



La Capitale

Assurances et
gestion du patrimoine

Valoriser l'essentiel

Contrat 006925

**Association des procureurs
aux poursuites criminelles et pénales (Actifs)**

Régime en vigueur le 1^{er} novembre 2016

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

assuré par



La Capitale

Assurances et
gestion du patrimoine

Contrat 006925

Association des procureurs
aux poursuites criminelles et pénales (Actifs)

Régime en vigueur le 1^{er} novembre 2016

Avec la collaboration de



L'Association des procureurs aux poursuites criminelles et pénales, en collaboration avec Samson Groupe Conseil et La Capitale assurances et gestion du patrimoine, a le plaisir de vous présenter cette brochure qui vous décrit l'essentiel des garanties dont vous fait bénéficier le programme d'assurance collective offert aux procureurs aux poursuites criminelles et pénales.

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

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 au bureau de votre association ou 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

Renseignements
généraux

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	5
1. Admissibilité	5
2. Adhésion à l'assurance et exemption	5
3. Protection d'assurance	7
4. Définitions	8
5. Bénéficiaire	12
6. Prolongation de la protection des personnes à charge suite au décès de l'adhérent	13
7. Prolongation en cas de transformation de l'assurance vie	13
8. Droit de transformation	13
9. Exonération des primes	15
10. Continuation de l'assurance en cas d'interruption de travail	16
11. Terminaison de l'assurance	18
12. Modification au contrat	19
13. Procédure pour réclamer	19

Régime
d'assurance vie

Régime d'assurance
maladie

RÉGIME D'ASSURANCE VIE	21
1. Assurance vie de base de l'adhérent (obligatoire)	21
2. Assurance mort et mutilation accidentelles (obligatoire)	21
3. Assurance vie de base du conjoint et des enfants à charge (adhésion obligatoire)	23
4. Assurance vie additionnelle (adhésion facultative)	23
5. Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale	23
6. Exclusions s'appliquant au point 4	24

Régime d'assurance
salariaire longue durée

Assurance voyage

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE (OBLIGATOIRE)	25
1. Frais d'hospitalisation	25
2. Frais de séjour dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée	25
3. Centre de réadaptation	25
4. Assurance voyage	26
5. Assurance annulation de voyage	26
6. Médicaments	26
7. Autres frais admissibles remboursés à 75 %	28
8. Exclusions et réduction du régime	32

Assurance
annulation de voyage

La Capitale répond
à vos questions

RÉGIME D'ASSURANCE SALAIRE LONGUE DURÉE (OBLIGATOIRE)	35
1. Délai de carence	35
2. Période de prestations	35
3. Dispositions applicables aux employés saisonniers et aux employés occasionnels engagés pour une période égale ou supérieure à 12 mois.	36
4. Montant de la prestation	36
5. Réadaptation	38
6. Indexation	39
7. Exclusions et réduction	39
8. Supplément aux prestations d'assurance-emploi ou de l'assurance parentale en raison de grossesse	40
ASSURANCE VOYAGE	41
ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE	49
LA CAPITALE RÉPOND À VOS QUESTIONS	55

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. Admissibilité

PROCUREURS

Ce sont les conditions de travail qui déterminent quels sont les procureurs qui sont admissibles à l'assurance ainsi que la date du début de leur admissibilité. Le délai est de 1 mois de service continu ou tout autre délai tel que spécifié dans le document sur les conditions de travail. Le procureur dont la semaine normale de travail est de 25 % et moins du temps complet n'est pas admissible à l'assurance. Le procureur en préretraite totale n'est plus admissible au régime d'assurance salaire longue durée.

PERSONNES À CHARGE

Le conjoint ou l'enfant à charge d'un procureur est admissible à l'assurance soit à la même date que le procureur, s'il est déjà un conjoint ou un enfant à charge, soit à la date à laquelle il le devient.

2. Adhésion à l'assurance et exemption

Le procureur admissible adhère obligatoirement aux régimes suivants en fonction de la protection choisie :

- assurance vie de base de l'adhérent (protection individuelle ou familiale s'il a des personnes à charge admissibles) ;
- assurance mort ou mutilation accidentelles (MMA) de l'adhérent ;
- assurance salaire longue durée ;
- assurance vie de base du conjoint et des enfants à charge ;
- assurance maladie (protection individuelle, familiale ou monoparentale, selon les personnes à charge admissibles) ;

L'adhésion à ce régime est également obligatoire pour les personnes à charge admissibles.

Un procureur ou ses personnes à charge peuvent toutefois, moyennant un avis écrit à son employeur, refuser ou cesser d'adhérer au régime d'assurance maladie, à la condition qu'ils attestent, à la satisfaction de l'Assureur, être assurés en vertu d'un régime d'assurance collective comportant des protections similaires. Ils doivent toutefois adhérer au régime d'assurance maladie aussitôt que la protection en vertu de l'autre contrat collectif se termine en établissant à la satisfaction de l'Assureur qu'il est devenu impossible qu'ils continuent à être assurés en vertu dudit contrat.

Il est également possible pour un adhérent sans enfant à charge dont le conjoint est âgé de 65 ans ou plus de changer, pour la garantie d'assurance maladie, sa protection familiale en une protection individuelle. Un adhérent qui effectue un tel choix ne pourra modifier sa protection individuelle par la suite.

De plus, tout procureur de 65 ans ou plus ou tout procureur ayant une personne à sa charge âgée 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 procureur qui désire assurer lesdits médicaments doit compléter une demande d'adhésion pour lui et les personnes à sa charge, le cas échéant, avant l'expiration d'un délai de 31 jours suivant la première des dates suivantes :

- a) la date à laquelle il atteint 65 ans ;
- b) la date à laquelle la plus âgée de ses personnes à charge atteint 65 ans.

Dans un tel cas, l'adhérent doit payer la prime additionnelle selon le nombre d'assurés âgés de 65 ans ou plus dans la famille. L'adhérent qui atteint 65 ans après la date mentionnée à l'alinéa b) ci-dessus et dont le conjoint est assuré par le régime collectif pour les médicaments, doit également assurer lesdits médicaments pour lui-même en vertu du présent contrat s'il souhaite maintenir la protection du conjoint.

Si l'adhérent choisit de s'assurer auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec pour les médicaments, son conjoint doit également s'y assurer.

Aucune demande d'adhésion ne sera acceptée après l'expiration du délai de 31 jours mentionné précédemment.

L'adhésion aux régimes suivants est facultative :

- assurance vie additionnelle de l'adhérent ;
- assurance vie additionnelle du conjoint ;
- assurance vie additionnelle des enfants à charge.

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

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

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

3. Protection d'assurance

Le régime d'assurance maladie est sujet à un des choix ci-dessous, sous réserve des dispositions relatives à l'adhésion :

- 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 de base de l'adhérent est sujet à un des choix ci-dessous :

- a) protection individuelle si l'adhérent est assuré selon une protection individuelle en vertu du régime d'assurance maladie;
- b) protection familiale si l'adhérent est assuré selon une protection familiale ou monoparentale en vertu du régime d'assurance maladie;

Un adhérent exempté du régime d'assurance maladie de base est automatiquement assuré selon une protection familiale.

Le régime d'assurance vie de base du conjoint et des enfants à charge est sujet à un des choix ci-dessous :

- a) protection familiale (couvrant le conjoint de l'adhérent et ses enfants à charge) si l'adhérent est assuré selon une protection familiale en vertu du régime d'assurance maladie;

Un adhérent exempté du régime d'assurance maladie détient automatiquement une protection familiale en vertu de la présente garantie.

- b) protection monoparentale (couvrant les enfants à charge de l'adhérent) si l'adhérent est assuré selon une protection monoparentale en vertu du régime d'assurance maladie;

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

Tout changement futur à la 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.

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 ;
- c) à la naissance d'un enfant à charge ou à son adoption si vous êtes déjà couvert par une protection familiale ou monoparentale.

Le régime d'assurance vie additionnelle du conjoint et des enfants à charge ne peut être obtenu que si ceux-ci sont couverts par le régime d'assurance vie de base.

4. Définitions

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

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

- **Procureur**: un avocat au sens de la loi et du règlement sur les procureurs aux poursuites criminelles et pénales.

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.

ASSURÉ

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

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

Il est toutefois précisé que l'un des événements suivants, selon le cas, fait perdre ce statut 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 un adhérent a un conjoint répondant à la définition en i) et un autre conjoint répondant à la définition en ii) ou iii), l'Assureur reconnaîtra comme conjoint celui que l'adhérent lui aura désigné par avis écrit. Le conjoint doit être le même pour toutes les garanties du contrat.

ENFANT À CHARGE

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

- i) une personne âgée de moins de 18 ans à l'égard de laquelle l'adhérent ou son conjoint exerce l'autorité parentale. Toutefois, une telle personne est considérée enfant à charge jusqu'à son 21^e anniversaire de naissance à la condition qu'elle n'ait pas de conjoint et que l'adhérent ou son conjoint subviene à ses besoins dans une large mesure ;

- 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 le participant ou son conjoint exercerait l'autorité parentale si elle était mineure ;
- iii) une personne majeure domiciliée chez le participant, sans conjoint, à l'égard de laquelle le participant 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 alors qu'elle satisfait à l'une ou l'autre des conditions précédentes et qu'elle est demeurée totalement et continuellement invalide depuis cette date.

La notion d'autorité parentale à l'égard d'une personne autre qu'un enfant du participant 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.

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.

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

Durant le délai de carence du régime d'assurance salaire longue durée et les 78 semaines qui suivent :

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

Par la suite :

Par invalidité, on entend un état d'incapacité résultant d'une maladie, y compris un accident, une complication d'une grossesse ou une intervention chirurgicale liée directement à la planification des naissances, nécessitant des soins médicaux et/ou traitements administrés par un professionnel reconnu et oeuvrant dans le domaine de la santé et qui rend l'assuré totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi.

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 D'INVALIDITÉ***Durant les 52 premières semaines :***

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

Par la suite :

Des périodes successives d'invalidité interrompues par moins de 30 jours continus de travail effectif à temps complet au cours de la période où sont versées les prestations du régime d'assurance traitement de l'employeur ou interrompues par moins de 6 mois d'emploi continu à temps complet au cours de la période commençant à la fin du versement des prestations du régime d'assurance traitement de l'employeur seront considérées comme le prolongement de la même période d'invalidité à moins que l'invalidité subséquente ne soit causée par une maladie ou une blessure absolument sans rapport avec la cause de l'invalidité antérieure et ne débute après le retour de l'adhérent au travail à temps complet.

TRAITEMENT

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

Toutefois, pour le calcul de la cotisation au régime de retraite auquel le procureur totalement invalide participe, le traitement est défini de la façon suivante :

Pendant le délai de carence du régime d'assurance salaire longue durée et les 78 semaines qui suivent, le traitement est celui qui sert de base au calcul de la prestation d'assurance-traitement versée par l'employeur. Par la suite, le traitement est celui déterminé à la fin de la période décrite précédemment, ajusté le 1er janvier de chaque année civile qui suit par plus de 6 mois la fin de ladite période, selon un pourcentage correspondant au moins élevé entre :

- Les modalités d'indexation prévues le 1^{er} janvier concerné pour les rentes de retraite payables en vertu du Régime de rentes du Québec ;
- 3% ; et
- Le pourcentage de variation de l'échelle de traitement des procureurs qui est applicable à l'égard de l'année qui précède le 1^{er} janvier concerné.

L'ajustement du traitement est révisé lorsque le pourcentage de variation de l'échelle de traitement des procureurs est effectué de façon rétroactive.

VOYAGE

Voyage touristique, voyage d'agrément, voyage d'affaires ou activité à caractère commercial comportant une absence de l'assuré de sa province de résidence.

Aux fins de la garantie d'assurance annulation, un voyage est un voyage touristique, un voyage d'agrément, un voyage d'affaires ou une activité à caractère commercial comportant le séjour de l'assuré pour un minimum d'une (1) nuit à destination, et ce, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de sa province de résidence.

5. Bénéficiaire

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

6. Prolongation de la protection des personnes à charge suite au décès de l'adhérent

Au décès d'un adhérent, l'assurance vie de base et l'assurance maladie de ses personnes à charge sont prolongées sans paiement de prime jusqu'à la plus proche des dates suivantes :

- La date coïncidant avec la fin d'une période de 12 mois suivant immédiatement le décès de l'adhérent ;
- La date à laquelle l'assurance des personnes à charge aurait pris fin n'eût été le décès de l'adhérent ;
- La date de résiliation du contrat ou de la garantie.

7. Prolongation en cas de transformation de l'assurance vie

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

8. Droit de transformation

Assurance vie de base de l'adhérent, assurance vie des personnes à charge et assurance vie additionnelle

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

Le droit de transformation permet à tout assuré qui bénéficie du régime d'assurance maladie d'obtenir, sans preuves d'assurabilité, par un contrat distinct, une protection d'assurance maladie, aux taux et conditions fixés par l'Assureur et alors en vigueur pour ce genre de protection, à condition d'en faire la demande par écrit à l'Assureur dans les 31 jours de l'un des événements suivants :

- l'adhérent assuré cesse d'être admissible à la présente assurance avant la terminaison du contrat. Le droit de transformation peut alors être exercé par l'adhérent assuré pour lui-même, son conjoint et ses enfants à charge, s'il les protégeait ;
- l'adhérent prend sa retraite ;
- un conjoint ou un enfant à charge cesse d'être un conjoint ou un enfant à charge au sens du contrat ;
- la fin de la période de prolongation de la protection des personnes à charge suite au décès de l'adhérent.

9. Exonération des primes

Assurance vie et assurance mort et mutilation accidentelles

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

Assurance salaire longue durée

Si un adhérent est atteint d'invalidité alors que cette garantie est en vigueur, l'Assureur renonce au paiement de toute prime à son égard qui vient à échéance après l'expiration des jours de congés-maladie accumulés par l'adhérent. Cette protection se termine au 62^e anniversaire de l'adhérent. La mise à la retraite pour cause d'invalidité n'est pas considérée comme une terminaison de l'assurance.

Note : Un adhérent invalide, participant à un programme de réadaptation ou faisant l'objet d'un retour progressif tel que prévu dans le document sur les conditions de travail, continue de bénéficier de l'exonération de primes des garanties d'assurance vie de base de l'adhérent, d'assurance mort et mutilation accidentelles et d'assurance salaire de longue durée.

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

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

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

- b) Dans le cas d'un congé non payé, d'une suspension ou d'une mise à pied temporaire d'une durée inférieure à 30 jours, l'ensemble des régimes de l'adhérent est automatiquement maintenu en vigueur et les primes afférentes doivent continuer à être versées à l'Assureur. Cependant, l'adhérent peut choisir de suspendre l'ensemble de ses régimes, **à l'exception du régime d'assurance maladie**, pendant la durée de son congé sans solde à condition qu'il en fasse la demande avant le début de son congé sans solde. Dans ce dernier cas, ses régimes reprennent automatiquement dès son retour effectif au travail avec traitement.
- c) Lorsqu'un adhérent est congédié et conteste son congédiement par tout recours approprié, le régime d'assurance maladie est maintenu et la prime totale (employé, employeur) est payable par l'adhérent. Ce dernier peut maintenir en vigueur ses autres régimes, à la condition d'en faire la demande écrite à l'Assureur dans les 31 jours qui suivent le congédiement ou la suspension et en payant la prime totale. Si l'adhérent perd son recours, l'assurance prend fin à la date où la décision finale est rendue.
- d) Dans le cas d'une préretraite totale, l'ensemble des garanties de l'adhérent est automatiquement maintenu en vigueur à l'exception de la garantie d'assurance salaire longue durée, et les primes afférentes aux garanties maintenues doivent continuer à être versées à l'Assureur. Advenant un retour au travail, le régime d'assurance salaire longue durée reprend automatiquement sans preuves d'assurabilité.

- e) Dans le cas d'une préretraite graduelle, l'ensemble des garanties de l'adhérent est automatiquement maintenu en vigueur et les primes afférentes doivent continuer à être versées à l'Assureur. Cependant, un tel adhérent peut être exempté totalement ou partiellement du régime d'assurance salaire longue durée à la condition d'en faire la demande à l'Assureur dans les 30 jours qui suivent la prise d'effet de la préretraite graduelle. Si l'adhérent est exempté partiellement, il continue de verser la prime à 100 % de son traitement et l'Assureur rembourse ensuite à l'adhérent la prime payée en trop à raison de 3 fois par année.

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

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

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

11. Terminaison de l'assurance

- a) L'assurance de tout adhérent se termine à la première des dates suivantes :
- la date de terminaison du contrat ou pour chacune des garanties, leur date de terminaison respective :
 - assurance vie de base de l'adhérent, assurance mort ou mutilation accidentelles de base de l'adhérent : à la retraite de l'adhérent ;
 - assurance vie additionnelle de l'adhérent : à 70 ans ou à la retraite de l'adhérent si antérieure ;
 - assurance maladie : à la retraite de l'adhérent ou, pour un adhérent invalide, à la date de la cessation du lien d'emploi si antérieure à la retraite ;
 - assurance salaire longue durée : à la date où l'âge de l'adhérent + le délai de carence totalisent 62 ans ou à la retraite de l'adhérent si antérieure ;
 - la date à laquelle il cesse de remplir les conditions d'admissibilité ;
 - la date à laquelle l'adhérent quitte son emploi.
- b) L'assurance du conjoint ou d'un enfant à charge se termine à la première des dates suivantes :
- la date de terminaison du contrat ou pour chacune des garanties, leur date de terminaison respective :
 - assurance vie de base du conjoint et des enfants à charge : à la retraite de l'adhérent ;
 - assurance vie additionnelle du conjoint et des enfants à charge : au 70^e anniversaire de l'adhérent ou à sa retraite si antérieure ;
 - assurance maladie : à la retraite de l'adhérent ou, pour un adhérent invalide, à la date de cessation du lien d'emploi si antérieure à la retraite ;
 - la date de terminaison de l'assurance de l'adhérent ;
 - la date à laquelle une personne cesse d'être un conjoint ou un enfant à charge ;
 - la date de réception par l'Assureur de l'avis écrit d'un adhérent qui désire s'assurer avec la protection individuelle ;
 - dans le cas du conjoint, la date de réception par l'Assureur de l'avis écrit d'un adhérent qui désire s'assurer avec la protection monoparentale.

12. 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, qu'elles soient actives, invalides ou retraitées.

13. 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 plus 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 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 encourus. L'adhérent doit conserver ses copies de reçus car les originaux ne sont pas retournés. En ce qui concerne les frais d'hospitalisation, l'adhérent présente sa carte de services à l'hôpital, lequel fera parvenir par la suite la demande de prestations 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'adhérent. Toute demande de prestations doit être présentée à l'Assureur dans les 12 mois qui suivent la date où les frais ont été encourus.

Assurance vie

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

Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale

L'adhérent doit présenter sa demande à l'Assureur qui lui fera parvenir le formulaire « Demande de paiement anticipé d'assurance vie de l'adhérent » sur lequel apparaîtra le montant maximal auquel l'adhérent est admissible en vertu du paiement anticipé. L'adhérent doit compléter ledit formulaire, obtenir le consentement de son bénéficiaire, joindre le rapport médical attestant sa condition puis retourner le tout à l'Assureur. Les conditions applicables pour le paiement anticipé sont décrites au point 5 de la page 23.

Assurance salaire longue durée

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

RÉGIME D'ASSURANCE VIE

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

Au décès d'un adhérent, l'Assureur paie au bénéficiaire une indemnité égale à :

Protection détenue *	Indemnité
Individuelle	1 x le traitement annuel de l'adhérent
Familiale	2 x le traitement annuel de l'adhérent

* Veuillez vous référer à la page 7 pour connaître la protection détenue.

Le tout est sujet à un maximum de 350 000 \$ haussé à 500 000 \$ si des preuves d'assurabilité ont été présentées à la satisfaction de l'Assureur. La somme payable est réduite de 50 % à l'âge de 65 ans. Cette protection se termine à la date de la mise à la retraite de l'adhérent, sous réserve de son adhésion au régime des retraités.

2. Assurance mort et mutilation accidentelles (obligatoire)

Si un adhérent n'ayant pas opté pour sa retraite, 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 une indemnité égale au pourcentage indiqué ci-après du montant d'assurance vie de base payable au décès de l'adhérent. L'indemnité pour un même accident ou pour plus d'un accident survenant au cours d'une seule et même période de 365 jours est limitée à 100 % du montant d'assurance vie de base payable au décès de l'adhérent, sauf dans les cas de quadriplégie, de paraplégie et d'hémiplégie où l'indemnité est alors limitée à 200 % du montant d'assurance vie de base

Perte	Pourcentage
- quadriplégie	200 %
- paraplégie	200 %
- hémiplégie	200 %
- de la vie	100 %
- de la vue complète des deux yeux	100 %
- des deux mains ou des deux pieds	100 %

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

Exclusions et réduction

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 la participation de l'adhérent à une insurrection réelle ou appréhendée.
- En raison d'une tentative de suicide ou de suicide de l'adhérent, ou d'une blessure ou d'une mutilation que l'adhérent s'est volontairement infligée, qu'il soit sain d'esprit ou non.
- Lors de sa participation à un acte criminel ou réputé tel, y compris le fait de conduire un véhicule moteur avec un taux d'alcoolémie qui dépasse la limite permise par la loi en vigueur au lieu de l'accident.
- 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.
- Suite à un traitement médical ou dentaire, à une intervention chirurgicale ou une anesthésie.
- Lors de la conduite d'un véhicule, bateau ou aéronef sous l'effet de drogue ou de médicaments pris non conformément à la prescription ou à la posologie recommandée par le fabricant.

3. Assurance vie de base du conjoint et des enfants à charge (*adhésion obligatoire*)

Le montant payable au décès d'un conjoint ou d'un enfant à charge assurés âgé de plus de 24 heures est égal à 10 000 \$. Cette protection se termine au plus tard à la date de la mise à la retraite de l'adhérent sous réserve de son adhésion au régime des retraités.

4. Assurance vie additionnelle (*adhésion facultative*)

Adhérent

L'adhérent peut souscrire, s'il le désire, de une à 20 tranches d'assurance vie additionnelle, chaque tranche étant égale à $\frac{1}{2}$ fois le traitement annuel. Le tout est sujet à un maximum de 1 500 000 \$ moins le montant détenu en assurance vie de base. Cette protection est réduite de 50 % à l'âge de 65 ans et se termine au plus tard lorsque l'adhérent atteint l'âge de 70 ans ou à la date de sa mise à la retraite si antérieure. Cette protection est sujette à des preuves d'assurabilité selon les normes en vigueur chez l'Assureur au moment de l'adhésion à cette garantie ou de l'ajout d'une nouvelle tranche d'assurance vie additionnelle. Voir « Exclusions » au point 6.

Conjoint et enfant à charge

De plus, un adhérent peut souscrire, sur la vie de son conjoint et de ses enfants à charge, à la condition qu'il participe à l'assurance vie de base du conjoint et des enfants à charge, un montant égal à :

- 1 à 20 tranches de 10 000 \$, maximum 200 000 \$ s'il s'agit du conjoint. Cette protection est réduite de 50 % lorsque l'adhérent atteint 65 ans.
- 1 à 5 tranches de 10 000 \$, maximum 50 000 \$ s'il s'agit d'un enfant à charge (âgé de plus de 24 heures).

Cette protection est sujette à des preuves d'assurabilité selon les normes en vigueur chez l'Assureur au moment de l'adhésion à cette garantie ou de l'ajout d'une nouvelle tranche d'assurance vie additionnelle. Voir « Exclusions » au point 6.

5. Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale

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

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

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

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

6. Exclusions s'appliquant au point 4

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

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

(Obligatoire)

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.

Les frais décrits aux points 1, 2, 3, 4 et 5 sont exempts de franchise et remboursés à 100 %.

1. 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 limite quant au nombre de jours, pourvu que l'hospitalisation ait débuté en cours d'assurance.

2. 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 un régime étatique d'assurance, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre semi-privée pourvu que l'occupation d'une telle chambre ait débuté en cours d'assurance. 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.

3. Centre de réadaptation

Les frais d'occupation d'une chambre, repas compris, pendant au moins 12 heures consécutives, dans un centre de réadaptation au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et excédant les frais payables par un régime étatique d'assurance, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre semi-privée, 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. Cependant, ces frais sont limités à une période maximale de 180 jours par invalidité.

4. Assurance voyage

(Voir description de la garantie à la page 41).

5. Assurance annulation de voyage

(Voir description de la garantie à la page 49).

FRANCHISE ANNUELLE :

Les frais décrits aux points 6 et 7 sont remboursés après déduction d'une franchise par année civile de 50 \$ pour l'adhérent détenant une protection individuelle, de 100 \$ pour l'adhérent et ses personnes à charge couverts par une protection monoparentale et de 150 \$ pour l'adhérent et ses personnes à charge couverts par une protection familiale. *Dans le cas d'un nouvel adhérent, la pleine franchise est applicable pour l'année civile au cours de laquelle l'assurance dudit adhérent débute.*

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

6. Médicaments

Frais remboursés à 75 % après déduction de la franchise. Toutefois, si le total des frais admissibles excède 2 400 \$ par année civile pour l'adhérent et ses personnes à charge, le cas échéant, l'excédent est remboursable à 100 %.

- a) 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, ces services et médicaments ne sont pas couverts dans le cas d'un adhérent âgé de 65 ans ou plus et ses personnes à charge ou dans le cas d'une personne à charge de 65 ans ou plus, à moins que l'adhérent n'en ait fait la demande expressément.
- b) Sous réserve des exclusions apparaissant ci-après l'Assureur rembourse les médicaments, autres que ceux mentionnés au paragraphe précédent, 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 ne peuvent être obtenus que sur ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste ; 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.

EXCLUSIONS

- les médicaments codés « V » ou « Z » dans la liste de médicaments de l'AQPP ;
- les produits considérés comme étant des procureurs de nourriture, les produits cosmétiques, savons, huiles de teint, émoullients épidermiques, shampoings et autres produits pour le cuir chevelu ;
- les substances ou aliments diététiques ;
- les médicaments homéopathiques ;
- les médicaments administrés principalement à titre préventif ; aux fins de cette exclusion, un médicament servant à stabiliser ou régulariser un état pathologique diagnostiqué par un médecin n'est pas considéré un médicament préventif ;
- les produits contre la calvitie, les rides ou tout autre traitement administré principalement à des fins esthétiques, sauf si nécessités à la suite d'un accident ;
- les produits antitabac ;
- les médicaments ou substances servant au traitement de l'impuissance, sous réserve du point c) ;
- 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 Preneur, d'exclure ledit médicament de la garantie s'il ne fait pas partie de la liste de la Régie de l'assurance maladie du Québec ou de modifier la prime à compter de la date de l'approbation.

- c) Les **médicaments contre la dysfonction érectile** à la suite d'une opération de la prostate, vendus par un pharmacien ou un médecin dûment autorisé, jusqu'à concurrence de 1 000 \$ de frais admissibles par année civile, par assuré.

7. Autres frais admissibles remboursés à 75%

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

- Les frais d'achat d'un **stérilet**.
- Les honoraires **d'infirmiers licenciés ou d'infirmiers auxiliaires** membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative pour des soins médicaux donnés à l'extérieur de l'hôpital, à l'exclusion des 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 15 000 \$ de frais admissibles par période de 36 mois consécutifs, par assuré.
- Les frais **d'oxygène** et la location du matériel qui sert à l'administrer, le **sang et le plasma sanguin**, à l'exception des frais pour la conservation ou la congélation de sang et de plasma.
- Les frais pour **échographies** pour fins de prévention ou de diagnostic effectués à l'extérieur du centre hospitalier, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 500 \$ par année, par assuré.
- Les frais de location **d'appareils thérapeutiques**, sujets à un maximum viager de 12 500 \$ de frais admissibles par assuré.
- Les frais de location ou d'achat d'un modèle de base, lorsque ce dernier mode est jugé plus économique par l'Assureur, d'un **fauteuil roulant ou d'un lit de type hospitalier**.
- Les frais pour l'achat ou de remplacement d'un **membre artificiel** pour une perte survenue en cours d'assurance.
- Les frais de location, de remplacement ou d'achat de **pansements, prothèses externes** (sauf les prothèses dentaires), **béquilles, attelles, plâtres, supports, bandes herniaires, corsets orthopédiques et autres appareils orthopédiques**.
- 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, sujets à un maximum 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.
- Les frais d'achat d'une **prothèse mammaire** nécessaire suite à une mastectomie radicale, en excédent du montant versé par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

- Les honoraires **d'audiologistes, d'orthophonistes et d'ergothérapeutes**, s'ils sont membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative, jusqu'à concurrence de 750 \$ de frais admissibles par année civile par assuré. Un seul traitement par jour pour le même assuré est sujet à prestation.
- Les frais d'achat d'une **prothèse capillaire** nécessaire à la suite à des traitements de chimiothérapie.
- Les frais d'achat de **lunettes ou lentilles cornéennes** rendues nécessaires suite à une opération de la cataracte.
- Le coût initial ou le coût de remplacement de **chaussures orthopédiques ou orthèses podiatriques** fabriquées sur mesure pour l'assuré, par un laboratoire orthopédique spécialisé, licencié en vertu de la Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q. ch. P.35), jusqu'à concurrence de 625 \$ de frais admissibles par année civile, par assuré.
- Les frais d'achat de **chaussures correctrices**, vendues par un laboratoire orthopédique spécialisé, licencié en vertu de la Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q. ch. P.35) jusqu'à concurrence de 250 \$ de frais admissibles par année civile, par assuré.
- Les frais pour la substance utilisée pour les **injections sclérosantes** requises médicalement et administrées par un médecin jusqu'à concurrence de 25 \$ de frais admissibles par traitement et de 15 traitements par année civile par assuré.
- Les frais d'achat d'un appareil destiné au contrôle du diabète (**glucomètre, dextromètre** ou tout appareil du même genre) et de la mallette permettant son déplacement, sur présentation d'un rapport complet du médecin traitant attestant que l'assuré est insulino-dépendant jusqu'à concurrence de 300 \$ de frais admissibles par période de 60 mois consécutifs, par assuré.
- 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 assuré.
- 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, jusqu'à concurrence de 80 \$ de frais admissibles par jour et de 2 500 \$ de frais admissibles viager par assuré.
- Les frais d'achat de **bas de soutien**, jusqu'à concurrence de 4 paires par année civile par assuré.
- Les frais pour des **travaux de transformation du domicile ou du véhicule** de l'assuré, rendus nécessaires lorsque, suite à un événement survenu alors que cette assurance est en vigueur, l'assuré est contraint à l'utilisation permanente d'un fauteuil roulant, jusqu'à concurrence de 3 000 \$ de frais admissibles viager.

- Les frais de **résonances magnétiques** effectuées à l'extérieur d'un centre hospitalier pour fins de diagnostic, jusqu'à concurrence de 800 \$ de frais admissibles par année civile, par assuré.
- Les frais d'achat d'un **neuro-stimulateur percutané** pour les nerfs seulement, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 1 000 \$ par année civile, par assuré.
- 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. Toutefois, le maximum de remboursement est limité à 6 000 \$ par période de 5 années consécutives par assuré.
- **Protection Multiservices** - soins et services à domicile

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

- a) Les honoraires pour des services d'aide à domicile, facturés par un organisme spécialisé, pour se laver, se nourrir, se vêtir et pourvoir à ses besoins élémentaires d'hygiène.
- b) Les frais de séjour dans une maison d'hébergement spécialisée dans les soins après hospitalisation.
- c) 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.
- d) Les honoraires pour des services de garde d'enfants mineurs, dispensés par une personne autre qu'un proche parent de l'assuré.
- e) 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.

Pour obtenir les services décrits aux points a) et b), nous vous recommandons de communiquer avec notre service de références dont les numéros sont indiqués ci-après. 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, centre hospitalier, etc.).

- **Montréal :** **514 286 8330**
- **Ligne sans frais :** **1 800 206 1291**

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

- Les honoraires de **physiothérapeutes ou de thérapeutes en réadaptation physique** exerçant sous le contrôle de physiothérapeutes ou de psychiatres, s'ils sont membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative, jusqu'à concurrence de 750 \$ de frais admissibles par année civile, par assuré, pour l'ensemble de ces spécialistes. Un seul traitement par jour pour le même assuré est sujet à prestation.
- Les honoraires de **chiropraticiens** incluant les radiographies, membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative, jusqu'à concurrence de 750 \$ de frais admissibles par année civile par assuré. Un seul traitement par jour pour le même assuré est sujet à prestation.
- Les honoraires de **podiatres, ostéopathes, naturopathes, homéopathes, acupuncteurs, diététistes, travailleurs sociaux, orthothérapeutes**, s'ils sont membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative ou à défaut, d'une association professionnelle reconnue par l'Assureur, jusqu'à concurrence de 750 \$ de frais admissibles par année civile, par assuré, par spécialité. Un seul traitement par jour pour le même assuré est sujet à prestation.
- Les honoraires de **psychanalystes et psychologues**, membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative, à raison d'une visite par jour, jusqu'à concurrence de 750 \$ de frais admissibles par année civile, par assuré, par spécialité.
- Les honoraires de **massothérapeutes et de kinésithérapeutes**, membres en règle d'une association professionnelle reconnue par l'Assureur jusqu'à concurrence de 750 \$ de frais admissibles par année civile, par assuré, pour l'ensemble de ces spécialités.
- Les honoraires d'un **dentiste** pour le traitement d'une mâchoire fracturée ou de lésions à des dents saines, naturelles et vivantes, subies du fait d'un accident survenu en cours d'assurance à condition que les services aient été rendus dans les 12 mois de la date de l'accident. Cependant, s'il existe plus d'un type de traitement pour la condition dentaire de l'assuré, l'Assureur rembourse les frais pour le traitement normal et approprié le moins dispendieux.
- 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.

8. Exclusions et réduction du régime

Sous réserve des dispositions de la Loi sur l'assurance-médicaments, sont exclus de la présente garantie les produits et services décrits 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 de n'importe quel pays ;
- en raison d'une guerre déclarée ou non, ou de participation active à une insurrection réelle ou appréhendée ;
- par suite de sa participation à un acte criminel ou réputé tel ;
- pour tout soin, service ou fourniture de nature expérimentale ;
- pour tout ticket modérateur, franchise ou coassurance exigé par tout régime public sur des produits ou services admissibles en vertu de la présente garantie.

Pour la garantie d'assurance voyage, les exclusions et réduction stipulées aux pages 45 et 46 s'appliquent en plus de celles stipulées au présent article.

Pour la garantie d'assurance annulation de voyage, les exclusions sont celles décrites aux pages 51 et 52.

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

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

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

Sur réception et approbation par l'Assureur des preuves établissant qu'un adhérent en vertu du contrat est devenu invalide et après épuisement du délai de carence, l'Assureur verse une prestation mensuelle dont le montant est défini ci-dessous.

1. Délai de carence

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

2. Période de prestations

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

- le dernier jour de la semaine au cours de laquelle l'adhérent atteint l'âge de 62 ans ;
- la cessation de l'invalidité totale ;
- la date où l'adhérent devient admissible à une rente de retraite sans réduction actuarielle comptant au moins 35 années de service créditées pour les fins de calcul au sens du régime de retraite auquel il participe ;
- la date de mise à la retraite de l'adhérent ;
- le défaut de produire des preuves de persistance de l'invalidité satisfaisantes à l'Assureur ;
- le refus de se soumettre à un examen médical tel que demandé par l'Assureur ;
- le décès de l'adhérent.

3. Dispositions applicables aux employés saisonniers et aux employés occasionnels engagés pour une période égale ou supérieure à 12 mois

EMPLOYÉS SAISONNIERS :

La rente mensuelle n'est payable qu'à l'égard des périodes d'emploi.

Le délai de carence et la période de prestations à l'égard de laquelle la rente est effectivement payée sont déterminés en tenant compte de la plus longue des périodes prévues ci-après :

- a) la période courante pour laquelle l'employé a effectivement été rappelé.
- b) la durée moyenne des 3 périodes les plus récentes pour lesquelles il a effectivement été rappelé.

EMPLOYÉS OCCASIONNELS :

Les modalités décrivant le calcul de la rente mensuelle versée par l'Assureur s'appliquent également à l'employé occasionnel admissible au régime. La rente mensuelle est établie comme si l'employeur avait versé des prestations d'assurance traitement, et ce, même si celles-ci cessent à la fin prévue du contrat de travail de l'employé occasionnel.

4. Montant de la prestation

- a) Lorsque la prestation d'assurance traitement versée par l'employeur à l'employé invalide est égale soit au 2/3 ou soit à 50 % de son traitement, le montant payable par l'Assureur est le complément nécessaire pour atteindre 75 % du traitement brut. C'est le même traitement qui sert de base au calcul des prestations de l'employeur et de l'Assureur. Finalement, lorsque l'employé invalide ne reçoit plus de prestation d'assurance traitement de l'employeur, le montant payable est égal à 60 % du traitement brut.
- b) À compter de la 4^e année d'invalidité, en plus de la prestation payable décrite précédemment à l'alinéa a), l'Assureur verse au régime de retraite de l'employeur auquel l'adhérent cotise, le double de la cotisation mensuelle que l'adhérent devrait normalement y verser. Le versement de cette cotisation par l'Assureur débute à la date à laquelle l'adhérent cesse d'être exonéré du paiement de cette cotisation en vertu de son régime de retraite. Aucun versement de cotisation n'est effectué après la date à laquelle l'adhérent commence à recevoir une rente de retraite en vertu dudit régime.

Lorsqu'un adhérent, répondant aux conditions d'admission à l'égard d'un employé atteint d'une maladie en phase terminale en vertu du régime de retraite auquel il participe, demande le remboursement de ses cotisations accumulées avec intérêts ou de la valeur présente de sa rente de retraite, l'Assureur cesse le versement de la cotisation à compter de la date de réception par la CARRA de la demande de remboursement de l'adhérent. Les dispositions applicables en cas de guérison partielle sont établies de façon ad hoc.

Dans tous les cas, le maximum mensuel payable est limité à 10 000 \$.

De plus, à compter de la 3^e année d'invalidité, la somme des prestations d'assurance salaire décrites ci dessus aux alinéas a) et b) et des prestations initiales nettes provenant d'autres sources ne peut excéder 90 % du traitement net de l'adhérent au début de son invalidité. Toutefois, aux fins du calcul de ce maximum de 90 %, le montant de la cotisation au régime de retraite, tel que prévu à l'alinéa b), est limité au montant d'une cotisation simple.

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

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

Le traitement initial de l'adhérent avant le début de l'invalidité est ajusté annuellement suivant les mêmes modalités que celles qui s'appliquent aux rentes payables en vertu du Régime de rentes du Québec, jusqu'à concurrence d'un maximum de 3 %, pour fins de coordination.

L'adhérent doit, à la demande de l'Assureur, faire parvenir une demande de prestations selon les Lois et régimes précités. À défaut par l'adhérent de s'exécuter, sur préavis écrit de 60 jours de l'Assureur, celui-ci pourra, pendant la durée où l'adhérent est en défaut, considérer les revenus qui pourraient être versés à l'adhérent à la suite d'une telle demande, comme provenant d'autres sources.

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

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

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

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

5. Réadaptation

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

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

Si le revenu de l'adhérent, provenant de la rente de réadaptation et de la rémunération au travail accompli au cours du programme de réadaptation excède 100 % du traitement net de base mensuel perçu de son employeur au début du délai de carence, la rente mensuelle de réadaptation est réduite de l'excédent. Pour fins du calcul, le traitement net de base est ajusté annuellement suivant les mêmes modalités que celles qui s'appliquent aux rentes payables en vertu du Régime de rentes du Québec, jusqu'à concurrence d'un maximum de 3 %.

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

Cette rente résiduelle est indexée selon les modalités prévues au point suivant et elle cesse au décès de l'adhérent, à son 62^e anniversaire de naissance ou à la date de mise à la retraite si antérieure.

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

6. Indexation

Lorsque l'adhérent ne reçoit plus de prestations d'invalidité de son employeur, la prestation versée par l'Assureur est indexée annuellement au 1^{er} janvier de chaque année, suivant les mêmes modalités que celles qui s'appliquent aux rentes payables en vertu du Régime de Rentes du Québec. Cependant, l'ajustement est limité à 3 %.

7. Exclusions et réduction

Aucune indemnité n'est payable à l'adhérent :

- 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 sa participation à un acte criminel ou réputé tel.
 - Pour une condition survenue alors que l'adhérent est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays.
 - En raison d'alcoolisme, de toxicomanie ou de jeu compulsif, sauf s'il s'agit d'une période d'invalidité pendant laquelle l'adhérent reçoit des traitements ou des soins médicaux continus en vue de sa 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 période d'invalidité totale durant laquelle l'adhérent 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.

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

Lorsqu'une adhérente autrement admissible à des prestations est visée par l'exclusion énoncée plus haut au point 6.b) concernant les congés de maternité et qu'elle reçoit des prestations d'assurance-emploi ou de l'assurance parentale en raison de grossesse, l'Assureur verse un supplément calculé comme étant la différence entre le montant des prestations d'assurance-emploi ou de l'assurance parentale et le montant auquel elle aurait eu droit si l'exclusion concernant les congés de maternité ne s'était pas appliquée.

ASSURANCE VOYAGE

IMPORTANT

En cas de départ à l'extérieur de votre province de résidence, vous devez communiquer avec l'Assisteur aux numéros 1 800 363-9050 ou 514 985-2281 **UNIQUEMENT** si vous souffrez d'une maladie ou d'une affection connue et que vous êtes incertain quant à votre état de santé ou dans l'attente de diagnostic (vous référer au point « Exclusion et réduction » ci-dessous).

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 6 mois consécutifs ; ce séjour peut être prolongé pour plus de 6 mois pourvu qu'il le soit en raison de la maladie ou de l'accident survenu au cours de la période de 6 mois et que le retour dans sa province de résidence soit impossible pour des raisons médicales justifiables.

Si le séjour excède 6 mois, l'adhérent peut maintenir son assurance, sous réserve qu'il présente à l'Assureur une demande écrite et à la condition qu'il demeure admissible aux régimes d'hospitalisation et d'assurance maladie du Québec.

Les prestations sont accordées en supplément et non en remplacement des prestations prévues par les programmes gouvernementaux. Le remboursement maximal par assuré est de 1 000 000 \$ viager.

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

Affectation à l'extérieur de la province de résidence

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

Frais de transport

- Les frais de transport par ambulance terrestre ou aérienne pour conduire l'assuré jusqu'à l'établissement médical adéquat le plus proche. Ce service comprend également le transfert entre centres hospitaliers lorsque le médecin traitant et l'assistant estiment que les installations existantes sont inadéquates pour traiter le patient ou stabiliser sa condition.
- Les frais de rapatriement de 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'assistant envoie une escorte médicale sur place pour accompagner l'assuré pendant le rapatriement. Le rapatriement doit être approuvé et planifié par l'assistant.
- Lorsque l'assuré est rapatrié ou transporté, l'assistant 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'assistant 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 1500 \$. 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 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'assistant.
- L'assistant prend les dispositions nécessaires pour le retour jusqu'à leur résidence, des enfants de moins de 18 ans accompagnant l'assuré si, par 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.

- 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 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 et ne soit en mesure de le faire. Le remboursement maximal est de 1 500 \$.
- 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 le coût de crémation ou de l'enterrement sur place, sous réserve d'un remboursement maximal de 3 000 \$.

Allocations de subsistance

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

SERVICE D'ASSISTANCE-VOYAGE

L'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'assisteuse se charge de transmettre les messages urgents lorsque l'assuré est dans l'impossibilité de les transmettre lui-même.
- L'assisteuse assume l'acheminement, dans la limite du possible, de médicaments indispensables à la poursuite d'un traitement en cours, dans le cas où il est impossible de se les procurer sur place ou d'obtenir leur équivalent. Dans tous les cas, les médicaments sont payés par l'assuré pour ensuite être remboursés par l'Assureur si admissibles.
- Sur présentation de pièces justificatives, l'assisteuse rembourse à l'assuré les frais d'appels téléphoniques et autres frais de communication encourus pour avoir accès à ces services en cas de difficulté à l'étranger.
- L'assisteuse fournit sur demande d'un assuré, toute information nécessaire en cas de problèmes importants durant le voyage de celui-ci par suite de la perte de son passeport, visa, carte de crédit, etc.
- L'assisteuse offre à l'assuré en difficulté à l'étranger un service téléphonique d'interprètes polyglottes.
- Lorsque l'assuré fait l'objet de poursuites judiciaires à la suite d'un accident de la circulation, d'infraction au Code de la sécurité routière ou de tout autre délit civil, l'assisteuse fournit une aide en référant des noms d'avocats. Ce service n'est applicable qu'au Canada et aux États-Unis.

OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ

- L'assuré a l'obligation d'aviser l'assisteuse, dès que possible, de la survenance de l'incident, de l'accident ou de la maladie.
- L'assuré, dès qu'il est en mesure de le faire, doit obtenir l'accord préalable de l'assisteuse avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense. Si l'assuré manque à cette obligation, l'assisteuse sera relevée de ses obligations envers celui-ci.
- Lorsqu'un assuré a bénéficié d'un rapatriement aux termes de la garantie d'assurance voyage, l'assisteuse se réserve le droit de réclamer à celui-ci, le titre de transport qu'il détient et non utilisé du fait des services rendus par l'assisteuse.
- Aux fins de la présente garantie et pour toute somme avancée ou remboursée par l'assisteuse, l'assuré cède et subroge l'assisteuse dans tous ses droits et recours à tout remboursement dont il bénéficie ou prétend bénéficier selon tout régime public ou privé de services assurés similaires à ceux pour lesquels les avances ou les frais ont été encourus par l'assisteuse. Les assurés conviennent de signer tout document et exécuter tout acte requis par l'assisteuse afin de donner plein et entier effet à la présente cession et subrogation et mandate spécialement à cette fin l'Assisteuse à titre de procureur et de représentant pour soumettre toute réclamation et encaisser tout remboursement.

EXCLUSIONS ET RÉDUCTION DE LA GARANTIE D'ASSURANCE VOYAGE

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'assisteuse dans les cas suivants :

- lorsque le sinistre a lieu dans la province de la résidence de l'assuré ;
- lorsque l'assuré refuse sans raison médicale valable de se conformer aux recommandations de l'assisteuse quant à son rapatriement, au choix de l'hôpital ou quant aux soins requis ; par soins requis, on entend les traitements nécessaires à la stabilisation de la condition médicale de l'assuré ;
- s'il y a eu défaut de communiquer dès que possible avec l'assisteuse en cas de consultation médicale ou d'hospitalisation, suite à un accident ou une maladie subite ;
- lorsque les frais sont occasionnés par une grossesse et ses complications dans les 8 semaines précédant la date prévue de l'accouchement ;

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

- lorsque le sinistre est relié à toute condition connue de l'assuré et sujette à des périodes d'aggravation soudaine, qui ne peuvent être contrôlées par médication ou autrement ;
- lorsque les frais engagés hors de la province de résidence de l'assuré auraient pu être engagés dans sa province de résidence, sans danger pour la vie ou la santé de l'assuré, à l'exception des frais immédiatement nécessaires par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie subite. Le seul fait que les soins pouvant être prodigués dans la province de résidence soient de qualité inférieure à ceux qui peuvent l'être hors de cette province ne constitue pas, au sens de la présente exclusion, un danger pour la vie ou la santé de l'assuré ;
- lorsque les frais hospitaliers sont engagés dans des hôpitaux pour malades chroniques, ou dans un service pour maladies chroniques dans un hôpital public, ou pour des patients qui se trouvent dans des maisons de soins prolongés ou des stations thermales ;
- pour une chirurgie ou un traitement facultatif ou non urgent, ou si le voyage a été entrepris dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non ;

- pour un accident survenu lors de la participation de l'assuré à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicule moteur ou tout genre d'épreuve de vitesse, au vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, au saut à l'élastique (bungee jumping) ou à toute autre activité dangereuse;
- lorsqu'il y a absorption par l'assuré de médicaments, de drogues, d'alcool en quantité toxique;
- 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.

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

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 attestation d'assurance 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 5000 \$ 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 de l'emploi permanent 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.

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 ;

- lorsqu'il y a absorption par l'assuré de médicaments, de drogues et d'alcool en quantité toxique ;
- 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.

DEMANDE DE PRESTATIONS POUR LA GARANTIE D'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 voyage 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, la personne assurée doit fournir un certificat médical rempli par une ou 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 la personne assurée 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'organisatrice ou 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 La Capitale et permettant de justifier la demande de prestations de la personne assurée.

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 ?**

Veillez 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 17 ou 20 ans* ?**

Vous devez remplir, à chaque session, l'attestation de fréquentation scolaire à temps plein au bas du formulaire de demande de prestations (*selon l'âge prévu à votre contrat).

■ **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**

Veillez 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, 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 JOINDRE

LA CAPITALE ASSURANCES ET GESTION DU PATRIMOINE INC.

Québec	Montréal
625, rue Jacques-Parizeau	Bureau 820
Case Postale 1500	425, boul. de Maisonneuve O.
Québec (Québec) G1K 8X9	Montréal (Québec) H3A 3G5
418 644-4200	514 873-6506

Numéro sans frais : 1 800 463-4856

ASSURANCE VOYAGE

Voici les numéros pour joindre l'Assisteur :

Au Canada et aux États-Unis : **1 800 363-9050**

Ailleurs dans le monde à frais virés : **514 985-2281**

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.**

Une entreprise à l'écoute
des besoins des gens,
qui a centré son champ d'activité
sur l'assurance collective.

Des conseillers disponibles
et motivés à créer
un partenariat efficace
avec la clientèle.

Une vaste gamme de produits et
services d'assurance collective.

lacapitale.com