérieur de sa province de résidence.

Une maladie ou une affection est considérée stable lorsqu'il y a absence :

- d'aggravation;
- de rechute ou de récidence;
- de diagnostic de phase terminale d'évolution;
- de chronicité pouvant entraîner des risques de dégradation ou des complications pendant le séjour prévu à l'extérieur de la province de résidence

L'assuré qui présente une maladie ou une affection connue, qui est incertain quant à son état de santé ou qui est dans l'attente d'un diagnostic, doit communiquer avec l'Assisteur au moins 15 jours avant le départ pour obtenir une confirmation de la couverture d'assurance en vertu de la présente garantie.

FRAIS ADMISSIBLES

1) FRAIS HOSPITALIERS, MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX :

- a) Les frais d'hospitalisation en chambre à 2 lits ou à 1 lit (semi-privée ou privée), excédant ceux qui sont remboursés ou remboursables par les régimes publics d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré.
- b) Les frais inhérents (téléphone, télévision, stationnement, etc.) à une hospitalisation, sur présentation de pièces justificatives, jusqu'à un maximum de 100 \$ par hospitalisation.
- c) 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 des régimes publics d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré.
- d) Le coût des médicaments obtenus sur ordonnance d'un médecin dans le cadre d'un traitement d'urgence.
- e) Les honoraires d'un infirmier diplômé membre en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative pour des soins infirmiers privés, donnés exclusivement au centre hospitalier, 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.
- f) 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.
- g) Les honoraires professionnels d'un chirurgien dentiste pour des lésions accidentelles aux dents naturelles, saines et vivantes 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.

2) FRAIS DE TRANSPORT :

- a) 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 centres hospitaliers lorsque le médecin traitant et l'Assisteur estiment que les installations existantes sont inadéquates pour traiter le patient ou stabiliser sa condition.

- b) Les frais de rapatriement de l'assuré à son lieu de résidence par un moyen de transport public adéquat pour qu'il 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'Assisteur envoie une escorte médicale sur place pour accompagner l'assuré pendant le rapatriement. Le rapatriement doit être approuvé et planifié par l'Assisteur.
- c) Lorsque l'assuré est rapatrié ou transporté, l'Assisteur 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.
- d) 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'Assisteur 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'assuré était déjà accompagné par un proche parent âgé de 18 ans ou plus, ou si la nécessité de la visite n'a pas été confirmée par le médecin traitant ou que la visite n'a pas été préalablement approuvée et planifiée par l'Assisteur.
- e) L'Assisteur prend les dispositions nécessaires pour leur retour jusqu'à leur résidence, des enfants de moins de 18 ans accompagnant l'assuré si, à la suite de l'accident ou de la maladie de l'assuré, celui-ci ou un autre adulte accompagnateur se trouve dans l'incapacité de s'en occuper.
- f) Lorsqu'un assuré est dans l'impossibilité de conduire le véhicule automobile utilisé au cours d'un voyage, à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu au cours du voyage, et qu'aucune personne l'accompagnant ne peut conduire ledit véhicule, l'Assisteur 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 un établissement de l'agence de location le plus rapproché du lieu de l'événement, sous réserve d'un remboursement maximal de 1 000 \$.
- g) Dans le cas du décès de l'assuré, lorsque nécessaire, l'Assisteur 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. Le remboursement maximal est de 1 500 \$.
- h) Dans le cas du décès de l'assuré, l'Assisteur 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 jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 3 000 \$ pour le coût de crémation ou de l'enterrement sur place.

3) ALLOCATIONS DE SUBSISTANCE :

- a) 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'Assisteur fournit, 24 heures sur 24, 365 jours par année, à tout assuré 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'Assisteur.

- a) Avance de fonds pour les frais couverts en vertu de l'assurance voyage. Par la suite, l'Assisteur réclame le remboursement des frais engagés aux régimes publics d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré et à l'Assureur.
- b) En cas de maladie ou d'accident à l'étranger, l'Assisteur fournit toute information médicale sous forme de conseils simples et de renseignements ainsi que les coordonnées d'un centre médical. Si nécessaire, l'Assisteur facilite l'admission de l'assuré dans une clinique ou un centre hospitalier approprié.
- c) 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'Assisteur 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.
- d) L'Assisteur se charge de transmettre les messages urgents lorsque l'assuré est dans l'impossibilité de les transmettre lui-même.
- e) L'Assisteur 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.
- f) Sur présentation de pièces justificatives, l'Assisteur 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.
- g) L'Assisteur 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, etc.
- h) L'Assisteur offre à l'assuré en difficulté à l'étranger, un service téléphonique d'interprètes polyglottes.

- i) 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'Assisteur fournit une aide en référant des noms d'avocats. Ce service n'est applicable qu'au Canada ou aux États-Unis.

OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ

- 1) **AVIS** : l'assuré a l'obligation d'aviser l'Assisteur, dès que possible et avant l'expiration d'un délai de 5 jours, de la survenance de l'incident, de l'accident ou de la maladie.
- 2) **RESTRICTION** : l'assuré, dès qu'il est en mesure de le faire et avant l'expiration d'un délai de 5 jours, doit obtenir l'accord préalable de l'Assisteur avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense. Si l'assuré manque à cette obligation, l'Assisteur sera relevé de ses obligations envers celui-ci.
- 3) **BILLETS NON UTILISÉS** : lorsqu'un assuré a bénéficié d'un rapatriement aux termes de la garantie d'assurance voyage, l'Assisteur 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'Assisteur.
- 4) **SUBROGATION** : aux fins de la présente garantie et pour toute somme avancée ou remboursée par l'Assisteur, l'assuré cède et subroge l'Assisteur 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'Assisteur. Les assurés conviennent de signer tout document et exécuter tout acte requis par l'Assisteur afin de donner plein et entier effet à la présente cession et subrogation et mandatent, spécialement à cette fin, l'Assisteur à titre de procureur et de représentant pour soumettre toute réclamation et encaisser tout remboursement.

EXCLUSIONS ET RÉDUCTION DE LA GARANTIE D'ASSURANCE VOYAGE

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'Assisteur dans les cas suivants :

- a) Lorsque le sinistre a lieu dans la province de résidence de l'assuré.
- b) Lorsque l'assuré refuse, sans raison médicale valable, de se conformer aux recommandations de l'Assisteur 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.
- c) S'il y a eu défaut de communiquer dès que possible avec l'Assisteur en cas de consultation médicale ou d'hospitalisation, à la suite d'un accident ou d'une maladie subite.
- d) Lorsque les frais sont occasionnés par une grossesse et ses complications dans les 8 semaines précédant la date prévue de l'accouchement.

- e) 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.
- f) Lorsque les frais hospitaliers sont engagés dans des hôpitaux pour malades chroniques, ou dans un service pour malades chroniques dans un centre hospitalier, ou pour des patients qui se trouvent dans des maisons de soins prolongés ou des stations thermales.
- g) 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.
- h) Pour un accident survenu lors de la participation de l'assuré à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules 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.
- i) Lorsqu'il y a absorption par l'assuré de médicaments, de drogues ou d'alcool en quantité toxique.
- j) 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'Assisteur.
- k) Pour les frais engagés par l'assuré postérieurement à la date de modification d'un niveau de risque d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs spécifiant d'éviter :
 - i) tout voyage dans un endroit où l'assuré a prévu se rendre ou se trouve déjà ; ou
 - ii) tout voyage à bord d'un navire de croisière, que l'assuré s'y trouve déjà ou non.

Si le niveau de risque d'un avertissement a été modifié durant le séjour de l'assuré à l'endroit visé par cet avertissement ou durant sa croisière, l'assuré doit alors se conformer à cet avertissement dans les 14 jours suivant la date de modification du niveau de risque, à défaut de quoi, aucuns frais engagés par l'assuré ne sont admissibles.

COORDINATION

Cette assurance est une assurance dite « second payeur ». L'Assureur rembourse les frais admissibles, sous réserve des exclusions et réductions du présent contrat, en excédant des prestations payées en vertu de tout régime public ou privé, individuel ou collectif. Il est entendu que les règles de coordination des prestations des différents régimes se font conformément aux directives de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes.

L'ASSUREUR PEUT EN TOUT TEMPS ET À SA SEULE DISCRÉTION CHANGER L'ASSISTEUR AUX FINS DE LA GARANTIE D'ASSURANCE VOYAGE.

ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

L'Assureur paie, selon les modalités décrites ci-après, 100 % des frais engagés par l'assuré à la suite de l'annulation ou l'interruption d'un voyage dans la mesure où les frais engagés ont trait à des frais de voyages 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.

Le remboursement maximal par assuré est indiqué au *Sommaire des garanties*.

Seule est admissible la portion des frais de voyage payés d'avance qui n'a pas fait l'objet de toute forme de crédit, de compensation ou de dédommagement (avec ou sans restriction quant à l'utilisation) offert par le fournisseur de services de voyage ou tout organisme.

Par ailleurs, tous les frais de voyage payés d'avance à un fournisseur de services de voyage doivent être inutilisés, inutilisables, non remboursables et non transférables.

1. Causes 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 perte involontaire de l'emploi de l'assuré ou de son conjoint, pourvu que la personne concernée était à l'emploi chez le même employeur depuis plus d'un an.

- g) 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.
- h) Le détournement de l'avion à bord duquel l'assuré voyage.
- i) 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.
- j) 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.
- k) Une modification à la hausse du niveau de risque d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs spécifiant d'éviter :
 - i) tout voyage ou tout voyage non essentiel dans un endroit où l'assuré a prévu se rendre ou se trouve déjà; ou
 - ii) tout voyage à bord d'un navire de croisière, que l'assuré s'y trouve déjà ou non.

Les frais d'annulation de voyage sont admissibles si les conditions suivantes sont satisfaites :

- le niveau de risque d'un avertissement a été modifié après que les frais de voyage aient été engagés,
- le niveau de risque modifié de l'avertissement demeure inchangé à la date de départ en voyage de l'assuré.

Quant aux frais d'interruption de voyage, ils sont admissibles si les conditions suivantes sont satisfaites :

- le niveau de risque d'un avertissement a été modifié après la date de départ en voyage de l'assuré,
 - le niveau de risque modifié de l'avertissement demeure inchangé au cours de la période prévue du voyage de l'assuré,
 - l'assuré s'est conformé à cet avertissement dans les 14 jours suivant la date de modification du niveau de risque.
- l) 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.

- m) 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.
- n) 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.

2. Frais couverts

Les frais suivants sont couverts à la condition qu'ils soient effectivement à la charge de l'assuré.

- 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 de 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.

3. 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 :

- a) 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.
- b) 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.
- c) Dans un pays en état de guerre déclarée ou non, en état d'instabilité politique notoire ou pour lequel le gouvernement du Canada a émis une recommandation incitant les Canadiens à ne pas y voyager en autant que les frais soient reliés à la situation conflictuelle dans le pays et qu'ils aient été engagés après que la recommandation ait été émise, ou en raison d'une participation active à une insurrection réelle ou appréhendée.
- d) Lors de la participation active de l'assuré ou de son compagnon de voyage à un acte criminel ou réputé tel, y compris le fait de conduire un véhicule, bateau ou aéronef lorsque la personne concernée :
 - a un taux d'alcoolémie qui dépasse la limite permise par la loi en vigueur au lieu de l'accident ; ou
 - est sous l'effet de drogue ou de médicaments pris non conformément à la prescription ou à la posologie recommandée par le fabricant.
- e) La grossesse ou les complications en résultant dans les 8 semaines précédant la date prévue de l'accouchement.
- f) 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.
- g) Lorsqu'il y a absorption par l'assuré de médicaments, de drogues ou d'alcool en quantité toxique.
- h) 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.

- i) 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.
- j) 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.
- k) Lorsque l'activité visée par le voyage est la chasse ou la pêche.
- l) Dans le cas de frais engagés par l'assuré postérieurement à la date de modification d'un niveau de risque d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs spécifiant d'éviter :
 - i) tout voyage ou tout voyage non essentiel dans un endroit où l'assuré a prévu se rendre ou se trouve déjà; ou
 - ii) tout voyage à bord d'un navire de croisière, que l'assuré s'y trouve déjà ou non.

Si le niveau de risque d'un avertissement a été modifié durant le séjour de l'assuré à l'endroit visé par cet avertissement ou durant sa croisière, l'assuré doit alors se conformer à cet avertissement dans les 14 jours suivant la date de modification du niveau de risque, à défaut de quoi, aucuns frais engagés par l'assuré ne sont admissibles.

- m) Dans le cas de frais engagés par l'assuré liés à l'une ou l'autre des causes admissibles d'annulation de voyage si l'assuré a pris des arrangements de voyage alors qu'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs en vigueur spécifie d'éviter tout voyage dans un endroit où l'assuré a prévu se rendre ou à bord d'un navire de croisière et que le niveau de risque de l'avertissement demeure inchangé lors de la survenance d'une cause d'annulation prévue en vertu de ce contrat.

De même, aucune prestation n'est payable pour tous frais liés à l'une ou l'autre des causes admissibles d'interruption de voyage si l'assuré part en voyage alors qu'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs en vigueur spécifie d'éviter tout voyage dans un endroit où l'assuré a prévu se rendre ou à bord d'un navire de croisière et que le niveau de risque de l'avertissement demeure inchangé lors de la survenance d'une cause d'interruption prévue en vertu de ce contrat. Toutefois, si le niveau de risque d'un avertissement a été modifié de façon à préciser d'éviter tout voyage durant le séjour de l'assuré à l'endroit visé par cet avertissement ou durant sa croisière, l'assuré doit alors se conformer à cet avertissement dans les 14 jours suivant la date de modification du niveau de risque, à défaut de quoi, aucuns frais engagés par l'assuré ne sont admissibles, et ce, quelle que soit la cause.

4. 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.

Si le niveau de risque d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs est modifié, l'assuré doit contacter l'Assisteur 72 heures avant la date de versement du dépôt requis pour ses frais de voyage ou 72 heures avant la date de son départ en voyage, selon le cas.

5. 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.

6. Demande de prestations pour l'assurance annulation de voyage

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

- a) Les titres de transport inutilisés.
- b) Les reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires.
- c) 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.
- d) 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.

- e) 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.
- f) Le rapport officiel émis par les autorités concernées portant sur les conditions atmosphériques.
- g) La preuve écrite émis 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.
- h) Tout autre rapport exigé par l'Assureur et permettant de justifier la demande de prestations de l'assuré.

LA CAPITALE RÉPOND À VOS QUESTIONS

> **Quand pouvez-vous nous joindre ?**

Du lundi au vendredi de 8 h 30 à 17 h 00 au 1 800 463-4856 ou 418 644-4200.

Pour un service téléphonique plus rapide, ayez sous la main votre carte de services sur laquelle apparaissent vos numéros de contrat et d'identification.

> **Vous changez d'adresse ?**

Veuillez communiquer avec nous et nous informer de votre nouvelle adresse le plus rapidement possible. Vous éviterez ainsi les délais postaux.

> **Vous avez des enfants à charge de plus de 21 ans ?**

Vous devez remplir, à chaque session, l'attestation de fréquentation scolaire à temps plein au bas du formulaire de demande de prestations.

> **Vous désirez un formulaire de demande de prestations ?**

Visitez notre site Internet www.lacapitale.com et téléchargez la plupart de nos formulaires. Vous pouvez aussi obtenir un formulaire auprès du responsable de groupe chez votre employeur ou chez le Preneur du contrat.

> **Pour faciliter le traitement de votre demande**

Veuillez indiquer sur toute correspondance, vos nom, prénom, numéro de contrat, numéro d'employeur ainsi que votre numéro d'identification apparaissant sur votre carte de services.

> **Vous demandez un remboursement pour des professionnels de la santé ?**

Pour les professionnels tels physiothérapeutes, les psychologues ou autres, si vous utilisez notre formulaire de demande de prestations, l'estampe ou le sceau du professionnel doit y être apposé. De même, sa signature, son numéro de permis, les dates de traitements et le nom de la personne traitée sont requis.

Les reçus informatisés ou personnalisés des professionnels sont acceptés pourvu que les informations précitées y soient indiquées.

> Des questions au sujet de votre chèque de remboursement ?

Si vous avez reçu un remboursement moins important que celui que vous attendiez, n'oubliez pas qu'en début d'année, il est possible que vous ayez une franchise ou une coassurance à défrayer. Vérifiez les explications sur le talon du chèque ou du dépôt.

Nous vous rappelons que les chèques non encaissés deviennent périmés après 6 mois.



POUR NOUS JOINDRE

Québec

625, rue Jacques-Parizeau
Case Postale 1500
Québec (Québec) G1K 8X9
418 644-4200

Montréal

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

Numéro sans frais : 1 800 463-4856

lacapitale.com

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

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.

Ce document est distribué à titre informatif seulement et ne change en rien les conditions et dispositions du contrat.

