

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE  
assuré par



**Contrat 006925**  
Association des procureurs  
aux poursuites criminelles et pénales (Actifs)  
Régime en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2021

Avec la collaboration de



L'Association des procureurs aux poursuites criminelles et pénales, en collaboration avec Samson Groupe Conseil et La Capitale assureur de l'administration publique, 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

<b>RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX</b> .....	5
1. Admissibilité.....	5
2. Dispositions générales applicables à l'adhésion à l'assurance et à l'exemption .....	5
3. Dispositions applicables au régime modulaire.....	7
4. Statuts de protection d'assurance .....	9
5. Définitions.....	11
6. Bénéficiaire.....	17
7. Prolongation de la protection des personnes à charge suite au décès de l'adhérent.....	17
8. Prolongation en cas de transformation de l'assurance vie .....	17
9. Droit de transformation .....	17
10. Exonération des primes en cas d'invalidité totale.....	19
11. Continuation de l'assurance en cas d'interruption de travail.....	20
12. Fin de l'assurance.....	23
13. Modification au contrat.....	24
14. Procédure pour réclamer .....	25
<b>RÉGIME D'ASSURANCE VIE</b> .....	27
1. Assurance vie de base de l'adhérent .....	27
2. Assurance mort et mutilation accidentelles.....	27
3. Assurance vie de base du conjoint et des enfants à charge .....	29
4. Assurance vie additionnelle.....	29
5. Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale .....	30
6. Exclusions s'appliquant au point 4 .....	30
<b>RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE</b> .....	31
1. Sommaire des garanties.....	31
2. Frais d'hospitalisation .....	38
3. Frais de séjour dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée.....	38
4. Frais hors de la province de résidence.....	38
5. Assurance voyage .....	38
6. Assurance annulation de voyage .....	38
7. Frais de médicaments .....	39
8. Autres frais admissibles remboursés .....	41
9. Exclusions et réduction du régime .....	45

<b>RÉGIME D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES</b> .....	47
1. Définitions .....	47
2. Sommaire des garanties .....	48
3. Modalités de remboursement .....	49
4. Frais de soins dentaires .....	49
5. Exclusions et limitations du régime .....	56
<b>RÉGIME D'ASSURANCE SALAIRE LONGUE DURÉE</b> .....	58
1. Délai de carence .....	58
2. Période de prestations .....	58
3. Dispositions applicables aux procureurs saisonniers et aux procureurs occasionnels engagés pour une période égale ou supérieure à 12 mois .....	59
4. Montant de la prestation .....	59
5. Réadaptation .....	61
6. Indexation .....	62
7. Exclusions et réduction du régime .....	62
8. Supplément aux prestations d'assurance-emploi ou de l'assurance parentale en raison de grossesse .....	63
<b>ASSURANCE VOYAGE</b> .....	64
<b>ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE</b> .....	72
<b>LA CAPITALE</b> .....	79

# RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

## 1. Admissibilité

### PROCUREURS

Les conditions de travail déterminent l'admissibilité à l'assurance d'un procureur, ainsi que la date du début de son admissibilité, soit 1 mois de service continu ou tout autre délai à condition qu'il soit effectivement au travail à temps plein. 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. Dispositions générales applicables à l'adhésion à l'assurance et à l'exemption

L'adhésion au régime d'assurance maladie est obligatoire pour le procureur et pour ses personnes à charge, le cas échéant.

Il est possible pour un adhérent sans enfant à charge dont le conjoint est âgé de 65 ans ou plus de changer, pour le régime d'assurance maladie, son statut de protection familial en un statut de protection individuel. Un adhérent qui effectue un tel choix ne pourra modifier son statut de protection individuel 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-haut, doit également assurer lesdits médicaments vertu du présent contrat.

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

L'adhésion est obligatoire pour le procureur et ses personnes à charge admissibles, le cas échéant, pour les garanties et régimes suivants :

- les garanties d'assurance vie de base et d'assurance en cas de mort et mutilation accidentelles ;
- la garantie d'assurance vie de base du conjoint et des enfants à charge ;
- le régime d'assurance soins dentaires, lorsque le module enrichi est retenu ;
- le régime d'assurance salaire longue durée.

L'adhésion est facultative pour les garanties d'assurance vie additionnelle de l'adhérent et l'assurance vie additionnelle du conjoint.

Tout procureur doit remplir une demande d'adhésion au cours de la période de 31 jours suivant la date à laquelle il devient admissible. Si le procureur fait défaut de compléter sa demande d'adhésion et de la remettre à son employeur dans cette période, ce dernier commence à percevoir les primes pour l'adhérent et ses personnes à charge, le cas échéant, dès la date du début de l'admissibilité à l'assurance, et ce, pour toutes les garanties et les régimes obligatoires de base.

Pour toute demande d'adhésion remplie après l'expiration de cette même période, l'Assureur pourra exiger la production de preuves d'assurabilité pour les couvertures choisies dans les régimes facultatifs.

Pour l'application du présent article, la date à laquelle le procureur devient admissible, pour un procureur qui était admissible en vertu du contrat antérieur et qui n'a pas cessé d'être à l'emploi, est la date où il est devenu admissible au contrat antérieur et non à la date d'entrée en vigueur du présent contrat.

Un procureur ou ses personnes à charge peuvent toutefois, moyennant un préavis écrit à l'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 contrat collectif d'assurance 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

### 3. Dispositions applicables au régime modulaire

La définition suivante s'applique spécifiquement au régime modulaire, en plus de celles prévues au point 5. Définitions.

**Période minimale de participation** : période qui doit s'écouler avant que l'adhérent puisse modifier son choix de module. Le présent régime modulaire prévoit une période minimale de participation de 12 mois pour le module de base et de 24 mois pour le module enrichi.

#### **Entrée en vigueur du régime modulaire**

Le régime modulaire entre en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2021.

#### **Modules offerts**

Le régime modulaire offre les modules suivants :

- Module de base pour le régime d'assurance maladie ;
- Module enrichi pour les régimes d'assurance maladie et d'assurance soins dentaires.

#### **Entrée en vigueur du régime modulaire en cours d'assurance**

L'Assureur doit recevoir, par l'entremise d'une demande à cet effet, le choix du module de l'adhérent au cours des 31 jours qui suivent la date d'entrée en vigueur du régime modulaire. Si l'Assureur ne reçoit pas la demande dans le délai requis, le module de base est alors automatiquement accordé. Par la suite, tout changement de module est sujet aux dispositions applicables prévues pour le régime modulaire.

Par ailleurs, un adhérent et ses personnes à charge ayant refusé ou cessé d'adhérer au régime d'assurance maladie avant la date d'entrée en vigueur du régime modulaire pourront exceptionnellement y adhérer à cette date, et ce, sans avoir à établir qu'il est devenu impossible qu'ils continuent à être assurés en vertu d'un autre contrat collectif d'assurance comportant des protections similaires. L'Assureur doit recevoir la demande à cet effet au cours des 31 jours qui suivent la date d'entrée en vigueur du régime modulaire. Si l'Assureur ne reçoit pas la demande dans le délai requis, l'exemption d'adhérer au régime d'assurance maladie se poursuit et tout changement subséquent est sujet aux dispositions générales applicables à l'adhésion à l'assurance et à l'exemption.

### **Début d'admissibilité d'un procureur**

L'Assureur doit recevoir, par l'entremise d'une demande à cet effet, le choix du module du procureur au cours des 31 jours qui suivent la date à laquelle il satisfait aux conditions d'admissibilité.

Si l'Assureur ne reçoit pas la demande dans le délai requis, le module de base est alors automatiquement accordé. Par la suite, tout changement de module est sujet aux dispositions applicables prévues pour le régime modulaire.

### **Modalités relatives à l'adhérent atteint d'invalidité totale ou temporairement absent du travail à la date d'entrée en vigueur du régime modulaire**

L'adhérent atteint d'invalidité totale ou temporairement absent du travail à l'entrée en vigueur du régime modulaire se voit accorder automatiquement le module de base.

Dans l'éventualité où l'adhérent désire changer de module au terme de sa période d'invalidité totale ou d'absence temporaire du travail, l'Assureur doit recevoir, par l'entremise d'une demande à cet effet, son choix de module au cours des 31 jours qui suivent la date à laquelle l'adhérent retourne effectivement au travail.

Si l'Assureur ne reçoit pas la demande dans le délai requis, l'adhérent conserve le module détenu avant sa période d'invalidité totale ou d'absence temporaire du travail. Par la suite, tout changement de module est sujet aux dispositions applicables prévues pour le régime modulaire.

### **Demande de changement de module**

- Au terme d'une période minimale de participation

Dans l'éventualité où l'adhérent désire changer de module, l'Assureur doit recevoir, par l'entremise d'une demande à cet effet, son choix de module au cours des 31 jours qui suivent la date de terminaison de la période minimale de participation. L'assurance en vertu du module choisi entre alors en vigueur à la date de terminaison de la période minimale de participation.

Si l'Assureur ne reçoit pas la demande de changement de module dans le délai requis, le changement de module entre alors en vigueur à la date de réception de la demande.



- En raison d'une modification de situation familiale

Un adhérent peut changer de module avant la fin de la période minimale de participation si l'une des modifications de situation familiale suivantes survient :

- a) la naissance ou l'adoption d'un enfant ;
- b) le mariage, l'union civile ou la cohabitation, conformément aux critères prévus à la définition de conjoint du contrat ;
- c) le divorce, l'annulation du mariage, la dissolution de l'union civile, la séparation de fait, et ce, conformément aux critères prévus à la définition de conjoint du contrat ;
- d) la fin de l'admissibilité d'une personne à charge, conformément aux critères prévus à la définition de personne à charge du contrat ;
- e) la fin de la protection d'une personne à charge en vertu d'un autre contrat d'assurance collective.

Dans l'éventualité où l'adhérent désire changer de module, l'Assureur doit recevoir, par l'entremise d'une demande à cet effet, son choix de module au cours des 31 jours suivant la date de l'événement. L'assurance en vertu du module choisi entre alors en vigueur à compter de la date de ladite modification.

Si l'Assureur ne reçoit pas la demande de changement de module dans le délai requis, l'adhérent doit attendre la fin de la période minimale de participation afin de transmettre une nouvelle demande à l'Assureur.

## **4. Statuts de protection d'assurance**

### **Régimes d'assurance maladie et d'assurance soins dentaires**

Les régimes d'assurance maladie et d'assurance soins dentaires sont sujets aux statuts de protection suivants :

- a) statut de protection individuel (couvrant l'adhérent seulement) ;
- b) statut de protection familial (couvrant l'adhérent, son conjoint et leurs enfants à charge) ;
- c) statut de protection monoparental (couvrant l'adhérent et ses enfants à charge).

Un adhérent exempté du régime d'assurance maladie et qui retient le module enrichi est automatiquement assuré selon le statut de protection familial en vertu du régime d'assurance soins dentaires.

Le statut de protection monoparental n'est possible que si l'adhérent n'a pas de conjoint répondant à la définition du contrat.

## **Régime d'assurance vie**

La garantie d'assurance vie de base de l'adhérent est sujette à un des choix ci-dessous :

- a) statut de protection individuel si l'adhérent est assuré selon un statut de protection individuel en vertu du régime d'assurance maladie ;
- b) statut de protection familial si l'adhérent est assuré selon un statut de protection familial ou monoparental en vertu du régime d'assurance maladie.

La garantie d'assurance vie de base du conjoint et des enfants à charge est sujette à un des choix ci-dessous :

- a) statut de protection familial (couvrant le conjoint de l'adhérent et ses enfants à charge) si l'adhérent est assuré selon un statut de protection familial en vertu du régime d'assurance maladie ;
- b) statut de protection monoparental (couvrant les enfants à charge de l'adhérent) si l'adhérent est assuré selon un statut de protection monoparental en vertu du régime d'assurance maladie.

Pour tous les régimes d'assurance vie de base, un adhérent assuré selon un statut de protection familial ou monoparental en vertu du régime d'assurance maladie est automatiquement assuré selon un statut de protection familial.

De même, un adhérent exempté du régime d'assurance maladie est automatiquement assuré selon un statut de protection familial pour tous les régimes d'assurance vie de base à moins qu'il ne démontre à l'Assureur qu'il n'a pas de personnes à charge.

Enfin, un adhérent assuré selon un statut de protection individuel en vertu du régime d'assurance maladie en raison de l'exemption de ses personnes à charge peut obtenir un statut de protection familial s'il en fait la demande dans les 31 jours qui suivent la date d'exemption de ses personnes à charge.

La garantie d'assurance vie additionnelle du conjoint ne peut être retenue que si la garantie d'assurance vie de base du conjoint est retenue.

### Preuves d'assurabilité:

Pour toute demande complétée après l'expiration dudit délai, l'adhérent doit fournir à ses frais, des preuves d'assurabilité à la satisfaction de l'Assureur.

Tout changement à la protection choisie par un procureur pour la garantie d'assurance vie du conjoint et des enfants à charge afin d'obtenir le statut de protection familial ou monoparental, peut nécessiter, sur demande de l'Assureur, la production de preuves d'assurabilité démontrant que les personnes qu'il désire assurer sont en bonne santé et assurables.

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

- a) si l'adhérent fait la demande d'un statut de protection familial dans les 31 jours suivant le mariage, la date à laquelle le conjoint de fait devient admissible ou la naissance d'un premier enfant ou son adoption ;
- b) si l'adhérent fait la demande d'un statut de protection monoparental dans les 31 jours suivant la naissance d'un premier enfant ou de son adoption; à la naissance d'un enfant à charge ou à son adoption si l'adhérent est déjà couvert par un statut de protection familial ou monoparental.

## **5. 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 : tout avocat au sens de la *Loi sur le processus de détermination de la rémunération des procureurs aux poursuites criminelles et pénales et sur leur régime de négociation collective*.

## **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.

## **DATE DE MISE A LA RETRAITE**

Date à laquelle un adhérent opte pour sa mise à la retraite suivant le régime de retraite auquel il participe ou selon la convention de travail en vigueur chez l'employeur ou selon la pratique en usage chez l'employeur.

Le procureur qui devient invalide avant l'âge de 65 ans est considéré retraité à compter de l'âge de 65 ans. Le procureur qui devient invalide à l'âge de 65 ans ou après est considéré retraité après l'expiration d'une période de 12 mois.

## **DÉLAI DE CARENCE**

Une période d'attente qui commence au début d'une période d'invalidité totale et pendant laquelle aucune prestation d'invalidité n'est payable par l'Assureur.

## **EMPLOYÉ**

Un procureur à l'emploi de l'employeur, au travail actif à plein temps.

## **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<sup>e</sup> anniversaire de naissance à la condition qu'elle n'ait pas de conjoint et que l'adhérent ou son conjoint subviennent 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.

## **FOURNISSEUR DE SERVICES VOYAGE**

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

## **FRAIS DE VOYAGE PAYÉS D'AVANCE**

Somme déboursée d'avance par l'assuré pour:

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

## **HÔTE À DESTINATION**

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

## **INVALIDITÉ TOTALE**

**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 œuvrant 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 reliée directement à la planification des naissances, nécessitant des soins médicaux et/ ou traitements administrés par un professionnel reconnu et œuvrant 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 TOTALE**

### **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 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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.

## **TRANSPORTEUR PUBLIC**

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

## **VOYAGE**

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.



## **6. 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.

## **7. Prolongation de la protection des personnes à charge suite au décès de l'adhérent**

Au décès d'un adhérent, l'assurance de ses personnes à charge est prolongée 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.

## **8. 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.

## **9. 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**

L'assuré qui cesse d'être admissible au présent régime peut obtenir, sans preuves d'assurabilité, un contrat d'assurance maladie individuelle du genre alors émis par l'Assureur, s'il en fait la demande écrite à l'Assureur dans un délai de 60 jours. Des preuves d'assurabilité sont requises pour toute demande soumise après ce délai. Si l'assuré exerce son droit de transformation dans le délai prescrit, le contrat d'assurance maladie individuelle entre en vigueur à la date de terminaison de son régime collectif d'assurance maladie. Si des preuves d'assurabilité sont requises, l'assurance entre en vigueur à la date à laquelle l'Assureur accepte ces preuves.

### **Assurance soins dentaires**

L'assuré qui cesse d'être admissible à ce régime peut obtenir, sans preuve d'assurabilité, un contrat d'assurance soins dentaires individuelle, s'il en fait la demande écrite à l'Assureur au plus tard 60 jours suivant la date de fin de son admissibilité. Des preuves d'assurabilité sont requises pour toute demande soumise après ce délai. Si l'assuré exerce son droit de transformation dans le délai requis, le contrat d'assurance soins dentaires individuelle entre en vigueur à la date de fin de son admissibilité au régime d'assurance soins dentaires de ce contrat. Si des preuves d'assurabilité sont requises, l'assurance entre en vigueur à la date à laquelle l'Assureur accepte ces preuves.

## **10. Exonération des primes en cas d'invalidité totale**

### **Assurance vie et assurance mort et mutilation accidentelles**

Si avant l'âge de 65 ans, un adhérent est atteint d'invalidité totale alors que ces garanties sont en vigueur, l'Assureur renonce au paiement de toute prime à son égard qui vient à échéance après l'expiration des jours de congé maladie accumulés par l'adhérent, tant que dure l'invalidité totale. Cette protection se termine au 65<sup>e</sup> anniversaire de l'adhérent.

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 ces protections.

### **Assurance salaire longue durée**

Si un adhérent est atteint d'invalidité alors que ce régime 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<sup>e</sup> 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.

## 11. 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 demeure assuré, avec paiement de prime, selon l'une des deux options suivantes :

- Option 1 : en vertu du régime d'assurance maladie, module de base, seulement ;
- Option 2 : en vertu de l'ensemble des garanties (régimes et module) détenu avant le début de l'interruption de travail, à la condition d'en faire la demande écrite à l'Assureur dans les 31 jours qui suivent l'un ou l'autre des événements précités et en payant la prime totale, y compris la part de l'employeur.

L'option choisie doit être maintenue pendant toute la durée de l'interruption de travail.

Cependant, l'assurance ne peut 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, sous réserve des limites prévues par la loi.

Si une invalidité survient au cours de l'interruption de travail alors que la participation au régime d'assurance salaire a été maintenue, le délai de carence débute à compter de la date prévue de retour au travail.

Finalement, dans le cas où l'option 1 est choisie, l'ensemble des garanties (régimes et module) détenu avant le début de l'interruption de travail est remis en vigueur dès le retour effectif au travail de l'adhérent. De plus, le cours de toute période minimale de participation pour le module enrichi qui prévalait, s'il y a lieu, avant le début de l'interruption de travail, reprend là où il avait été suspendu

b) Un adhérent qui cesse d'être au travail actif à plein temps en raison d'un congé non payé d'une durée inférieure à 30 jours demeure assuré, avec paiement de prime, selon l'une des deux options suivantes :

- Option 1 : en vertu de l'ensemble des garanties (régimes et module) détenu avant le début de l'interruption de travail ;
- Option 2 : en vertu du régime d'assurance maladie, module de base, seulement, et ce, à la condition d'en faire la demande écrite à l'Assureur avant le début de son congé non payé.

L'option choisie doit être maintenue pendant toute la durée de l'interruption de travail.

Finalement, dans le cas où l'option 2 est choisie, l'ensemble des garanties (régimes et module) détenu avant le début de l'interruption de travail est remis en vigueur dès le retour effectif au travail de l'adhérent. De plus, le cours de toute période minimale de participation pour le module enrichi qui prévalait, s'il y a lieu, avant le début de l'interruption de travail, reprend là où il avait été suspendu.

- c) Un adhérent qui cesse d'être au travail actif à plein temps en raison d'une suspension ou d'une mise à pied temporaire d'une durée inférieure à 30 jours demeure assuré, avec paiement de prime, en vertu de l'ensemble des garanties (régimes et module) détenu avant le début de l'interruption de travail.
- d) Un adhérent congédié qui conteste son congédiement par tout recours approprié demeure assuré, avec paiement de prime, selon l'une des deux options suivantes :

- Option 1 : en vertu du régime d'assurance maladie, module de base, seulement ;
- Option 2 : en vertu de l'ensemble des garanties (régimes et module) détenu avant le congédiement, et ce, à la condition d'en faire la demande écrite à l'Assureur dans les 31 jours qui suivent le congédiement et en payant la prime totale, y compris la part de l'employeur.

L'option choisie doit être maintenue pendant toute la durée du recours.

Si l'adhérent perd son recours, l'assurance prend fin à la date où la décision finale est rendue. Si l'adhérent est réintégré dans ses fonctions et que l'option 1 avait été choisie, l'ensemble des garanties (régimes et module) détenu avant le congédiement est remis en vigueur dès le retour effectif au travail de l'adhérent. De plus, le cours de toute période minimale de participation pour le module enrichi qui prévalait, s'il y a lieu, avant le début de l'interruption de travail, reprend là où il avait été suspendu.

- e) Dans le cas d'une préretraite totale, l'ensemble des garanties (régimes et module) détenu avant le début de la préretraite totale, est automatiquement maintenu en vigueur à l'exception du régime d'assurance salaire longue durée. Les primes afférentes aux régimes maintenus 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.
- f) Dans le cas d'une préretraite graduelle, l'ensemble des garanties (régimes et module) détenu avant le début de la préretraite graduelle 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.

- g) Dans le cas d'une retraite progressive, l'ensemble des garanties (régimes et module) détenu avant le début de la retraite progressive 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'adhérent la prime payée en trop à raison de 3 fois par année.

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

- h) 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 garanties (régimes et module) détenu avant le 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.

- i) 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 garanties (régimes et module) détenu avant le début du congé est automatiquement maintenu en vigueur, à l'exception du régime d'assurance salaire longue durée. Les primes afférentes aux régimes maintenus doivent continuer à être versées à l'Assureur.

## 12. Fin de l'assurance

- a) L'assurance de tout adhérent se termine à la première des dates suivantes :
- la date de fin du contrat ou pour chacune des garanties, leur date de fin respective ;
  - la date à laquelle il cesse de remplir les conditions d'admissibilité ;
  - la date à laquelle l'adhérent quitte son emploi pour une autre raison que la retraite ;
  - dans le cas où la prime n'est pas payée, 30 jours après l'envoi d'un avis à cet effet par l'Assureur à la dernière adresse de l'adhérent ;
  - 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 ;
  - assurance soins dentaires : 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 de la garantie totalisent 62 ans ou à la retraite de l'adhérent si antérieure.
- b) L'assurance du conjoint ou d'un enfant à charge se termine à la première des dates suivantes :
- la date de fin du contrat ou pour chacune des garanties, leur date de fin respective ;
  - la date de fin de l'assurance de l'adhérent sous réserve des
-

dispositions concernant la « Prolongation de la protection des personnes suite au décès de l'adhérent » ;

- la date à laquelle une personne cesse d'être un conjoint ou un enfant à charge ;
- la date à laquelle l'adhérent change son statut de protection familial ou monoparental en un statut de protection individuel ;
- dans le cas du conjoint, la date de réception par l'Assureur de l'avis écrit d'un adhérent qui désire s'assurer avec le statut de protection monoparental ;
- 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<sup>e</sup> 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 ;
- assurance soins dentaires : 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.

### **13. 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.



## 14. 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 soins dentaires

Le formulaire de demande de prestations comprend 2 parties : la première doit être remplie par le dentiste et l'autre par l'assuré. Lorsque les 2 parties sont remplies, l'assuré doit retourner le formulaire à l'Assureur. Nous acceptons aussi les formulaires standards informatisés des dentistes. Toute demande de prestations doit être présentée à l'Assureur dans les 12 mois qui suivent la date où les frais ont été engagés.

#### **Soins dentaires – Service de paiement automatisé**

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

### **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 30.

### **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

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

Statut de protection*	Indemnité
Individuel	1 x le traitement annuel de l'adhérent
Familial	2 x le traitement annuel de l'adhérent

\* Veuillez-vous référer à la page 10 pour connaître le statut de protection détenu.

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

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 %
- hémip légie	200 %
- de la vie	100 %
- de la vue complète des deux yeux	100 %
- des deux mains ou des deux pieds	100 %
- d'une main ou d'un pied et de la vue complète d'un œil	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 œil	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**

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**

#### Adhérent

L'adhérent peut souscrire, s'il le désire, de 1 à 20 tranches d'assurance vie additionnelle, chaque tranche étant égale à ½ 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

Les frais décrits ci-après sont couverts en cas d'accident, de maladie ou de grossesse.

Les frais admissibles sont les frais raisonnablement engagés et justifiés par la gravité du cas, la pratique courante de la médecine et les tarifs usuels de la région, tels que décrits ci-après.

Seuls sont admissibles les frais pour les services, soins, traitements et fournitures expressément couverts au **Sommaire des garanties**, selon le module choisi par l'adhérent. De plus, ces frais sont remboursés selon les modalités indiquées à ce même sommaire et en fonction du module choisi par l'adhérent.

## 1. Sommaire des garanties

**Les frais admissibles sont limités aux frais raisonnables et habituels**

**Frais exempts de franchise et remboursés à 100 %**

	<b>MODULE DE BASE</b>	<b>MODULE ENRICHI</b>
<b>Frais d'hospitalisation</b>	Chambre semi-privée	Chambre privée
<b>Frais de séjour dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée</b>	Chambre semi-privée / 180 jours / année civile / assuré	
<b>Frais hors de la province de résidence</b>	Doivent être couverts par RAMQ / 50 000 \$ / année civile / assuré	
<b>Assurance voyage</b>	6 mois / 1 000 000 \$ / viager / assuré	
<b>Assurance annulation de voyage</b>	5 000 \$ / voyage / assuré	

<b>Franchise</b>		
	<b>MODULE DE BASE</b>	<b>MODULE ENRICH</b>
<b>- Médicaments</b>	50 \$ individuel 100 \$ monoparental 150 \$ familial	Aucune
<b>- Autres frais admissibles</b>	50 \$ individuel 100 \$ monoparental 150 \$ familial	Aucune
<b>Médicaments</b>		
	<b>MODULE DE BASE</b>	<b>MODULE ENRICH</b>
<b>Coassurance médicaments</b>	75 % / 1 <sup>ers</sup> 2 400 \$ admissibles / 100 % excédent	80 % / 1 <sup>ers</sup> 2 400 \$ admissibles / 100 % excédent
<b>Médicaments inclus dans le calcul de la contribution annuelle maximale</b>	Tous les médicaments admissibles	
<b>Clause</b>	Régulière	
<b>Médicaments contre la dysfonction érectile</b>	1 000 \$ admissibles / année civile / assuré	
<b>Produits antitabac</b>	Jusqu'au maximum payable par le régime public d'assurance médicaments	
<b>Traitement de l'infertilité : Médicaments ou substances pour traitement de l'infertilité</b>	Jusqu'au maximum payable par le régime public d'assurance médicaments	Jusqu'au maximum payable par le régime public d'assurance médicaments <b>Ces frais sont sans franchise</b>
<b>Paiement automatisé</b>	Direct	
<b>Franchise et coassurance non remboursables par le régime public d'assurance médicaments</b>	Non	
<b>Dispositions applicables pour les assurés de 65 ans ou plus</b>	Surprime : Oui, selon l'âge de l'assuré	



**Autres frais admissibles**  
**Les maximums décrits ci-dessous sont des maximums admissibles,**  
**à moins d'indication contraire**

	<b>MODULE DE BASE</b>	<b>MODULE ENRICHİ</b>
<b>Coassurance</b>	75 %	80 %
<b>Ambulance</b>	Inclus	
<b>Appareil auditif</b>	1 500 \$ / 48 mois consécutifs / assuré	
<b>Appareils thérapeutiques, appareils d'assistance respiratoire et oxygène (maximum pour l'ensemble de ces frais)</b>	12 500 \$ / viager / assuré	
<b>Articles de stomie</b>	Inclus	
<b>Bas de soutien</b>	4 paires / année civile / assuré (moins de 20 mmHG)	
<b>Centre de réadaptation et de convalescence</b>	Chambre semi-privée / 180 jours / invalidité / assuré <b>Frais remboursés à 100 %</b>	Chambre semi-privée / 180 jours / invalidité / assuré <b>Frais remboursés à 100 % et exempts de franchise</b>
<b>Chaussures correctrices et accessoires (maximum pour l'ensemble de ces frais)</b>	250 \$ / année civile / assuré	
<b>Chaussures orthopédiques, orthèses podiatriques (maximum pour l'ensemble de ces frais)</b>	625 \$ / année civile / assuré	
<b>Chirurgie esthétique à la suite d'un accident</b>	6 250 \$ / accident / assuré Les services doivent avoir débuté dans les 12 mois suivant la date de l'accident	
<b>Clinique privée pour alcoolisme et toxicomanie</b>	80 \$ / jour / 2 500 \$ / viager / assuré	

**Autres frais admissibles (suite)**

	<b>MODULE DE BASE</b>	<b>MODULE ENRICH</b>
<b>Dentiste en cas d'accident</b>	Inclus Les services doivent avoir été rendus dans les 12 mois suivant la date de l'accident	
<b>Échographies</b>	500 \$ / année civile / assuré	
<b>Fauteuil roulant, lit d'hôpital</b>	Inclus	
<b>Glucomètre, dextromètre pour un assuré insulino-dépendant</b>	300 \$ / 60 mois consécutifs / assuré	
<b>Honoraires d'infirmiers ou infirmiers auxiliaires</b>	15 000 \$ / 36 mois consécutifs / assuré	
<b>Lecteur de glucose en continu</b>	Inclus	
<b>Membre artificiel</b>	Inclus	
<b>Multiservices – soins et services à domicile</b>	500 \$ / année civile / assuré	
<b>Neuro- stimulateur percutané</b>	1 000 \$ / année civile / assuré	
<b>Pansements, prothèses externes, béquilles, attelles, plâtres, supports, bandes herniaires, corsets orthopédiques et autres appareils orthopédiques</b>	Inclus	
<b>Pompe à insuline</b>	6 000 \$ / 5 années consécutives / assuré	
<b>Pompe à insuline - accessoires</b>	Inclus	
<b>Prothèse capillaire à la suite d'une chimiothérapie</b>	Inclus	
<b>Prothèse mammaire à la suite d'une mastectomie</b>	En excédent du montant versé par la Régie de l'assurance maladie du Québec	

### Autres frais admissibles (suite)

	MODULE DE BASE	MODULE ENRICHİ
<b>Radiographies, analyses de laboratoire, électrocardiogrammes, imagerie en médecine nucléaire</b>	Inclus	
<b>Résonances magnétiques</b>	800 \$ / année civile / assuré	
<b>Stérilet</b>	Inclus	
<b>Substance pour les injections sclérosantes</b>	25 \$ / traitement / 15 traitements / année civile / assuré	
<b>Tomodensitométrie</b>	Inclus	
<b>Travaux de transformation du domicile ou du véhicule</b>	3 000 \$ / viager / assuré	
Soins visuels		
	MODULE DE BASE	MODULE ENRICHİ
<b>Coassurance</b>	75 %	80 %
<b>Examen de la vue</b>	Non retenu	1 examen / 24 mois consécutifs / assuré <b>Frais remboursés à 100 %</b>
<b>Chirurgie oculaire, lentilles cornéennes et lunettes (maximum pour l'ensemble de ces frais)</b>	Non retenu	250 \$ / 24 mois consécutifs / assuré <b>Frais remboursés à 100 %</b>
<b>Lentilles intraoculaires</b>	Inclus	
<b>Lunettes ou lentilles cornéennes suite à une chirurgie de la cataracte</b>	Inclus	

**Professionnels de la santé**  
**Les maximums décrits ci-dessous sont des maximums admissibles**

	<b>MODULE DE BASE</b>	<b>MODULE ENRICHİ</b>
<b>Coassurance</b>	75 %	80 %
<b>Acupuncteur</b>	750 \$ / année civile / assuré	1 000 \$ / année civile / assuré
<b>Audiologiste</b>	750 \$ / année civile / assuré	1 000 \$ / année civile / assuré
<b>Chiropraticien (incluant radiographies de chiropraticien)</b>	750 \$ / année civile / assuré	1 000 \$ / année civile / assuré
<b>Diététiste et nutritionniste (maximum pour l'ensemble de ces professionnels)</b>	750 \$ / année civile / assuré	1 000 \$ / année civile / assuré
<b>Ergothérapeute (incluant les rapports d'ergothérapeute)</b>	750 \$ / année civile / assuré	1 000 \$ / année civile / assuré
<b>Homéopathe</b>	750 \$ / année civile / assuré	1 000 \$ / année civile / assuré
<b>Kinésithérapeute et massothérapeute (maximum pour l'ensemble de ces professionnels)</b>	750 \$ / année civile / assuré	1 000 \$ / année civile / assuré
<b>Naturopathe et naturothérapeute (maximum pour l'ensemble de ces professionnels)</b>	750 \$ / année civile / assuré	1 000 \$ / année civile / assuré
<b>Orthophoniste (incluant les rapports d'orthophoniste)</b>	750 \$ / année civile / assuré	1 000 \$ / année civile / assuré
<b>Orthothérapeute</b>	750 \$ / année civile / assuré	1 000 \$ / année civile / assuré
<b>Ostéopathe</b>	750 \$ / année civile / assuré	1 000 \$ / année civile / assuré

**Professionnels de la santé (suite)**

	<b>MODULE DE BASE</b>	<b>MODULE ENRICH</b>
<b>Physiothérapeute et thérapeute en réadaptation physique (maximum pour l'ensemble de ces professionnels)</b>	750 \$ / année civile / assuré	1 000 \$ / année civile / assuré
<b>Podiatre et chiropradiste (maximum pour l'ensemble de ces professionnels)</b>	750 \$ / année civile / assuré	1 000 \$ / année civile / assuré
<b>Psychologue</b>	750 \$ / année civile / assuré	1 000 \$ / année civile / assuré
<b>Psychanalyste en clinique externe et psychiatre (maximum pour l'ensemble de ces professionnels)</b>	750 \$ / année civile / assuré	1 000 \$ / année civile / assuré
<b>Travailleur social</b>	750 \$ / année civile / assuré	1 000 \$ / année civile / assuré
<b>Prolongation de la protection des personnes à charge à la suite du décès de l'adhérent</b>	12 mois suivant immédiatement le décès de l'adhérent	

## **2. Frais d'hospitalisation**

Frais d'hospitalisation supportés au Canada et en excédent de ce qui est payable par tout régime étatique d'assurance, sans limite quant au nombre de jours, pourvu que l'hospitalisation ait débuté en cours d'assurance.

## **3. 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, pourvu que l'occupation ait débuté en cours d'assurance.

## **4. Frais hors de la province de résidence**

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 les soins 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.

## **5. Assurance voyage**

(Voir description de la garantie à la page 64).

## **6. Assurance annulation de voyage**

(Voir description de la garantie à la page 72).

## Modalités de remboursement

Les frais pour les services, soins, traitements et fournitures sont remboursés selon les modalités indiquées au **Sommaire des garanties** et en fonction du module choisi par l'adhérent.

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.**

## 7. Frais de médicaments

- 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.*
- 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.
- d) **Les médicaments ou substances utilisés pour le traitement de l'infertilité**, vendus par un pharmacien ou un médecin dûment autorisé.

## EXCLUSIONS

- les médicaments codés «V» ou «Z» dans la liste de médicaments de l'AQPP ;
- les produits considérés comme étant des substituts de nourriture, les produits cosmétiques, savons, huiles de teint, émoullients épidermiques, shampoings et autres produits pour le cuir chevelu ;
- les substances ou aliments diététiques ;
- les médicaments homéopathiques ;
- les médicaments administrés principalement à titre préventif. Aux fins de cette exclusion, un médicament servant à stabiliser ou régulariser un état pathologique diagnostiqué par un médecin n'est pas considéré un médicament préventif ;
- les produits contre la calvitie, les rides ou tout autre traitement administré principalement à des fins esthétiques, sauf si nécessités à la suite d'un accident ;
- les produits antitabac, sous réserve du point a) ;
- 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.



## 8. Autres frais admissibles remboursés

**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 frais d'achat d'**articles pour stomie**.
- 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.
- L'achat, la réparation ou la location d'un **appareil d'assistance respiratoire**, ainsi que les frais de location d'**appareils thérapeutiques**.

Les appareils d'assistance respiratoire comprennent, notamment, mais sans s'y limiter, les appareils de ventilation spontanée en pression positive à deux niveaux (BiPAP), les moniteurs d'apnée, les cylindres et les concentrateurs d'oxygène. Sont également admissibles les frais pour l'achat d'oxygène

- Les frais pour l'achat ou de remplacement d'un **membre artificiel** pour une perte survenue en cours d'assurance.
- Les honoraires **d'audiologistes, d'orthophonistes et d'ergothérapeutes**, s'ils sont membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative. Un seul traitement par jour pour le même assuré est sujet à prestation. Les frais de rapports médicaux effectués par un des professionnels de la santé précités peuvent également être admissibles lorsqu'une mention à cette fin est indiquée au **Sommaire des garanties**.
- 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 d'achat de **bas de soutien**.
- Les frais d'occupation d'une chambre, repas compris, pendant au moins 12 heures consécutives, dans un **centre de réadaptation et de convalescence** au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et excédant les frais payables par un régime étatique d'assurance, pourvu que l'assuré soit admis dans une telle institution moins de 14 jours après la fin de son hospitalisation et que l'hospitalisation ait débuté en cours d'assurance.

- 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 **radiographies, analyses de laboratoire, et imagerie en médecine nucléaire 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, à condition que les services aient débuté dans les 12 mois de la date de l'accident.
- Le coût initial ou le coût de remplacement de **chaussures orthopédiques 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).
- 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).
- Les frais d'achat d'**accessoires** préfabriqués ajoutés à des chaussures ordinaires permettant de corriger un défaut du pied. Ces accessoires doivent être obtenus d'un laboratoire orthopédique spécialisé licencié en vertu de la Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q., ch. p-35).
- Les frais pour la substance utilisée pour les **injections sclérosantes** requises médicalement et administrées par un médecin.
- Les frais d'achat d'un appareil destiné au contrôle du diabète (**glucomètre, dextromètre** ou tout appareil du même genre) et de la mallette permettant son déplacement, sur présentation d'un rapport complet du médecin traitant attestant que l'assuré est insulino-dépendant.
- Les 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 frais engagés pour un **séjour en clinique privée**, spécialisée dans le traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie et reconnue comme tel, excluant toutefois le tabagisme.
- Les honoraires pour un **examen de la vue** ou de l'œil effectué par un ophtalmologiste ou un optométriste.
- Les frais de **chirurgie oculaire** effectuée par un ophtalmologiste afin d'améliorer l'acuité visuelle. Sont également admissibles les frais pour l'achat d'accessoires requis lors d'une chirurgie oculaire.

- Les frais d'achat de **lentilles cornéennes** et de lunettes sur recommandation d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste afin d'améliorer l'acuité visuelle.
- Les frais d'achat de **lunettes ou lentilles cornéennes** rendues nécessaires suite à une opération de la cataracte.
- Les frais d'achat de **lentilles intraoculaires** requises pour corriger les effets d'une maladie de l'œil et que ces effets ne puissent être corrigés suffisamment à l'aide de lentilles cornéennes ou de lunettes.
- 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.
- Les frais d'achat, de remplacement, location, ajustement et réparation d'**appareils auditifs**.
- Les frais d'achat d'une **prothèse capillaire** nécessaire à la suite à des traitements de chimiothérapie.
- Les frais d'**échographies** effectuées à l'extérieur du centre hospitalier.

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

- Les honoraires de **psychanalystes en clinique externe, psychiatres et psychologues**, membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative, à raison d'une visite par jour.
- Les honoraires de **physiothérapeutes ou de thérapeutes en réadaptation physique** exerçant sous le contrôle de physiothérapeutes ou de physiatres, s'ils sont membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative. 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. Un seul traitement par jour pour le même assuré est sujet à prestation.
- Les honoraires de **podiatres, chiropodistes, ostéopathes, naturopathes, naturothérapeutes, homéopathes, acupuncteurs, diététistes, nutritionnistes, orthothérapeutes** et **travailleurs sociaux**, 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. Un seul traitement par jour pour le même assuré est sujet à prestation.

- Les honoraires de **kinésithérapeutes et massothérapeutes**, membres en règle d'une association professionnelle reconnue par l'Assureur. Un seul traitement par jour pour le même assuré est sujet à prestation.
- Les honoraires d'un **dentiste** pour le traitement d'une mâchoire fracturée ou de lésions à des dents saines, naturelles et vivantes, subies du fait d'un accident survenu en cours d'assurance à condition que les services aient été rendus dans les 12 mois de la date de l'accident. Cependant, s'il existe plus d'un type de traitement pour la condition dentaire de l'assuré, l'Assureur rembourse les frais pour le traitement normal et approprié le moins 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.
- Les frais de **résonances magnétiques** prescrites par un médecin, effectuées à l'extérieur d'un centre hospitalier pour fins de diagnostic.
- **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, pourvu qu'ils soient engagés dans les 30 jours suivant l'hospitalisation de l'assuré ou suivant sa sortie de l'unité de chirurgie d'un jour ou de médecine de jour et pourvu qu'ils ne puissent être rendus par une personne qui réside avec l'assuré.

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

Pour obtenir les services décrits aux points a) et 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 frais d'achat d'un **neurostimulateur percutané** pour les nerfs seulement.
- Les frais d'achat d'une **pompe à insuline** destinée au contrôle du diabète, à la condition que la condition médicale de l'assuré nécessite l'utilisation d'un tel appareil.
- L'achat d'**accessoires** requis exclusivement pour l'utilisation d'une pompe à insuline. Sont également admissibles les frais pour le lecteur de glucose en continu.

## 9. 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, sauf si expressément couverts au **Sommaire des garanties** selon le module choisi par l'adhérent :

- pour des vaccins préventifs ;
- pour des prothèses dentaires, lunettes, verres de contact ou leur ajustement, sauf si nécessités par suite d'un accident ;
- pour des injections dans le cadre d'une cure d'amaigrissement ;
- pour une chirurgie, des traitements ou des prothèses à des fins esthétiques, sauf à la suite d'un accident ;
- pour des soins prodigués principalement aux fins d'esthétique, les lunettes de protection ou de soleil et les soins prodigués gratuitement ;
- pour tout produit ou service non médicalement requis ;
- pour des prothèses capillaires, sauf à la suite de traitements de chimiothérapie ;
- pour un examen de la vue ou de l'ouïe ;
- pour des soins et services administrés par un membre de la famille de l'assuré ou par une personne qui réside avec ce dernier ;

- pour un examen médical périodique, ou pour un examen médical pour fins d'emploi, pour fins d'admission à une institution scolaire, pour fins d'assurance ou pour voyage de santé ;
- pour une condition survenue alors que l'assuré est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays ;
- en raison d'une guerre déclarée ou non, ou de participation active à une insurrection réelle ou appréhendée ;
- par suite de sa participation à un acte criminel ou réputé tel ;
- pour tout soin, service ou fourniture de nature expérimentale ;
- 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 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 69 à 71 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 75 à 77.

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 SOINS DENTAIRES

L'Assureur rembourse les frais encourus par l'*assuré* pour les services, soins, traitements et fournitures recommandés par un *dentiste* et justifiés par la pratique courante de l'art dentaire. À cet égard, seuls sont admissibles en vertu de ce *contrat* les frais pour les services, soins, traitements et fournitures inclus dans les modules expressément couverts au **Sommaire des garanties**.

Par ailleurs, la description des frais de soins dentaires admissibles ci-après est basée sur le *Guide des tarifs* alors en vigueur lors de la plus récente mise à jour des textes contractuels de l'Assureur. Toutefois, aux fins d'administration de ce régime, l'Assureur applique la description de ces frais en tenant compte de l'évolution de l'art dentaire et de la mise à jour de ce guide.

## 1. Définitions

Les définitions suivantes s'appliquent spécifiquement au régime d'assurance soins dentaires en plus des définitions prévues à la section « Définitions générales ».

- a) **Guide des tarifs** : guide annuel des actes buccodentaires approuvé par l'association dentaire de la *province* de résidence de l'*assuré*.

En l'absence de tarifs suggérés par une association de référence, les frais admissibles sont limités aux montants raisonnables que la personne non assurée doit normalement payer pour les mêmes services, soins, traitements et fournitures, compte tenu des normes qui, selon l'Assureur, doivent s'appliquer à la *province* de pratique du *dentiste*.

- b) **Sextant ou quadrant** : division des maxillaires correspondant respectivement à 6 ou 4 parties.
- c) **Unité** : intervalle de 15 minutes ou toute portion d'un intervalle de 15 minutes.

## 2. Sommaire des garanties

### RÉGIME D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES

#### MODULE ENRICHİ

<b>Franchise annuelle applicable sur les modules A, B, C et D</b>	50 \$ individuel 100 \$ monoparental 150 \$ familial
<b>Report de franchise</b>	Oui
<b>Paiement automatisé</b>	Direct
<b>Module A : Soins préventifs</b>	100 %
– <b>Fréquence : examen de rappel, polissage, application de fluorure et détartrage</b>	1 par 9 mois consécutifs
<b>Module B : Soins de restaurations de base</b>	80 %
<b>Module C : Soins de restaurations majeures</b>	60 %
<b>Module D : Soins d'orthodontie</b>	50 % <i>Seuls les frais encourus pour les enfants à charge âgés de moins de 19 ans, à la date de début des soins, sont admissibles à un remboursement en vertu des soins d'orthodontie.</i>
<b>Maximum de remboursement annuel</b>	2 000 \$ par année civile, applicable sur les modules : A B et C 2 500 \$ viager applicable sur le module D
<b>Guide des tarifs</b>	De l'année courante



### 3. Modalités de remboursement

Les frais admissibles pour les services, soins, traitements et fournitures sont remboursés selon les modalités indiquées au **Sommaire des garanties**.

Les frais sont admissibles jusqu'à concurrence des tarifs suggérés à l'intention des praticiens généralistes pour l'année de référence spécifiée au **Sommaire des garanties**.

Tout montant payé à titre de franchise au cours des 3 derniers mois d'une année civile est déduit de la franchise applicable pour l'année suivante.

Finalement, lorsque plus d'un service, soin, traitement ou fourniture existent pour la condition dentaire de l'*assuré*, l'Assureur se réserve le droit de limiter le remboursement des frais admissibles aux frais les moins coûteux.

#### Plan de traitement

Pour tous les soins de restaurations majeures ou d'orthodontie, lorsque de tels soins sont prévus au **Sommaire des garanties**, il est conseillé à l'*assuré* de présenter un plan de traitement détaillé à l'Assureur avant le début du traitement. Après analyse du plan de traitement, l'Assureur informe l'*assuré* au sujet du remboursement auquel il a droit conformément aux dispositions du *contrat*.

### 4. Frais de soins dentaires

#### Conditions d'admissibilité des frais de soins dentaires

L'Assureur rembourse les frais de soins dentaires si la totalité des conditions suivantes est satisfaite :

- a) les soins dentaires doivent être recommandés par un *dentiste* et conformes à la pratique courante de l'art dentaire ;
- b) les soins dentaires doivent être prodigués par un professionnel de la santé dentaire légalement autorisé à pratiquer ;
- c) les soins dentaires doivent être prodigués alors que l'*assuré* est couvert en vertu de ce régime, et ce, même si un plan de traitement a été approuvé par l'Assureur avant la date de fin de son assurance.

## MODULE A : SOINS PRÉVENTIFS

### a) Examens buccaux cliniques

- i) Examen complet : 1 examen par période de 36 mois consécutifs ;
- ii) Examen de rappel : 1 examen par période indiquée au **Sommaire des garanties** ;
- iii) Examen buccal des enfants, non remboursable par le régime public d'assurance maladie de la *province* de résidence : 1 examen par période de 12 mois consécutifs ;
- iv) Examen d'urgence ou examen d'aspect particulier : 1 seul de ces examens par période de 6 mois consécutifs ;
- v) Examen parodontal complet, examen des dysfonctions du système stomatognathique ou examen prosthodontique : 1 seul de ces examens par période de 36 mois consécutifs ;
- vi) Examen parodontal de contrôle.

### b) Radiographies

- i) Radiographies intraorales ;
- ii) Radiographies extraorales, à l'exception des scanographies et des radiographies de l'articulation temporo-mandibulaire.

**Exclusions et limitations :** le remboursement des frais pour les radiographies est limité à deux séances par période de 12 mois consécutifs. De plus, le remboursement des frais pour la radiographie panoramique est limité à une radiographie par période de 36 mois consécutifs.

Quant aux frais pour la radiographie céphalométrique et celle de la main et du poignet, ils sont admissibles en vertu des soins d'orthodontie, lorsque de tels soins sont prévus au **Sommaire des garanties**.

### c) Examens de laboratoire et tests

- i) Test pulpaire ;
- ii) Test bactériologique ;
- iii) Test de susceptibilité à la carie ;
- iv) Biopsie de tissu mou ou dur (par incision, excision ou ponction) ;
- v) Test cytologique ;
- vi) Photographie diagnostique ;
- vii) Consultation.

#### d) Prévention

- i) Polissage de la partie coronaire des dents : un polissage par période indiquée au **Sommaire des garanties** ;
- ii) Application topique de fluorure pour les *enfants à charge* âgés de moins de 16 ans : une application par période indiquée au **Sommaire des garanties** ;
- iii) Finition d'obturation et ablation de matériau obturateur ;
- iv) Scellant de puits et de fissures pour les *enfants à charge* âgés de moins de 16 ans ;
- v) Meulage interproximal et améloplastie ;
- vi) Détartrage : 10 *unités* de temps par période indiquée au **Sommaire des garanties** ;
- vii) Appareil de maintien d'espace pour les *enfants à charge* âgés de moins de 19 ans ;
- viii) Contrôle des habitudes buccales pour les *enfants à charge* âgés de moins de 19 ans.

### MODULE B : SOINS DE RESTAURATIONS DE BASE

#### a) Restaurations

- i) Pansement sédatif ;
- ii) Meulage et polissage d'une dent traumatisée ;
- iii) Collage et cimentation de fragment de dent brisée ;
- iv) Restauration en amalgame ;
- v) Restauration en résine ou en composite ;
- vi) Facette fabriquée au fauteuil ;
- vii) Fermeture de diastème ;
- viii) Tenon, pour restauration ;
- ix) Supplément pour une obturation sous la structure d'un appareil ou d'une prothèse partielle amovible existante ;
- x) Couronnes complètes préfabriquées ;
- xi) Restaurations complètes préfabriquées.

**Limitation** : les frais pour le remplacement d'une restauration sont admissibles seulement s'il s'est écoulé une période minimale de 12 mois depuis la date à laquelle la restauration précédente a été réalisée.

## b) Endodontie

- i) Urgence endodontique ;
- ii) Traitements endodontiques généraux ;
- iii) Thérapie canalaire ;
- iv) Chirurgie endodontique ;
- v) Blanchiment d'une dent dévitalisée ;  
**Limitation** : le remboursement des frais pour le blanchiment d'une dent dévitalisée est limité à 2 séances par *année civile*.
- vi) Autres services endodontiques :
  - supplément pour un traitement à travers une couronne ;
  - tentative infructueuse de compléter un traitement de canal.

## c) Parodontie

- i) Traitement d'une infection ou d'une inflammation ;
- ii) Désensibilisation ;  
**Limitation** : le remboursement des frais de désensibilisation est limité à 3 *unités* par *année civile* ou à 2 séances par *année civile*, selon la *province* de résidence de l'*assuré*.
- iii) Équilibrage mineur de l'occlusion ;  
**Limitation** : le remboursement des frais pour l'équilibrage mineur de l'occlusion est limité à 6 *unités* de temps par *année civile* ou à 6 séances par *année civile*, selon la *province* de résidence de l'*assuré*.
- iv) Équilibrage majeur de l'occlusion ;  
**Limitation** : le remboursement des frais pour l'équilibrage majeur de l'occlusion est limité à 3 *unités* de temps par *année civile* ou à une séance par *année civile*, selon la *province* de résidence de l'*assuré*.
- v) Services parodontaux, chirurgicaux ;  
**Limitation** : le remboursement des frais pour le surfaçage radiculaire est limité à 6 *unités* de temps par *année civile* ou une fois par dent par période de 24 mois consécutifs, selon la *province* de résidence de l'*assuré*.
- vi) Traitements parodontaux d'appoint :
  - Jumelage ;
  - Appareil intraoral pour contrôler une parafonction.  
**Limitations** : le remboursement des frais pour l'achat d'un appareil intraoral est limité à un appareil par période de 60 mois consécutifs. Le remboursement des frais de réparation et de regarnissage est limité à une fois par *année civile*.

- Irrigation ;
- Application d'agent anti-microbien.

#### d) Chirurgie buccale

- Ablation de dents ayant fait éruption et sutures ;
- Ablation chirurgicale, à l'exception de l'exposition chirurgicale comprenant l'attache orthodontique ;
- Correction et remodelage des tissus buccaux ;  
**Exclusion** : les frais pour la préservation de la crête à la suite d'une extraction ne sont pas admissibles à un remboursement.
- Ablation et curetage d'une tumeur, d'un kyste ou d'un granulome intraosseux ;
- Incision et drainage ;
- Lacération de tissu mou ou de part en part, réparation ;
- Hémorragie, contrôle.

#### e) Services généraux

- Anesthésie locale aux fins de diagnostic ;
- Sédation consciente ;
- Visites au cabinet dentaire en dehors des heures normales.

#### f) Prothèses amovibles, services complémentaires

- Ajustement mineur ;
- Remontage et équilibrage ;
- Réparation ;
- Ajout de structure à une prothèse partielle ;
- Regarnissage et rebasage ;
- Garnissage temporaire thérapeutique ;
- Remplacement des dents d'une prothèse.

**Exclusions et limitations** : les frais pour les services énumérés ci-dessus sont admissibles à un remboursement seulement s'ils sont effectués plus de 6 mois après la mise en bouche de la prothèse et s'il s'est écoulé au moins 36 mois depuis le dernier regarnissage ou rebasage, selon le cas. Les frais pour ces services ne sont toutefois pas admissibles s'ils sont prodigués sur une prothèse temporaire (de transition).

## MODULE C : SOINS DE RESTAURATIONS MAJEURES

### a) Modèles de diagnostic

### b) Prothèses amovibles

- i) Prothèse complète ;
- ii) Prothèse partielle ;
- iii) Réfection, prothèse partielle.

**Exclusion :** les frais pour les prothèses maxillo-faciales ne sont pas admissibles à un remboursement.

### c) Prothèse fixe

- i) Facette fabriquée en laboratoire ;
- ii) Aurifications ;
- iii) Incrustations en métal, porcelaine, résine ou céramique :  
Tenons de rétention dans l'incrustation.
- iv) Couronne individuelle et actes complémentaires ;
- v) Reconstitution d'une dent en vue d'une couronne ;
- vi) Ablation, recimentation et réparation d'une couronne, d'une incrustation ou d'une facette ;
- vii) Pivot radiculaire ;
- viii) Ponts fixes et actes complémentaires :
  - Pontique ;
  - Pilier ;
  - Ablation et décimentation ;
  - Sectionnement ;
  - Immobilisation ;
  - Recimentation ;
  - Réparation.
- ix) Autres services de prothèse :
  - Couronne télescopique ;
  - Attache de semi-précision ou de précision.

### **Exclusions et limitations :**

- a) Les frais pour l'achat d'une prothèse amovible ou fixe sont admissibles seulement si l'extraction ayant justifié cet achat a eu lieu alors que l'*assuré* était couvert par cette garantie.
- b) Les frais de remplacement d'une prothèse amovible ou fixe sont admissibles seulement si l'*assuré* peut démontrer à la satisfaction de l'Assureur que :
  - i) le remplacement est requis à la suite d'extractions de dents ayant été faites après la mise en bouche initiale de la prothèse amovible ou fixe; ou
  - ii) la prothèse amovible ou fixe ne peut être réparée. De plus, si la mise en bouche de la prothèse a été faite alors que cette garantie était en vigueur, les frais de remplacement sont admissibles seulement s'il s'est écoulé une période minimale de 5 ans avant ce remplacement.
- c) Le remboursement des frais de remplacement d'une prothèse amovible ou fixe est limité au coût d'une prothèse équivalente à celle que l'*assuré* possédait avant le premier remplacement ayant fait l'objet d'un remboursement.
- d) Le remboursement des frais pour une prothèse équilibrée ou une prothèse sur implants est limité au coût d'une prothèse standard équivalente.

### **MODULE D : SOINS D'ORTHODONTIE**

- a) Examen spécifique et diagnostique d'orthodontie ;
- b) Examen complet d'orthodontie ;
- c) Radiographie céphalométrique ;
- d) Radiographie de la main et du poignet ;
- e) Ajustement, modification ou recimentation (appareil fixe ou amovible) ;
- f) Exposition chirurgicale, incluant l'attache orthodontique ;
- g) Urgences orthodontiques ;
- h) Appareils amovibles ;
- i) Appareils orthopédiques ;
- j) Appareils fixes ;
- k) Appareils de rétention ;
- l) Orthodontie majeure.

**Limitation** : le remboursement des frais admissibles engagés pour des soins orthodontiques s'effectue en tenant compte de l'âge maximum, au début du traitement, pour les *enfants à charge* indiqué dans le régime d'assurance soins dentaires du **Sommaire des garanties**, s'il y a lieu.

## 5. Exclusions et limitations du régime

Aucune prestation n'est payable si les frais engagés résultent directement ou indirectement, totalement ou partiellement, de l'une des causes ou circonstances suivantes :

- Au Canada, à l'exception du Québec, pour toute condition survenue lors de, ou découlant de, la participation de l'*assuré* à un acte criminel ou réputé comme tel, y compris le fait de conduire un véhicule automobile avec les capacités affaiblies par l'alcool ou une drogue, ou avec un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise par la loi.

Au Québec, pour toute condition survenue lors de, découlant de, ou résultant de la commission ou de la participation de l'*assuré* à un acte criminel prévu au *Code criminel du Canada* ou à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*; de même que pour toute condition survenue lors de, découlant de, ou résultant de la commission ou de la participation de l'*assuré* à une infraction punissable sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire relative à des contacts sexuels, l'incitation à des contacts sexuels, la possession de pornographie juvénile, le leurre, la capacité de conduire affaiblie par l'alcool ou la drogue, l'omission ou le refus d'obtempérer à toute procédure de vérification de la présence d'alcool ou de drogue ou le prélèvement d'échantillons d'haleine ou de sang, les voies de fait, une agression sexuelle, le trafic de substances, la possession en vue du trafic, ainsi que la production de substance. Cette exclusion s'applique malgré l'absence d'une déclaration de culpabilité par tout tribunal ayant juridiction en la matière.

- Une blessure ou une mutilation que l'*assuré* s'est infligée, et ce, peu importe les raisons, les causes ou les circonstances.
- Une guerre ou la participation de l'*assuré* à une émeute ou à une perturbation de l'ordre public.
- Le service actif de l'*assuré* dans les forces armées de n'importe quel pays.



De plus, aucune prestation n'est payable pour ce qui suit :

- Tout service, soin, traitement et fourniture, y compris les radiographies, visant la reconstruction de la bouche entière, la correction de l'espace vertical et la restauration ou la correction du dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire.
- Tout implant dentaire ainsi que tout service, soin, traitement et fourniture liés aux implants. Les frais pour les prothèses sur implants sont toutefois admissibles selon les modalités applicables aux soins de restaurations majeures.
- Tout service, soin, traitement et fourniture à des fins esthétiques, notamment la transformation, l'extraction ou le remplacement de dents saines en vue d'en modifier l'apparence.
- Tout service, soin, traitement et fourniture prodigués gratuitement ou qui n'a pas été payé par l'*assuré*.
- Tous frais engagés pour des services, soins, traitements et fournitures que l'*assuré* n'est pas tenu de payer ou ne serait pas tenu de payer s'il n'avait pas été couvert en vertu ce régime.
- Tout service, soin, traitement et fourniture qui ne sont pas expressément prévus par ce régime.
- Toute partie des frais ou tous frais en excédent des frais raisonnables et coutumiers.
- Tous frais dont l'*adhérent* ne peut prouver que l'*assuré* les a engagés.

Par ailleurs, les frais de laboratoire admissibles sont limités à 50 % des tarifs suggérés dans le *Guide des tarifs*.

Finalement, lorsque les termes « *sextant* » ou « *quadrant* » sont utilisés dans la description d'un traitement dans le *Guide des tarifs*, les frais admissibles correspondant à ce traitement sont limités à 6 *sextants* distincts par *année civile*, par *assuré* ou à 4 *quadrants* distincts par *année civile*, par *assuré*.

# RÉGIME D'ASSURANCE SALAIRE LONGUE DURÉE

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<sup>e</sup> 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 procureurs saisonniers et aux procureurs occasionnels engagés pour une période égale ou supérieure à 12 mois**

#### **PROCUREURS 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 le procureur a effectivement été rappelé ;
- b) la durée moyenne des 3 périodes les plus récentes pour lesquelles il a effectivement été rappelé.

#### **PROCUREURS OCCASIONNELS**

Les modalités décrivant le calcul de la rente mensuelle versée par l'Assureur s'appliquent également au procureur 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 du procureur occasionnel.

### **4. Montant de la prestation**

- a) Lorsque la prestation d'assurance traitement versée par l'employeur à un procureur invalide est égale à  $66 \frac{2}{3}$  % de son traitement, le montant payable par l'Assureur est le complément nécessaire pour atteindre  $71 \frac{2}{3}$  % du traitement brut. Lorsque la prestation d'assurance- traitement versée par l'employeur à un procureur invalide est égale à 50 % de son traitement, le montant payable par l'Assureur est le complément nécessaire pour atteindre 65 % 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 le procureur invalide ne reçoit plus de prestation d'assurance-traitement de l'employeur, le montant payable est égal à 90 % du traitement net.

- b) En plus de la rente décrite à l'alinéa a) et à compter de la 4<sup>e</sup> année d'invalidité, 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, plus la cotisation compensatoire s'il y a lieu. 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. Toutefois, 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.

Le traitement de la 3<sup>e</sup> année d'invalidité totale, tel que défini pour le calcul de la cotisation au régime de retraite à la définition de « Traitement net » du présent document, sera déclaré au régime de retraite auquel l'adhérent participe par l'Assureur même si ce dernier n'a pas à verser de cotisations audit régime.

Lorsqu'un adhérent, répondant aux conditions d'admission à l'égard d'un procureur 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 Retraite Québec de la demande de remboursement de l'adhérent. Les dispositions applicables en cas de guérison partielle sont établies de façon ad hoc.

Le montant de la prestation payable est limité à 10 000 \$.

De plus, à compter de la 3<sup>e</sup> année d'invalidité, la prestation d'assurance salaire décrite ci-dessus aux alinéas a) et b) est réduite des prestations initiales nettes provenant des sources suivantes :

- revenus d'invalidité de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles ;
- revenus d'invalidité de la Loi sur l'assurance automobile du Québec ;
- revenus d'invalidité de la Loi visant à favoriser le civisme, de la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels et du Régime de rentes du Québec (montant initial de la rente 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 d'intégration.

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 et pouvant faire l'objet d'une réduction directe de la prestation d'assurance salaire.

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

« **Traitement net** » : signifie le traitement moins les cotisations au Régime de rentes du Québec, à l'assurance-emploi, au Régime québécois d'assurance parentale, aux impôts des gouvernements provincial et fédéral en vigueur selon les déclarations d'exemption faites à l'employeur et moins la cotisation de l'adhérent au régime de retraite de 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 une rente mensuelle de réadaptation 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 du travail accompli au cours du programme de réadaptation excède 100 % du traitement net de base mensuel perçu de son employeur au début du délai de carence, la rente mensuelle de réadaptation est réduite de l'excédent. Pour fins du calcul, le traitement net de base est ajusté annuellement suivant les mêmes modalités que celles qui s'appliquent aux rentes payables en vertu du Régime de rentes du Québec, jusqu'à concurrence d'un maximum de 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<sup>e</sup> anniversaire de naissance ou à la date de mise à la retraite si antérieure.

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.

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<sup>er</sup> 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 du régime**

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 infligé 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 spécialisée 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 débiter à la date prévue du départ ou à la date de l'accouchement selon la première éventualité.
  - Période pour laquelle l'adhérente reçoit des prestations de maternité en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi ou de la Loi sur l'assurance parentale.
- 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 survenue alors que l'assuré est temporairement à l'extérieur de sa province de résidence et à la condition que l'assuré soit couvert par 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 la période prévue au **Sommaire des garanties** ; 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 la période prévue au **Sommaire des garanties**, 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.

Les frais admissibles sont remboursés selon les modalités indiquées au **Sommaire des garantie**.

## 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'Assisteur estiment que les installations existantes sont inadéquates pour traiter le patient ou stabiliser sa condition.
- Les frais de rapatriement de la personne assurée à son lieu de résidence par un moyen de transport public adéquat pour qu'elle puisse y recevoir les soins appropriés, dès que son état de santé le permet et dans la mesure où le moyen de transport initialement prévu pour le retour ne peut être utilisé. Si son état l'exige, l'Assisteur envoie une escorte médicale sur place pour accompagner l'assuré pendant le rapatriement. Le rapatriement doit être approuvé et planifié par l'Assisteur.
- Lorsque l'assuré est rapatrié ou transporté, l'Assisteur organise et paie les frais pour le retour, selon le cas, de son conjoint et de ses enfants à charge ou d'un compagnon ou d'une compagne de voyage de l'assuré, dans la province de résidence de ce dernier, jusqu'à concurrence d'un billet d'avion de ligne régulière, train ou autobus, si les moyens de retour initialement prévus ne peuvent être utilisés.
- Lorsque l'état de santé de l'assuré ne permet pas de rapatriement médical et que l'hospitalisation hors province doit dépasser 7 jours, l'Assisteur organise et paie les frais pour le transport aller-retour d'un proche parent résidant dans la province de résidence de l'assuré, pour lui permettre de se rendre à son chevet. Le remboursement maximal est de 1 500 \$. Ces frais ne sont cependant pas admissibles au remboursement si 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'Assisteur.

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

## **OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ**

- L'assuré a l'obligation d'aviser l'Assisteur, dès que possible, de la survenance de l'incident, de l'accident ou de la maladie.
- L'assuré, dès qu'il est en mesure de le faire, doit obtenir l'accord préalable de l'Assisteur avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense. Si l'assuré manque à cette obligation, l'Assisteur sera relevé de ses obligations envers celui-ci.

- Lorsqu'un assuré a bénéficié d'un rapatriement aux termes de la garantie d'assurance voyage, l'Assisteur se réserve le droit de réclamer à celui-ci, le titre de transport qu'il détient et non utilisé du fait des services rendus par l'Assisteur.
- Aux fins de la présente garantie et pour toute somme avancée ou remboursée par l'Assisteur, l'assuré cède et subroge l'Assisteur dans tous ses droits et recours à tout remboursement dont il bénéficie ou prétend bénéficier selon tout régime public ou privé de services assurés similaires à ceux pour lesquels les avances ou les frais ont été encourus par l'Assisteur. Les assurés conviennent de signer tout document et exécuter tout acte requis par l'Assisteur afin de donner plein et entier effet à la présente cession et subrogation et mandate spécialement à cette fin l'Assisteur à titre de procureur et de représentant pour soumettre toute réclamation et encaisser tout remboursement.

## **EXCLUSIONS ET RÉDUCTION DE LA GARANTIE D'ASSURANCE VOYAGE**

En plus des exclusions et réductions mentionnées au régime d'assurance maladie, aucune somme n'est payée, ni aucune assistance donnée à l'assuré par l'Assureur ou l'Assisteur dans les cas suivants :

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

**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.
- lorsque les frais sont engagés par l'assuré, postérieurement à la date de modification d'un niveau de risque d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs spécifiant d'éviter :
  - . tout voyage dans un endroit où l'assuré a prévu se rendre ou dans un endroit où il se trouve déjà; ou
  - . tout voyage à bord d'un navire de croisière, que l'assuré s'y trouve déjà ou non.

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

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 rembourse, selon les modalités décrites ci-après, les 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 admissibles sont remboursés selon les modalités indiquées au **Sommaire des garanties**.

## 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) une modification à la hausse d'un niveau de risque d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs spécifiant d'éviter :
  - tout voyage ou tout voyage non essentiel dans un endroit où l'assuré a prévu se rendre ou se trouve déjà; ou
  - tout voyage à bord d'un navire de croisière, que l'assuré s'y trouve déjà ou non.

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

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

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

- le niveau de risque d'un avertissement a été modifié après la date de départ en voyage de l'assuré ;
- le niveau de risque modifié de l'avertissement demeure inchangé au cours de la période prévue du voyage de l'assuré ;
- l'assuré a pris les dispositions nécessaires pour se conformer à cet avertissement dans les 14 jours suivant la date de modification du niveau de risque.

- 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.

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

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

- 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 ;
- lorsque les frais sont engagés par l'assuré, postérieurement à la date de modification d'un niveau de risque d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs spécifiant d'éviter :
  - . tout voyage ou tout voyage non essentiel dans un endroit où l'assuré a prévu se rendre ou dans un endroit où il se trouve déjà ;  
ou
  - . tout voyage à bord d'un navire de croisière, que l'assuré s'y trouve déjà ou non.

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

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

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

## **DÉLAI POUR DEMANDER L'ANNULATION**

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

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

## **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 ?**

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

## ▪ **Vous avez des enfants à charge de plus de 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](http://www.lacapitale.com) et téléchargez la plupart de nos formulaires. Vous pouvez aussi obtenir un formulaire auprès du responsable de groupe chez votre employeur ou chez le Preneur du contrat.

## ▪ **Pour faciliter le traitement de votre demande**

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

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

Pour les professionnels tels physiothérapeutes, 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

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

**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.**