

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

assuré par



Les avocats et notaires
de l'État québécois

Retraités

Contrat : 5492

Modifié le 1^{er} avril 2015

Ce document est disponible uniquement en français

Le Comité des assurances des avocats et notaires de l'État québécois, en collaboration avec La Capitale assurances et gestion du patrimoine, a le plaisir de vous présenter ce document qui vous décrit l'essentiel des garanties dont vous fait bénéficier le programme d'assurance collective offert aux avocats et notaires de l'État québécois retraités.

Nous désirons vous signaler que ce document, n'ayant été rédigé que pour fins d'information, n'a aucune valeur contractuelle et que seules les dispositions du contrat conclu avec l'Assureur peuvent servir à trancher les questions d'ordre juridique.

Nous vous invitons à lire attentivement l'information contenue dans ce document pour mieux connaître tous les avantages auxquels vous avez droit.

IMPORTANT

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

TABLE DES MATIÈRES

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1.	Admissibilité	4
2.	Admissibilité du conjoint survivant aux régimes détenus par l'adhérent	4
3.	Adhésion à l'assurance	5
4.	Début de l'assurance	5
5.	Fin de l'assurance	5
6.	Protection d'assurance	5
7.	Définitions	6
8.	Bénéficiaire	7
9.	Modification au contrat	8
10.	Procédure pour réclamer	8

RÉGIME D'ASSURANCE VIE

1.	Assurance vie de l'adhérent	9
2.	Assurance vie du conjoint et des enfants à charge	9
3.	Assurance vie additionnelle du conjoint	9

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

1.	Frais exempts de franchise et remboursés à 100 %	10
	A) Hospitalisation	10
	B) Assurance voyage	10
2.	Autres frais admissibles	10
3.	Exclusions et réduction du régime	13

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

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

1. Admissibilité

Tout retraité est admissible à l'assurance sans preuves d'assurabilité à la date de sa retraite, s'il était alors assuré en vertu du présent contrat en tant qu'avocat ou notaire ou s'il était exempté, qu'il fasse la preuve qu'il ne peut plus être assuré en vertu du contrat antérieur.

Pour les retraités admissibles, l'adhésion aux régimes suivants est facultative :

- assurance vie de base du retraité;
- assurance vie de base du conjoint et des enfants à charge;
- assurance vie additionnelle du conjoint.

L'adhésion au régime d'assurance maladie du retraité est obligatoire pour le retraité âgé de moins de 65 ans et ses personnes à charge, le cas échéant. L'adhésion est facultative pour le retraité âgé de 65 ans ou plus. L'adhésion des personnes à charge d'un tel retraité qui a choisi d'adhérer au présent régime est obligatoire.

Toutefois, il est possible pour un retraité sans enfant à charge dont le conjoint est âgé de 65 ans ou plus de modifier sa protection familiale en une protection individuelle. Un retraité qui effectue un tel choix ne pourra modifier sa protection individuelle par la suite.

De plus, tout retraité de 65 ans ou plus peut choisir d'assurer, en vertu du présent contrat, les médicaments admissibles au Régime général d'assurance médicaments. Un tel retraité qui désire assurer lesdits médicaments doit compléter une demande d'adhésion pour lui et ses personnes à charge, le cas échéant, au cours des 31 jours suivant la dernière des dates suivantes :

- le 1^{er} janvier 1997;
- la date à laquelle il atteint 65 ans ou si postérieure, la date à laquelle il prend sa retraite.

Dans un tel cas, l'adhérent doit payer une prime additionnelle selon la protection d'assurance maladie du retraité qu'il détient (individuelle, familiale ou monoparentale). Aucune demande d'adhésion ne sera acceptée après l'expiration dudit délai.

Toutefois, un avocat ou un notaire invalide qui prend sa retraite n'est considéré admissible qu'à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle il cesse d'être invalide;
- la date à laquelle il atteint 65 ans s'il a alors épuisé ses prestations d'assurance salaire de l'employeur;
- la date de la fin des prestations d'assurance salaire de l'employeur s'il a atteint 65 ans avant cette date.

2. Admissibilité du conjoint survivant aux régimes détenus par l'adhérent

Lors du décès du retraité, son conjoint survivant et ses enfants à charge demeurent assurés en vertu de la garantie d'assurance maladie du retraité (protection individuelle ou monoparentale), sans paiement de prime, pour une période de 12 mois suivant la date du décès.

De plus, le conjoint survivant peut maintenir le montant d'assurance vie qu'il détenait auparavant jusqu'à concurrence de 20 000 \$ et, le cas échéant, la protection d'assurance vie pour les enfants à charge, s'il en fait la demande dans les 60 jours suivant la date du décès du retraité. Dans un tel cas, le conjoint devient l'adhérent.

3. Adhésion à l'assurance

Tout retraité qui désire adhérer aux régimes facultatifs doit remplir une demande d'adhésion au cours de la période de 60 jours suivant la date à laquelle il devient admissible et la retourner à l'adresse suivante.

La Capitale assurances et gestion du patrimoine
625, rue Jacques-Parizeau, Case postale 1500
Québec (Québec) G1K 8X9

Toutefois, un retraité qui refuse ou cesse d'adhérer à ces régimes ne peut y adhérer de nouveau.

Le coût de ce programme est à la charge du retraité ou du conjoint survivant, le cas échéant, et payable à même le chèque de rente émis par la Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances (CARRA), la prime étant retenue à la source.

4. Début de l'assurance

L'assurance du retraité qui fait parvenir sa demande d'adhésion dans les délais prévus débute à la dernière des dates suivantes :

- . la date à laquelle il remplit les conditions d'admissibilité;
- . la date à laquelle il cesse d'être assuré en tant qu'avocat ou notaire actif.

Le retraité qui ne confirme pas sa participation aux régimes facultatifs dans les délais prévus ne peut plus y adhérer par la suite.

5. Fin de l'assurance

Pour tout adhérent, l'assurance prend fin à la première des dates suivantes :

- . la date de cessation du paiement des primes;
- . la date de terminaison des protections prévues au programme.

6. Protection d'assurance

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

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

Le régime d'assurance vie du conjoint et des enfants à charge ne peut être obtenu que si le retraité a adhéré au régime d'assurance vie. La protection retenue en assurance maladie ou en assurance vie ne peut être supérieure à celle que détenait l'adhérent ans le programme d'assurance offert aux actifs au moment de la retraite.

Tout changement futur à cette protection, afin d'obtenir la protection familiale ou monoparentale, peut nécessiter la production de preuves d'assurabilité démontrant que les personnes que vous désirez ajouter sont en bonne santé et assurables.

Cependant, la protection individuelle, en remplacement de la protection familiale ou monoparentale, est toujours disponible sans preuves d'assurabilité.

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

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

7. Définitions

Adhérent :

Toute personne définie ci-dessous qui est admise à l'assurance et qui paie les primes requises :

- **Avocat ou notaire :** Tout avocat ou notaire retraité auquel s'appliquait la directive concernant les conditions de travail des avocats et notaires de la fonction publique.
- **Retraité :** Tout avocat ou notaire prenant sa retraite après le 1^{er} avril 1992.

Assisteur :

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

Assuré :

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

Conjoint :

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

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

étant précisé qu'un jugement de divorce prononcé entre l'adhérent et le conjoint, fait perdre ce statut de conjoint; de même que la séparation de fait depuis au moins 90 jours dans le cas d'une union de fait, fait perdre ce statut de conjoint.

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.

Enfant à charge :

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

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

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

Non fumeur :

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

Traitement :

Le traitement annuel de l'adhérent tel qu'il pouvait être déterminé le jour précédant la retraite aux fins du calcul des prestations du régime d'assurance traitement de l'employeur.

8. Bénéficiaire

Tout adhérent peut désigner un bénéficiaire en assurance vie ou changer un bénéficiaire déjà désigné sur déclaration écrite et déposée au siège social de l'Assureur, le tout sujet aux dispositions de la Loi.

L'Assureur n'est pas responsable de la validité juridique de tout changement de bénéficiaire. En l'absence d'un bénéficiaire désigné, la somme assurée payable au décès de l'adhérent est versée à la succession de l'adhérent. La somme payable au décès du conjoint ou d'un enfant à charge assuré est versée s'il y a lieu, à l'adhérent.

9. Modification au contrat

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.

10. Procédure pour réclamer

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 pas à présenter sa demande de prestations à l'Assureur; il ne débourse que pour la partie non assurée des médicaments (incluant la franchise, s'il y a lieu).

Autres frais :

L'adhérent doit faire parvenir au siège social de l'Assureur le formulaire de réclamation dûment rempli, daté et signé. Il est important de suivre les indications inscrites sur le formulaire et de joindre les factures originales et les reçus officiels des frais réclamés. Veuillez conserver vos copies de reçus, car les originaux ne vous seront pas retournés. En ce qui concerne les frais d'hospitalisation, l'assuré présente sa carte de services à l'hôpital, lequel fera parvenir par la suite la réclamation directement à l'Assureur. Il est nécessaire de mentionner le numéro du groupe, de l'employeur, ainsi que le numéro d'assurance sociale de l'assuré. Vous devez réclamer à l'intérieur des 12 mois qui suivent la date où les frais ont été encourus. Nous vous suggérons de réclamer à tous les 3 mois.

Assurance vie :

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

1. Assurance vie de l'adhérent

Au décès d'un adhérent, l'Assureur paie au bénéficiaire une indemnité égale à 25 %, 50 %, 75 % ou 100 % du traitement annuel de l'adhérent au moment de sa retraite, selon le choix effectué par l'adhérent. Cette protection est réduite à 75 % du traitement à l'âge de 70 ans et à 50 % du traitement à l'âge de 75 ans. Cette garantie n'est pas sujette à des preuves d'assurabilité.

2. Assurance vie du conjoint et des enfants à charge

Le montant payable au décès du conjoint ou d'un enfant à charge assurés (âgé de plus de 24 heures) est égal à 10 000 \$.

3. Assurance vie additionnelle du conjoint

Le conjoint qui détient de l'assurance vie additionnelle peut également conserver une tranche de 10 000 \$.

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

1. Frais exempts de franchise et remboursés à 100 %

A) Frais d'hospitalisation

L'Assureur rembourse à 100 % les frais d'**hospitalisation** supportés au Canada et en excédent de ce qui est payable par tout régime étatique d'assurance, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre semi-privée, sans limites quant au nombre de jours. Cependant, dans le cas de malades chroniques hospitalisés pour soins prolongés dans des départements ou des centres hospitaliers spécialisés dans ce genre de soins, les frais d'hospitalisation sont limités à 180 jours par année civile.

B) Assurance voyage

Des garanties d'**assurance voyage**, d'**assistance voyage** et d'**assurance annulation** font partie intégrante du régime d'assurance maladie. Les frais relatifs à ces garanties sont remboursables à 100 % et exempts de franchise. Une description complète de ces garanties se retrouve à la page 15 de votre brochure.

2. Autres frais admissibles

Les frais énumérés ci-après sont remboursés à 80 % du 1^{er} 3 000 \$ de frais admissibles et à 100 % de l'excédent, après déduction d'une franchise annuelle de 75 \$ pour l'adhérent détenant une protection individuelle et de 150 \$ pour l'adhérent et ses personnes à charge couverts par une protection familiale ou monoparentale.

Dans le cas d'un nouveau retraité, la pleine franchise est applicable pour l'année civile au cours de laquelle son assurance en tant que retraité débute. Cependant, la partie de franchise utilisée, alors que le retraité était assuré en tant qu'actif, est déduite de la franchise applicable en vertu du régime d'assurance maladie du retraité.

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

- a) Les services pharmaceutiques et les médicaments prévus par les garanties du régime général d'assurance médicaments, tel qu'établi en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments (L.R.Q., c. A-29.01). Toutefois, pour un retraité âgé de 65 ans ou plus et ses personnes à charge, s'il y a lieu, les médicaments admissibles au Régime général d'assurance médicaments ne sont pas couverts à moins que l'adhérent n'ait choisi d'assurer lesdits médicaments en vertu du présent régime.
- b) Sous réserve des exclusions ci-après, les médicaments autres que ceux mentionnés à l'alinéa a), inclus dans la liste de médicaments de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP), vendus par un pharmacien ou un médecin dûment autorisé et qui sont prescrits par un médecin ou un dentiste.

EXCLUSIONS :

- . les médicaments codés « Z » dans la liste de médicaments de l'AQPP;
- . les produits considérés comme étant des substituts de nourriture, les produits cosmétiques, savons, huiles de teint, émoullients épidermiques, shampooings et autres produits pour le cuir chevelu;
- . les substances ou aliments diététiques;
- . les médicaments homéopathiques;
- . les médicaments administrés principalement à titre préventif;
- . les produits contre la calvitie, les rides ou tout autre traitement administré principalement à des fins esthétiques, sauf si nécessités à la suite d'un accident;
- . les produits antitabac;
- . les médicaments ou substances servant au traitement de l'impuissance;
- . toute substance utilisée dans le but d'insémination, gelées et mousses à but contraceptif et prophylactique;
- . les médicaments fournis au cours d'une hospitalisation.

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

Enfin, advenant l'approbation par Santé Canada d'un nouveau médicament pouvant affecter le coût de la garantie de façon importante, l'Assureur se réserve le droit, avec le consentement du Comité, 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.

- Les honoraires d'**infirmiers licenciés** ou d'**infirmiers auxiliaires** pour des soins donnés à l'extérieur de l'hôpital, à l'exclusion de soins rendus par toute personne qui réside habituellement à la maison de l'adhérent ou qui fait partie de sa famille, jusqu'à concurrence de 6 250 \$ de frais admissibles par année civile, par personne assurée.
- Les frais d'**oxygène** et la **location du matériel qui sert à l'administrer**, le **sang** et le **plasma sanguin**, à l'exception des frais pour la conservation ou la congélation de sang et de plasma.
- Les frais de location d'**appareils thérapeutiques** (ou les frais d'achat approuvé par l'Assureur si ce mode est jugé plus économique par celui-ci) jusqu'à concurrence de 12 500 \$ viager de frais admissibles par personne assurée. Exemples : les appareils d'aérosolthérapie, les stimulateurs de consolidation de fractures, les instruments de surveillance respiratoire en cas d'arythmie respiratoire, les respirateurs à pression positive intermittente, la pompe à insuline, les vêtements pour le traitement de brûlures, les neurostimulateurs percutanés. Cette garantie ne couvre pas les appareils de contrôle (tels que stéthoscope ou autres appareils de même nature) ainsi que les accessoires domestiques (tels que bain-tourbillon, purificateur d'air, humidificateur, climatiseur ou autres appareils de même nature).
- Les frais pour l'achat ou de remplacement d'un **membre artificiel** pour une perte survenue en cours d'assurance.

- Les honoraires d'**ergothérapeutes**, d'**orthophonistes**, d'**audiologistes**, de **physiothérapeutes*** ou de **thérapeutes en réadaptation physique*** exerçant sous le contrôle de physiothérapeutes ou de psychiatres, lorsque les traitements sont administrés par des professionnels de ces disciplines reconnus par leur association professionnelle respective, sont sujets à un maximum de frais admissibles de 30 \$ par traitement, maximum 20 traitements par année civile par assuré pour l'ensemble de ces spécialistes. Un seul traitement par jour pour le même patient est sujet à prestation. (* Pour ces professionnels de la santé, la condition de l'assuré n'a pas à être constatée par un médecin.)
- Les frais de **pansements**, **prothèses** (sauf les prothèses dentaires), **béquilles**, **attelles**, **plâtres**, **bandages herniaires**, **corsets orthopédiques** et **autres appareils orthopédiques**.
- Les frais d'achat d'une **prothèse mammaire externe** par suite de mastectomie, en excédent du montant versé par la Régie de l'assurance maladie du Québec, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 500 \$ par année civile, par assuré.
- Les frais d'achat d'une **prothèse capillaire** à la suite de traitements de chimiothérapie, jusqu'à concurrence de 400 \$ de frais admissibles par année civile, par assuré.
- Les frais de location de **fauteuil roulant**, de **poumon d'acier** et de **lit de type hospitalier**.
- Les frais pour **radiographies**, **analyses de laboratoire** et **électrocardiogrammes** passés sans être hospitalisé, aux fins de prévention ou de diagnostic.
- Les frais de **chirurgie esthétique suite à un accident** survenu en cours d'assurance, jusqu'à concurrence de 6 250 \$ de frais admissibles par accident à condition que les services aient débuté dans les 12 mois de la date de l'accident.
- Le coût initial ou le coût de remplacement de **chaussures orthopédiques** fabriquées sur mesure pour la personne assurée, par un laboratoire orthopédique spécialisé, jusqu'à concurrence de 625 \$ admissible par année civile.
- Les frais pour la substance utilisée pour les **injections sclérosantes** requises médicalement et administrées par un médecin jusqu'à concurrence de 25 \$ de frais admissibles par traitement.
- Les frais d'achat d'un appareil destiné au contrôle du diabète (**glucomètre**, **dextromètre** ou **tout appareil du même genre**) et de la mallette permettant son déplacement, sur présentation d'un rapport complet du médecin traitant attestant que la personne assurée est insulino-dépendante, jusqu'à concurrence de 300 \$ de frais admissibles par période de 60 mois.
- Les frais d'occupation d'une chambre, repas compris, pendant au moins 12 heures consécutives, dans une **institution pour convalescents** reconnue comme telle par la Loi sur l'assurance hospitalisation de la province de résidence de la personne assurée et excédant les frais payables par un régime étatique d'assurance, jusqu'à concurrence de 25 \$ de frais admissibles par jour pourvu que la personne assurée soit admise dans une telle institution moins de 14 jours après la fin de son hospitalisation dans un centre hospitalier. Cependant, ces frais sont limités à une période maximale de 60 jours par année.

- Les frais d'achat, de remplacement, location, ajustement et réparation d'**appareils auditifs** jusqu'à concurrence de 1 500 \$ de frais admissibles par période de 48 mois, par personne assurée.
- Les frais de tests d'**imagerie par résonance magnétique** effectués à l'extérieur d'un centre hospitalier pour fins de diagnostic, jusqu'à concurrence de 750 \$ de frais admissibles par année civile, par assuré.

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

- Les honoraires de **chiropraticiens, podiatres, ostéopathes, naturopathes, homéopathes, massothérapeutes, acupuncteurs, diététiciens**, s'ils sont membres en règle d'une association professionnelle reconnue, jusqu'à concurrence d'un maximum de frais admissibles de 30 \$ par traitement, maximum 20 traitements par année civile par personne assurée pour l'ensemble de ces spécialistes. Un seul traitement par jour pour le même patient est sujet à prestation.

Les **radiographies effectuées par un chiropraticien** sont sujettes à un maximum de frais admissibles de 40 \$ par année civile.

- Les honoraires de **psychanalystes, psychologues et psychothérapeutes**, inscrits aux organismes réglementant leur profession, à raison d'une visite par jour, jusqu'à concurrence de 625 \$ de frais admissibles par personne assurée pour l'ensemble de ces spécialistes.
- Les honoraires d'un **dentiste** pour le traitement d'une mâchoire fracturée ou de lésions à des dents naturelles subies du fait d'un accident survenu en cours d'assurance à condition que les services aient été rendus dans les 12 mois de la date de l'accident.
- Les frais de **transport par ambulance** au centre hospitalier le plus proche pouvant fournir les soins requis, y compris le transport aérien ou ferroviaire en cas d'urgence.

3. Exclusions et réduction du régime

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

- Pour des vaccins préventifs.
- Pour des prothèses dentaires, lunettes, verres de contact ou leur ajustement, sauf si nécessités par suite d'un accident.
- Pour des injections dans le cadre d'une cure d'amaigrissement.
- Pour une chirurgie, des traitements ou des prothèses à des fins esthétiques, sauf à la suite d'un accident.
- Pour des soins prodigués principalement aux fins d'esthétique, les lunettes de protection ou de soleil et les soins prodigués gratuitement.
- Pour tout produit ou service non médicalement requis.
- Pour des prothèses capillaires, sauf à la suite de traitements de chimiothérapie.
- Pour un examen de la vue ou de l'ouïe.

- 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 membre de la famille de l'assuré ou par une personne qui réside avec ce dernier.
- Pour un examen médical périodique, ou pour un examen médical pour fins d'emploi, pour fins d'admission à une institution scolaire, pour fins d'assurance ou pour voyage de santé.
- Pour une condition survenue alors que l'assuré est en service actif dans les forces armées.
- En raison d'une guerre déclarée ou non, ou de participation active à une insurrection réelle ou appréhendée.
- Par suite de sa participation à un acte criminel ou réputé tel.
- Pour tout ticket modérateur, franchise ou coassurance exigé par tout régime public sur des produits et services admissibles en vertu du présent régime.

Pour la garantie d'assurance voyage, les exclusions et réductions stipulées aux pages 18 et 19 s'appliquent en plus de celles stipulées au présent article.

Pour la garantie d'assurance annulation de voyage, les exclusions sont celles décrites à la page 22.

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

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

Les frais usuels et raisonnables et les services décrits ci-après sont admissibles s'ils sont engagés par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie survenu alors que l'assuré est temporairement à l'extérieur de sa province de résidence et à la condition que l'assuré soit couvert par la Régie de l'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 une période de 6 mois consécutifs; 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.

Si le séjour excède 6 mois, l'adhérent peut maintenir son assurance, sous réserve qu'il présente à l'Assureur une demande écrite et à la condition que l'assuré soit couvert par la Régie de l'assurance-maladie de sa province de résidence. Les prestations sont accordées en supplément et non en remplacement des prestations prévues par les programmes gouvernementaux. Le remboursement maximal par assuré est de 1 000 000 \$ viager.

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 récurrence;
- 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

Frais hospitaliers, médicaux et paramédicaux

- Les frais d'hospitalisation en chambre semi-privée ou privée, excédant ceux qui sont remboursés ou remboursables par la Régie de l'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré.
- Les frais inhérents (téléphone, télévision, stationnement, etc.) à une hospitalisation sur présentation de pièces justificatives, jusqu'à un maximum de 100 \$ par hospitalisation.
- Les honoraires professionnels d'un médecin pour des soins médicaux, chirurgicaux ou d'anesthésie autres que des honoraires pour des soins dentaires; les frais engagés sont

payables uniquement pour la partie des frais qui excède les prestations payables en vertu du régime d'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré.

- Le coût des médicaments obtenus sur ordonnance d'un médecin dans le cadre d'un traitement d'urgence.
- Les honoraires d'un(e) infirmier(ère) diplômé(e) pour des soins infirmiers privés, donnés exclusivement à l'hôpital, lorsqu'ils sont médicalement nécessaires et prescrits par le médecin traitant jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 3 000 \$. L'infirmier(ère) ne doit avoir aucun lien de parenté avec l'assuré, ni être un compagnon ou une compagne de voyage.
- La location d'équipement thérapeutique et l'achat de bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles, plâtres et autres appareils orthopédiques, lorsque prescrits par le médecin traitant.
- Les honoraires professionnels d'un chirurgien-dentiste pour des lésions accidentelles aux dents naturelles pour un accident qui est survenu en dehors de la province de résidence de l'assuré, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 000 \$ par accident; les frais couverts doivent être engagés dans les 12 mois suivant l'accident.

Affectation à l'extérieur de la province de résidence

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

Frais de transport

- Les frais de transport par ambulance terrestre ou aérienne pour conduire l'assuré jusqu'à l'établissement médical adéquat le plus proche. Ce service comprend également le transfert entre hôpitaux lorsque le médecin traitant et l'Assisteur estiment que les installations existantes sont inadéquates pour traiter le patient ou stabiliser sa condition.
- Les frais de rapatriement de la personne assurée à son lieu de résidence par un moyen de transport public adéquat pour qu'elle puisse y recevoir les soins appropriés, dès que son état de santé le permet et dans la mesure où le moyen de transport initialement prévu pour le retour ne peut être utilisé.
Si son état l'exige, l'Assisteur envoie une escorte médicale sur place pour accompagner l'assuré pendant le rapatriement. Le rapatriement doit être approuvé et planifié par l'Assisteur.
- 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 ou d'une compagne de voyage de l'assuré, dans la province de résidence de ce dernier, jusqu'à concurrence d'un billet d'avion de ligne régulière, train ou autobus, si les moyens de retour initialement prévus ne peuvent être utilisés.
- Lorsque l'état de santé de l'assuré ne permet pas de rapatriement médical et que l'hospitalisation hors province doit dépasser 7 jours, l'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 la personne assurée était déjà accompagnée par un proche parent âgé de 18 ans ou plus, ou que la nécessité de la visite ne soit pas confirmée par le médecin traitant ou que la visite ne soit pas préalablement approuvée et planifiée par l'Assisteur.

- Lorsqu'un assuré est dans l'impossibilité de conduire son véhicule, à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu au cours du voyage, et qu'aucun autre passager ne peut conduire ledit véhicule, l'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 l'agence de location appropriée la plus proche, sous réserve d'un remboursement maximal de 1 000 \$.
- Dans le cas du décès de la personne assurée, 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 la personne assurée dans son voyage et ne soit en mesure de le faire. Le remboursement maximal est de 1 500 \$.
- Dans le cas du décès de la personne assurée, 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 le coût de crémation ou de l'enterrement sur place, sous réserve d'un remboursement maximal de 3 000 \$.

Allocations de subsistance

- Les frais pour l'hébergement et les repas dans un établissement commercial, lorsqu'un assuré doit reporter son retour pour cause de maladie ou de blessure corporelle qu'il subit lui-même ou que subit un proche parent qui l'accompagne ou un compagnon ou une compagne 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.

- Avance de fonds pour les frais couverts en vertu de l'assurance voyage. Par la suite, l'Assisteur réclame le remboursement des frais engagés à la Régie d'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré et à l'Assureur.
- En cas de maladie ou d'accident à l'étranger, l'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 hôpital approprié.
- Sous réserve des présentes et en cas de maladie ou d'accident de l'assuré en dehors de sa province de résidence, aussitôt prévenu, l'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.
- L'Assisteur se charge de transmettre les messages urgents lorsque l'assuré est dans l'impossibilité de les transmettre lui-même.
- 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.
- Sur présentation de pièces justificatives, l'Assisteur rembourse à l'assuré les frais d'appels téléphoniques et autres frais de communication encourus pour avoir accès à ces services en cas de difficulté à l'étranger.
- 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.

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

Obligations de la personne assurée

- L'assuré a l'obligation d'aviser l'Assisteur, dès que possible, de la survenance de l'incident, de l'accident ou de la maladie.
- L'assuré, dès qu'il est en mesure de le faire, 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.
- 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.
- 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 encourus 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 mandate 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

En plus des exclusions et réductions 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 :

- lorsque le sinistre a lieu dans la province de la résidence de la personne assurée;
- 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;
- s'il y a eu défaut de communiquer dès que possible avec l'Assisteur en cas de consultation médicale ou d'hospitalisation, suite à un accident ou une maladie subite;
- lorsque les frais sont occasionnés par une grossesse et ses complications dans les 8 semaines précédant la date prévue de l'accouchement;
- lorsque les frais engagés hors de la province de résidence de l'assuré auraient pu être engagés dans sa province de résidence, sans danger pour la vie ou la santé de l'assuré, à l'exception des frais immédiatement nécessaires par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie subite. Le seul fait que les soins pouvant être prodigués dans la province de résidence soient de qualité inférieure à ceux qui peuvent l'être hors de cette province ne constitue pas, au sens de la présente exclusion, un danger pour la vie ou la santé de l'assuré;
- lorsque les frais hospitaliers sont engagés dans des hôpitaux pour malades chroniques, ou dans un service pour maladies chroniques dans un hôpital public, ou pour des patients qui se trouvent dans des maisons de soins prolongés ou des stations thermales;
- pour une chirurgie ou un traitement facultatif ou non urgent, ou si le voyage a été entrepris dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non;

- pour un accident survenu lors de la participation de l'assuré à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicule moteur ou tout genre d'épreuve de vitesse, au vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, au saut à l'élastique (bungee jumping) ou à toute autre activité dangereuse;
- à la suite de l'absorption volontaire et abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conditions qui s'ensuivent;
- 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.

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

NOTE

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

EN CAS D'URGENCE

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

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

ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

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

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 mise en quarantaine de l'assuré ou de son compagnon de voyage, sauf si celle-ci se termine plus de 7 jours avant la date prévue du départ;
- g) le détournement de l'avion à bord duquel l'assuré voyage;
- h) un sinistre rendant inhabitable la résidence principale de l'assuré, du compagnon de voyage ou de l'hôte à destination, à la condition que la résidence soit toujours inhabitable 7 jours avant la date prévue du départ ou que le sinistre ait lieu au cours du voyage;
- i) le transfert de l'assuré ou de son compagnon de voyage, pour le même employeur, à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel, si exigé dans les 30 jours précédant la date prévue du départ;
- j) le terrorisme ou toute autre situation dans le pays où se rend l'assuré, à la condition que le gouvernement du Canada émette une recommandation incitant les canadiens à ne pas voyager dans ce pays pour une période chevauchant la durée prévue du voyage et que la recommandation soit émise après que les frais eurent été engagés;

- k) un départ manqué dû au retard du moyen de transport utilisé pour se rendre au point de départ, à la condition que l'horaire du moyen de transport utilisé prévoyait une arrivée au moins 3 heures avant le départ ou au moins 2 heures si la distance à parcourir était inférieure à 100 kilomètres. La cause du retard doit être, soit les conditions atmosphériques, soit des difficultés mécaniques (sauf pour une automobile privée), soit un accident de la circulation, soit la fermeture d'urgence d'une route, chacune des deux dernières causes devant être appuyée par un rapport de police;
- l) les conditions atmosphériques retardant le départ du transporteur public utilisé par l'assuré, au point de départ projeté, d'au moins 30 % (minimum 48 heures) de la durée prévue du voyage ou empêchant l'assuré d'effectuer une correspondance prévue avec un autre transporteur pour autant que cette correspondance soit retardée d'au moins 30 % (minimum 48 heures) de la durée prévue du voyage;
- m) un sinistre survenant à la place d'affaires ou sur les lieux physiques où doit se tenir une activité à caractère commercial et rendant impossible la tenue de l'activité de sorte qu'un avis écrit annulant l'activité est émis par l'organisme officiel responsable de son organisation;
- n) la perte involontaire d'emploi permanent de l'assuré ou de son conjoint, pourvu que la personne concernée occupait le poste permanent chez le même employeur depuis plus d'un an.

Frais couverts

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

- a) En cas d'annulation avant le départ :
 - la portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance;
 - les frais supplémentaires engagés par l'assuré qui décide de voyager seul dans le cas où son compagnon de voyage doit annuler son voyage pour une des raisons prévues à la présente garantie, jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable à l'assuré au moment où son compagnon de voyage doit annuler;
 - la portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance, jusqu'à concurrence de 70 % desdits frais, si le départ de l'assuré est retardé à cause des conditions atmosphériques et qu'il décide de ne pas effectuer le voyage.
- b) Si un départ est manqué, au début ou au cours du voyage, pour une des raisons prévues à la présente garantie, le coût supplémentaire exigé par un transporteur public à horaire fixe pour un billet en classe économique par la route la plus directe jusqu'à la destination prévue.
- c) Si le retour est anticipé ou retardé :
 - le coût supplémentaire d'un billet simple, en classe économique, par la route la plus directe pour le retour jusqu'au point de départ par le moyen de transport prévu initialement ou si ce dernier ne peut être utilisé, les frais exigés par un transporteur public à horaire fixe, en classe économique, selon le moyen de transport le plus économique, par la route la plus directe pour le retour jusqu'au point de départ; ces frais doivent au préalable être convenus avec l'Assureur.

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

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

Exclusions de la garantie d'assurance annulation de voyage

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

- si le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non;
- si le voyage est entrepris dans le but de visiter une personne malade ou ayant subi un accident et que l'annulation ou l'interruption du voyage résulte du décès ou d'une détérioration de la condition médicale de cette personne;
- une guerre, déclarée ou non, ou la participation active à une insurrection réelle ou appréhendée;
- la participation active de l'assuré ou de son compagnon de voyage à un acte criminel ou réputé tel;
- la grossesse ou les complications en résultant dans les 8 semaines précédant la date prévue de l'accouchement;
- une blessure que l'assuré ou son compagnon de voyage s'est infligée intentionnellement, un suicide ou une tentative de suicide, que la personne soit saine d'esprit ou non;
- l'absorption volontaire et abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conditions qui s'ensuivent;
- la participation à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteur ou à tout genre d'épreuve de vitesse, ou vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, au saut à l'élastique (bungee jumping) ou à toute autre activité dangereuse;
- une condition médicale pour laquelle l'assuré ou son compagnon de voyage a été hospitalisé ou a reçu ou s'est fait prescrire un traitement médical ou pour laquelle il a consulté un médecin dans les 90 jours précédant la date où les frais de voyage sont engagés, sauf s'il est prouvé à la satisfaction de l'Assureur que la condition de la personne concernée est stabilisée au moment où les frais ont été engagés. Un changement quant à un médicament, à sa posologie ou à son utilisation est considéré comme étant un traitement médical;
- lorsque le sinistre est relié à toute condition connue de l'assuré ou de son compagnon de voyage et sujette à des périodes d'aggravation soudaine qui ne peuvent être contrôlées par médication ou autrement.

Délai pour demander l'annulation

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

Coordination

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

Définitions

- a) 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.
- b) Associé en affaires
La personne avec qui l'assuré est associé en affaires dans le cadre d'une compagnie de 4 coactionnaires ou moins ou d'une société à but lucratif composée de 4 associés ou moins.
- c) Compagnon de voyage
La personne avec qui l'assuré partage la chambre ou l'appartement à destination ou dont les frais de transport ont été payés avec ceux de l'assuré.
- d) Frais de voyage payés d'avance
Toute somme déboursée par l'assuré pour lui-même pour l'achat d'un voyage à forfait, d'un billet d'un transporteur public ou pour la location d'un véhicule motorisé auprès d'un commerce accrédité. Ils comprennent également une somme déboursée par l'assuré relativement à des réservations pour des arrangements terrestres habituellement compris dans un voyage à forfait, que les réservations soient effectuées par l'assuré ou par une agence de voyage, de même qu'une somme déboursée par l'assuré relativement aux frais d'inscription pour une activité à caractère commercial.
- e) 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.
- f) 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 la personne assurée 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.

Demande de prestations pour l'assurance annulation

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

- les titres de transport inutilisés;
- les reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires;
- les reçus pour les arrangements terrestres et autres déboursés. Les reçus doivent inclure les contrats émis officiellement par l'intermédiaire d'un agent de voyages ou d'un commerce accrédité dans lesquels il est fait mention des montants non remboursables en cas d'annulation. Une preuve écrite de la demande de l'assuré à cet effet de même que les résultats de sa demande doivent être transmis à l'Assureur;

- les documents officiels attestant la cause de l'annulation. Si l'annulation est attribuable à des raisons médicales, l'assuré doit fournir un certificat médical rempli par un médecin habilité par la loi et pratiquant dans la localité où survient la maladie ou l'accident; le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet qui confirme la nécessité par l'assuré d'annuler, de retarder ou d'interrompre son voyage;
- le rapport de police lorsque le retard du moyen de transport utilisé par l'assuré est causé par un accident de la circulation ou la fermeture d'urgence de la route;
- le rapport officiel émis par les autorités concernées portant sur les conditions atmosphériques;
- la preuve écrite émise par l'organisateur officiel de l'activité à caractère commercial confirmant que l'événement est annulé et indiquant les raisons précises de l'annulation de l'événement;
- tout autre rapport exigé par l'Assureur et permettant de justifier la demande de prestations de l'assuré.

POUR JOINDRE LA CAPITALE

Québec

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

Montréal

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

Numéro sans frais : 1 800 463-4856

Application mobile La Capitale

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.

005492-retraités 2015 (2017-06-19)mc

