



Votre régime d'assurance collective



**RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE À
L'INTENTION DES TECHNICIENS AMBULANCIERS
PARAMÉDICS AFFILIÉS AUX FTPQ, SECTION
LOCALE 592 (FTQ), TASBI ET NON SYNDIQUÉS**

Police n° K600



Vie • Santé • Retraite

Votre régime d'assurance collective

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE À L'INTENTION DES TECHNICIENS AMBULANCIERS PARAMÉDICS AFFILIÉS AUX FTPQ, SECTION LOCALE 592 (FTQ), TASBI ET NON SYNDIQUÉS

Police n° K600

Le Comité paritaire d'assurance collective des techniciens ambulanciers paramédics affiliés aux FTPQ, section locale 592 (FTQ), TASBI et non syndiqués vous présente cette brochure décrivant les principales dispositions et conditions de votre régime d'assurance collective.

Les garanties de votre régime d'assurance collective ont été déterminées en considérant vos principaux besoins tout en tenant compte des dispositions de la convention collective ainsi que des prestations prévues par les différents régimes gouvernementaux. Nous vous invitons à lire cette brochure afin de connaître ces garanties et les modalités administratives réglementant votre participation au régime.

Le présent document fait partie intégrante de l'attestation d'assurance. Il constitue un résumé de votre police d'assurance collective qui a pris effet le 29 juin 2014. Seule la police d'assurance collective peut servir à trancher les questions d'ordre juridique.

Cette version électronique de la brochure a été mise à jour le 1^{er} mai 2019. Veuillez prendre note que cette version électronique est mise à jour plus régulièrement que la version imprimée de votre brochure. Des divergences peuvent donc apparaître entre les deux documents.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|----|
| DISPOSITIONS GÉNÉRALES | 1 |
| DÉFINITIONS | 1 |
| ADMISSIBILITÉ | 7 |
| PARTICIPATION À L'ASSURANCE | 7 |
| MODIFICATION DU STATUT DE PROTECTION | 10 |
| DROIT D'EXEMPTION ET TERMINAISON DU DROIT D'EXEMPTION | 11 |
| DEMANDES D'ADHÉSION | 12 |
| PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE | 14 |
| ABSENCE DU TRAVAIL | 17 |
| EXONÉRATION DES PRIMES EN CAS D'INVALIDITÉ TOTALE | 20 |
| TERMINAISON DE L'ASSURANCE | 22 |
| MODIFICATION DE LA SOMME ASSURÉE OU DES PRESTATIONS | 23 |
| ADHÉRENT QUI PREND SA RETRAITE | 24 |
| ADHÉRENT QUI ATTEINT 65 ANS | 24 |
| TERMINAISON DE L'ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE, DE L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE ET DE L'ASSURANCE FRAIS DENTAIRES LORS DE LA FIN DE L'EXONÉRATION DES PRIMES | 25 |
| DEMANDES DE PRESTATIONS | 25 |
| MONNAIE | 27 |
| GENRE ET NOMBRE | 27 |
| EXAMEN | 27 |
| BÉNÉFICIAIRE | 27 |
| COORDINATION DES PRESTATIONS ET PARTAGE DES REMBOURSEMENTS | 28 |
| RENSEIGNEMENTS INEXACTS SUR L'ÂGE | 29 |

| | |
|--|----|
| ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT | 30 |
| OBJET DE LA GARANTIE | 30 |
| MONTANT D'ASSURANCE AU DÉCÈS DE L'ADHÉRENT | 30 |
| DROIT DE TRANSFORMATION | 30 |
| DROIT AU PAIEMENT ANTICIPÉ | 31 |
| ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENT | 32 |
| OBJET DE LA GARANTIE | 32 |
| LIMITATION EN CAS DE SUICIDE | 32 |
| DROIT DE TRANSFORMATION | 32 |
| ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE | 33 |
| OBJET DE LA GARANTIE | 33 |
| DROIT DE TRANSFORMATION | 33 |
| ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE | 34 |
| OBJET DE LA GARANTIE | 34 |
| PRESTATION HEBDOMADAIRE | 34 |
| DÉLAI DE CARENCE | 34 |
| DURÉE MAXIMALE DES PRESTATIONS | 34 |
| INTÉGRATION DIRECTE | 35 |
| LIMITATION APPLICABLE AUX SALARIÉS OCCUPANT SIMULTANÉMENT PLUSIEURS EMPLOIS | 35 |
| EXCLUSIONS | 35 |
| ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE | 37 |
| OBJET DE LA GARANTIE | 37 |
| PRESTATION MENSUELLE | 37 |
| DÉLAI DE CARENCE | 37 |
| DURÉE MAXIMALE DES PRESTATIONS | 37 |
| INDEXATION | 37 |
| INTÉGRATION DIRECTE | 37 |
| COORDINATION | 38 |

| | |
|--|----|
| RÉÉDUCATION | 39 |
| LIMITATION APPLICABLE AUX SALARIÉS OCCUPANT SIMULTANÉMENT PLUSIEURS EMPLOIS | 39 |
| EXCLUSIONS | 39 |
| SERVICE DE RÉSOLUTION DE PROBLÈMES | 41 |
| ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – MODULES DE BASE, INTERMÉDIAIRE ET COMPLET | 42 |
| OBJET DE LA GARANTIE | 42 |
| MODULE DE BASE | 42 |
| MODULE INTERMÉDIAIRE | 46 |
| MODULE COMPLET | 65 |
| LE SERVICE INFO ACCÈS-SANTÉ | 73 |
| EXCLUSIONS | 74 |
| DROIT DE TRANSFORMATION | 79 |
| ASSURANCE FRAIS DENTAIRES – MODULES INTERMÉDIAIRE ET COMPLET SEULEMENT | 80 |
| OBJET DE LA GARANTIE | 80 |
| FRANCHISE ANNUELLE | 80 |
| REMBOURSEMENT MAXIMAL | 80 |
| PAIEMENT DIRECT | 81 |
| DESCRIPTION DES FRAIS ADMISSIBLES AU CANADA | 81 |
| DESCRIPTION DES FRAIS ADMISSIBLES À L'EXTÉRIEUR DU CANADA | 87 |
| EXCLUSIONS, LIMITATIONS ET RESTRICTIONS GÉNÉRALES | 88 |

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

DÉFINITIONS

Dans le contrat, on entend par :

- 1) **Accident** : toute atteinte corporelle constatée par un médecin et provenant, directement et indépendamment de toute autre cause, de l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure.
- 2) **Adhérent** : tout salarié assuré par le présent régime d'assurance collective.
- 3) **Alcoolisme et toxicomanie** : Toute intoxication qui provoque des troubles physiques ou psychiques permanents, ou encore l'habitude qui fait qu'une personne ne peut plus se priver d'alcool ou de drogue sans ressentir des troubles physiques prononcés, et non par le simple fait d'absorber de l'alcool en plus ou moins grande quantité ou d'utiliser des drogues à l'occasion.
- 4) **Assureur** : Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.
- 5) **Comité** : le Comité paritaire provincial visé aux termes de la section intitulée « Régime d'assurance vie, d'assurance maladie et d'assurance salaire » des conventions collectives intervenues entre les parties patronale et syndicale.
- 6) **Conjoint** : on entend par conjoint les personnes :
 - a) qui sont mariées ou unies civilement et cohabitent;
 - b) qui vivent maritalement et sont les père et mère d'un même enfant;
 - c) de sexe différent ou de même sexe, qui vivent maritalement depuis au moins un an.

La dissolution du mariage par divorce ou annulation et la dissolution de l'union civile font perdre ce statut de conjoint de même que la séparation de fait depuis plus de trois mois dans le cas d'une union de fait.

Toutefois, en présence de deux conjoints, un seul est reconnu comme tel pour toutes les garanties d'un même régime, la priorité étant alors accordée dans l'ordre suivant :

- a) le conjoint admissible qui a été le dernier à être désigné comme tel par un avis écrit de l'adhérent à l'assureur, sous réserve de l'acceptation de toute preuve d'assurabilité exigible en vertu du présent régime;
- b) le conjoint à qui l'adhérent est uni par les liens du mariage ou par une union civile.

- 7) **Contrat antérieur**: le contrat d'assurance collective en vigueur immédiatement avant l'entrée en vigueur du contrat et protégeant certains adhérents.
- 8) **Dent saine**: une dent naturelle qui ne fait l'objet d'aucune atteinte pathologique, soit dans sa matière ou dans les structures qui lui sont adjacentes. Une dent naturelle traitée ou réparée qui a retrouvé sa fonction normale est considérée comme saine.
- 9) **Délai de carence**: Période ininterrompue d'invalidité totale qui doit s'écouler avant le début du versement des prestations d'assurance salaire.
- 10) **Effectivement au travail**: le fait pour un salarié d'exercer, au cours de toute journée de travail, toutes les tâches habituelles reliées au travail qu'il effectue auprès de l'employeur selon le nombre d'heures prévu pour ladite journée.
- 11) **Employeur**: toute entreprise de services d'ambulance œuvrant au Québec, de même que tout employeur ou toute catégorie d'employeurs qui est reconnu par le Comité.
- 12) **Enfant à charge**: par enfant à charge, on entend une personne qui :
 - a) a moins de 21 ans et à l'égard de laquelle l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exerce une autorité parentale;
 - b) n'a pas de conjoint, a 25 ans ou moins et fréquente à temps complet, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement et à l'égard de laquelle l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exercerait l'autorité parentale si elle était mineure; ou
 - c) quel que soit son âge, est atteinte d'une incapacité en raison d'une invalidité physique ou mentale survenue lorsqu'elle était autrement considérée comme enfant à charge aux fins des présentes et qu'elle le soit demeurée de façon continue depuis lors.

L'enfant est considéré atteint d'incapacité en raison d'une invalidité physique ou mentale s'il est incapable d'occuper tout emploi rémunérateur ou de poursuivre ses études. Son état doit avoir été causé par un accident ou une maladie et exiger des soins médicaux continus. Si cet enfant a besoin de soins médicaux spécialisés, il doit les recevoir d'un spécialiste approprié pour être considéré atteint d'incapacité en raison d'une invalidité physique ou mentale.

Une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle est également considérée comme un enfant à charge. Aux fins des présentes, une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle est une personne majeure, sans conjoint, atteinte d'une déficience définie dans le Règlement du RGAM et survenue avant qu'elle n'ait atteint l'âge de 18 ans, qui ne reçoit aucune prestation en vertu d'un programme d'aide de dernier recours prévu à la Loi sur la Sécurité du revenu, qui est domiciliée chez l'adhérent et sur laquelle l'adhérent ou son conjoint exercerait l'autorité parentale si cette personne était mineure.

Congé sabbatique scolaire d'un enfant à charge

L'enfant à charge, dont l'âge se situe entre 18 et 25 ans, en congé sabbatique scolaire peut maintenir sa protection d'assurance pourvu que l'adhérent remplisse les modalités suivantes :

- a) une demande écrite, préalable au congé, devra être soumise à l'assureur et acceptée par ce dernier avant le début du congé;
- b) la demande devra indiquer la date du début du congé.

Le congé sabbatique ne sera accepté qu'une seule fois, à vie, pour chaque enfant à charge. Le congé sabbatique ne peut excéder 12 mois, sous réserve de l'admissibilité à la Régie de l'assurance maladie du Québec, et doit se terminer au début d'une année ou d'une session scolaire (septembre ou janvier).

13) **Établissement pour maladies chroniques** : tout établissement au Canada légalement désigné comme tel, reconnu par l'assureur et dont la fonction consiste à :

- a) donner des soins et des traitements aux patients atteints d'une maladie chronique, sous la surveillance d'un médecin;
- b) assurer la présence d'un infirmier autorisé en service, 24 heures sur 24; et
- c) tenir des registres quotidiens sur chaque patient confié aux soins d'un médecin.

Sont notamment exclus les hôpitaux pour soins de courte durée légalement désignés comme tels, les maisons de repos, les maisons de convalescence/réadaptation, les foyers pour personnes âgées, les sanatoriums, les établissements destinés au traitement de l'alcoolisme, la toxicomanie ou toute autre dépendance.

14) **Frais raisonnables et coutumiers** : frais habituellement exigés pour des soins ou produits similaires et limités au plus petit de ce qui suit :

- a) le tarif qui prédomine dans la région où les soins ou produits sont fournis; ou

b) le tarif qui est suggéré par l'association professionnelle applicable; à la date à laquelle les frais sont engagés. Pour les frais engagés à l'extérieur du Canada, les frais raisonnables et coutumiers sont ceux applicables dans la province où réside l'adhérent.

15) **Hôpital** : tout établissement légalement désigné comme tel, reconnu par l'assureur et qui procure 24 heures sur 24 :

- une vaste gamme de soins médicaux et chirurgicaux aux malades et aux blessés; et
- des soins infirmiers.

Sont notamment exclus les foyers pour personnes âgées ou malades chroniques, les maisons de soins infirmiers, les maisons de repos, les maisons de convalescence/réadaptation ou les établissements destinés au traitement de l'alcoolisme, la toxicomanie ou toute autre dépendance.

16) **Hospitalisation** :

- pour l'assurance salaire de courte durée, une admission à l'hôpital comme patient interne alité pour un séjour qui dure au moins plus de 24 heures consécutives ou tout séjour à l'hôpital dans le but de subir une chirurgie d'un jour.
- pour l'assurance maladie complémentaire, une admission à l'hôpital comme patient interne alité ou tout séjour à l'hôpital dans le but de subir une chirurgie d'un jour.

17) **Invalidité totale ou totalement invalide** : pendant les 24 premiers mois qui suivent le début de l'invalidité, un état d'incapacité de l'adhérent résultant d'une maladie, d'un accident, d'une complication d'une grossesse, d'une ligature tubaire, d'une vasectomie ou de cas similaires reliés à la planification familiale, qui empêche complètement l'adhérent d'accomplir la plupart des tâches normales de sa fonction et exige des soins médicaux.

Par la suite, une « invalidité totale » est un état d'incapacité de l'adhérent résultant d'une maladie, d'un accident, d'une complication d'une grossesse, d'une ligature tubaire, d'une vasectomie ou de cas similaires reliés à la planification familiale et qui, sans nécessairement exiger des soins médicaux, empêche complètement l'adhérent d'exercer tout travail rémunérateur que son éducation, sa formation et son expérience lui permettraient normalement d'accomplir, et ce, sans égard à la disponibilité d'emploi.

Un état d'incapacité de l'adhérent résultant d'une tentative de suicide est considéré au même titre qu'une maladie.

18) **Maladie** : toute détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un médecin. La grossesse n'est pas considérée comme une maladie, sauf en cas de complications pathologiques. Les dons d'organes et leurs complications sont également considérés comme des maladies.

19) **Maison de convalescence/réadaptation** : tout établissement au Canada légalement désigné comme tel, reconnu par l'assureur et dont la fonction consiste à :

- donner des soins et des traitements aux patients sous la direction d'un médecin ou d'un infirmier autorisé;
- assurer la présence d'un infirmier autorisé en service, 24 heures sur 24; et
- tenir des registres quotidiens sur chaque patient confié aux soins d'un médecin.

Sont notamment exclus les foyers pour personnes âgées ou malades chroniques, les résidences pour personnes ayant une déficience mentale, les maisons de repos ou les établissements destinés au traitement de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou de toute autre dépendance.

20) **Médecin** : Un médecin dûment qualifié, autorisé à pratiquer la médecine à l'endroit où il fournit les services médicaux.

21) **Médicament équivalent** : un médicament, de marque ou générique, dit interchangeable en vertu de la loi provinciale applicable où le médicament est délivré.

22) **Période d'invalidité totale** : toute période continue d'invalidité totale ou des périodes successives d'invalidité totale résultant d'une même maladie ou d'un même accident et séparées, pendant les 36 premiers mois d'invalidité, par une période de moins de 90 jours consécutifs de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un tel travail, et après les 36 premiers mois d'invalidité, par une période de moins de 6 mois de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un tel travail.

Si, pendant une période donnée, l'invalidité totale résulte d'une maladie ou d'un accident tout à fait indépendant de la maladie ou de l'accident qui a causé l'invalidité totale précédente, elle est considérée comme une nouvelle période d'invalidité totale, pourvu que l'adhérent ait repris effectivement le travail pendant au moins une journée entière. L'expression « disponibilité pour un tel travail » inclut toute période autorisée de vacances ou de congés avec ou sans solde prévue à la convention collective.

23) **Personne à charge** : le conjoint ou un enfant à charge d'un adhérent tel que défini précédemment.

24) **Personne assurée** : l'adhérent ou l'une de ses personnes à charge admise à l'assurance.

25) **RGAM** : Régime général d'assurance médicaments administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

26) **Salaire** : le salaire hebdomadaire que l'adhérent a gagné à titre de technicien ambulancier paramédic ou à titre de salarié (ou l'équivalent annuel ou mensuel de ce salaire, selon le cas), incluant les vacances réellement payées, les congés fériés, les congés de maladie rémunérés et la prime d'éloignement, s'il y a lieu.

Le salaire du salarié à temps partiel (convention collective) est le salaire à l'échelle gagné majoré des avantages sociaux et de la prime d'éloignement, incluant les vacances payées et primes, les heures de libération syndicale et les heures travaillées par un technicien ambulancier paramédic à titre de formateur dans le cadre d'un prêt de service aux agences de la santé et des services sociaux.

Le salarié à temps partiel (convention collective) paie une prime en fonction d'un salaire fixe. Ce salaire est valide pour six mois et correspond au salaire moyen des 26 semaines précédant la date de révision. Le salaire est révisé deux fois par année soit le 1^{er} mai et le 1^{er} novembre. Les prestations sont basées sur le salaire moyen des 12 semaines précédant l'invalidité totale ou précédant le décès si celui-ci n'a pas été précédé d'une période d'invalidité totale.

Le salaire d'un nouveau salarié à temps partiel (convention collective) correspond :

- a) à l'adhésion, au salaire moyen des 45 jours de sa période d'admissibilité;
- b) à la date de révision qui suit (1^{er} mai ou 1^{er} novembre), au salaire moyen des semaines disponibles de la période de 26 semaines en cause.

27) **Salarié** :

Tout technicien ambulancier paramédic ou répartiteur membre de l'un des syndicats suivants ou y exerçant une fonction syndicale :

- a) Fraternité des travailleurs et travailleuses du préhospitalier du Québec, section locale 592(FTQ);
- b) Travailleurs ambulanciers syndiqués de Beauce inc. (TASBI).

Tout autre technicien ambulancier paramédic non syndiqué.

Tout salarié, autre qu'un technicien ambulancier paramédic ou répartiteur, travaillant pour l'un des employeurs qui engage un ou plusieurs salariés tel que décrit ci-dessus.

- 28) **Salarié à temps complet** : tout salarié ayant travaillé en moyenne 50 % ou plus de l'équivalent du temps complet au cours des six mois précédent la date de révision, étant entendu que la moyenne du temps travaillé est révisée tous les six mois et est fonction du pourcentage du temps travaillé par rapport au temps complet au cours des six mois précédent la date de révision.
- 29) **Salarié à temps partiel** : tout salarié ayant travaillé en moyenne moins de 50 % de l'équivalent du temps complet au cours des six mois précédent la date de révision, étant entendu que la moyenne du temps travaillé est révisée tous les six mois et est fonction du pourcentage du temps travaillé par rapport au temps complet au cours des six mois précédent la date de révision.

ADMISSIBILITÉ

Salarié

Tout salarié est admissible à l'assurance à compter de la date à laquelle il a complété 45 jours de service continu pour l'employeur, qu'il ait ou non terminé sa période de probation.

Si un salarié entre au service d'un nouvel employeur moins de 30 jours après sa cessation d'emploi chez son employeur précédent ou revient au service du même employeur avant l'expiration de ce même délai, il est tenu compte de la durée de son emploi chez son employeur précédent dans la détermination de son admissibilité à l'assurance chez son nouvel employeur. La durée d'emploi, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'unité de négociation, est également utilisée à cette fin. Dans ces cas, le délai d'admissibilité est calculé comme s'il y avait eu continuation d'emploi, mais sans compter les jours de la période d'interruption de travail.

Personne à charge

Toute personne à charge d'un adhérent est admissible à l'assurance, soit à la même date que l'adhérent si elle est déjà une personne à charge, soit à la date à laquelle elle le devient.

PARTICIPATION À L'ASSURANCE

Assurance vie de base de l'adhérent et assurances salaire de courte et de longue durée

1) Salarié à temps complet

La participation à ces garanties est obligatoire pour tout salarié à temps complet admissible, sous réserve de ce qui est prévu en vertu du droit d'exemption.

2) Salarié à temps partiel

La participation à ces garanties est facultative.

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

La participation à l'assurance vie des personnes à charge et à l'assurance vie additionnelle de l'adhérent est facultative.

Assurance maladie complémentaire

La participation est obligatoire pour tout salarié admissible de même que pour ses personnes à charge admissibles, s'il y a lieu, sous réserve de ce qui est prévu en vertu du droit d'exemption.

Assurance frais dentaires

La participation à l'assurance frais dentaires est facultative par unité d'accréditation.

Pour pouvoir participer à l'assurance frais dentaires, les salariés d'une unité d'accréditation doivent se prononcer en faveur de la mise en vigueur de cette garantie. La mise en vigueur de l'assurance frais dentaires dans une unité d'accréditation implique une durée minimale de participation de 36 mois.

Salarié dont l'unité d'accréditation s'est prononcée en faveur de la mise en vigueur de l'assurance frais dentaires

1) Salarié à temps complet

La participation à cette garantie est obligatoire pour tout salarié à temps complet admissible, sous réserve de ce qui est prévu en vertu du droit d'exemption. La participation est facultative pour ses personnes à charge, s'il y a lieu.

2) Salarié à temps partiel

La participation à cette garantie est facultative pour tout salarié à temps partiel admissible et pour ses personnes à charge, s'il y a lieu.

Salarié dont l'unité d'accréditation s'est prononcée contre la mise en vigueur de l'assurance frais dentaires

Aucun salarié de cette unité d'accréditation ne peut participer à l'assurance frais dentaires.

Reprise de vote

- 1) Pour les salariés d'une unité d'accréditation qui participent à l'assurance frais dentaires et qui désirent y mettre fin, la reprise d'un vote peut être tenue sur demande auprès du syndicat ou du Comité, à la condition que cette garantie ait été en vigueur depuis au moins 36 mois.

- 2) Pour les salariés d'une unité d'accréditation qui ne participent pas à l'assurance frais dentaires, la reprise d'un vote peut être tenue, sur demande auprès du syndicat ou du Comité, mais ne peut avoir lieu moins de 12 mois suivant la date du vote précédent, à moins que le Comité en décide autrement.

Date d'entrée en vigueur de l'assurance frais dentaires

Si un vote est favorable à la mise en vigueur de l'assurance frais dentaires dans une unité d'accréditation, la décision prise lors dudit vote est applicable le premier jour de la période de prime suivant la date de réception de l'avis écrit par l'assureur.

Dans le cas d'un adhérent totalement invalide à la date d'entrée en vigueur de l'assurance frais dentaires dans son unité d'accréditation, celui-ci pourra participer à cette garantie selon ce qui est prévu ci-dessus à la date à laquelle il reprend effectivement le travail si, à cette date, l'assurance frais dentaires est toujours en vigueur dans son unité d'accréditation.

Date de terminaison de l'assurance frais dentaires

Si un vote est favorable à la terminaison de l'assurance frais dentaires dans une unité d'accréditation, la décision prise lors dudit vote est applicable le premier jour de la période de prime qui suit la date du vote. L'assurance frais dentaires doit cependant avoir été en vigueur pendant au moins 36 mois dans l'unité d'accréditation pour que la terminaison soit applicable, y compris pour tout employeur de salariés non syndiqués. Un avis écrit en ce sens doit être expédié à l'assureur.

Révision de la participation du salarié à temps partiel (convention collective)

La participation des salariés à temps partiel (convention collective) est révisée tous les 6 mois par les employeurs, soit le 1^{er} mai et le 1^{er} novembre de chaque année. Elle est fonction du pourcentage de temps travaillé au cours des 6 mois précédents, par rapport au temps complet.

Condition particulière pour les salariés à temps partiel

Le salarié doit participer à toutes les garanties dont la participation est facultative (sauf l'assurance vie des personnes à charge, l'assurance vie additionnelle de l'adhérent et l'assurance frais dentaires des personnes à charge) ou à aucune d'entre elles. S'il choisit de participer à toutes les garanties, il doit les conserver jusqu'à la période de réadhésion qui suit au moins un an de couverture. S'il choisit de ne participer qu'à l'assurance maladie, il pourra adhérer à toutes les garanties facultatives lors d'une période de réadhésion à la condition d'en faire la demande.

Salarié admissible travaillant chez plus d'un employeur

Si un salarié travaille chez plus d'un employeur, il doit participer à l'assurance vie des personnes à charge, l'assurance maladie complémentaire et l'assurance frais dentaires d'un seul de ses employeurs. Cet employeur, aussi désigné comme le point d'attache, est celui où le salarié :

- 1) travaille à temps complet; ou
- 2) s'il travaille à temps partiel (convention collective),
 - a) travaille lors de son embauche; ou
 - b) effectue la majorité de ses heures de travail au cours d'une période minimale de 6 mois.

MODIFICATION DU STATUT DE PROTECTION

Les statuts de protection disponibles en vertu de la police sont les suivants :

| STATUTS DE PROTECTION | PERSONNES ASSURÉES |
|------------------------------|-------------------------------|
| Individuelle | Adhérent seulement |
| Familiale | Adhérent, conjoint et enfants |
| Monoparentale | Adhérent et enfants |

Le statut de protection peut être différent d'une garantie à l'autre.

Le statut de protection peut être changé à la suite d'un événement de vie, en présentant une demande à l'assureur dans les 31 jours qui suivent l'événement. Le nouveau statut de protection entre alors en vigueur à la date de l'événement. Si l'adhérent présente sa demande plus de 31 jours après un événement de vie, le nouveau statut de protection entre en vigueur à la date de réception de la demande par l'assureur. Dans un tel cas, les prestations d'assurance frais dentaires sont limitées tel que décrit à la section ASSURANCE FRAIS DENTAIRES.

Un événement de vie est défini comme suit :

- 1) mariage, nouveau conjoint de fait, séparation ou divorce;
- 2) naissance ou adoption d'un premier enfant;
- 3) perte du régime d'assurance collective du conjoint, pour une raison autre qu'un choix personnel;
- 4) décès d'une personne à charge;

- 5) cessation de l'admissibilité de la dernière personne à charge;
- 6) obtention d'un poste à temps complet; ou
- 7) modification du point d'attache.

La modification du point d'attache est considérée comme un événement de vie pour les salariés travaillant pour plus d'un employeur, pourvu que le salarié effectue la majorité de ses heures de travail au nouveau point d'attache pendant une période minimale de 6 mois. Une fois cette période écoulée, le statut de protection peut être changé en tout temps, sans restriction quant au délai pour présenter une demande.

DROIT D'EXEMPTION ET TERMINAISON DU DROIT D'EXEMPTION

Un salarié admissible pour la première fois peut s'exempter de participer à l'assurance maladie complémentaire et/ou à l'assurance frais dentaires lors de son adhésion à l'assurance, pourvu qu'il en avise son employeur et qu'il fournisse la preuve qu'il est déjà assuré en vertu d'un autre régime d'assurance collective semblable.

Un adhérent assuré en vertu de l'assurance maladie complémentaire et/ou de l'assurance frais dentaires peut s'exempter à la suite d'un événement de vie s'il en fait la demande dans les 31 jours qui suivent l'évènement. Si l'adhérent désire s'exempter de participer à l'assurance maladie complémentaire et/ou à l'assurance frais dentaires en raison de l'obtention par son conjoint d'une couverture en vertu d'un régime d'assurance collective semblable, il peut en faire la demande dans les 31 jours suivant la date d'adhésion de son conjoint à cette assurance.

Un adhérent dont les personnes à charge désirent s'exempter de l'assurance maladie complémentaire doit fournir la preuve qu'elles sont déjà assurées en vertu d'un autre régime d'assurance collective semblable.

Un adhérent s'étant prévalu de son droit d'exemption peut adhérer à l'assurance maladie complémentaire et/ou de l'assurance frais dentaires à la suite d'un événement de vie s'il en fait la demande dans les 31 jours qui suivent l'évènement. Toutefois, l'adhérent bénéficie automatiquement du module de base et de la protection qu'il a demandée si la demande est présentée plus de 31 jours après l'événement et si l'événement fait en sorte que l'adhérent exempté doit adhérer à l'assurance. Dans un tel cas, l'assurance maladie complémentaire entre en vigueur à la date de réception de la demande par l'assureur.

Pour l'adhérent qui présente une demande pour ses personnes à charge plus de 31 jours après la date de cessation de l'assurance ayant permis l'exemption, les prestations d'assurance frais dentaires sont limitées tel que décrit à la section ASSURANCE FRAIS DENTAIRES.

DEMANDES D'ADHÉSION

Tout nouveau salarié admissible à l'assurance doit remplir, pour lui-même et ses personnes à charge, s'il y a lieu, une demande d'adhésion dans les 31 jours qui suivent la date à laquelle il y devient admissible, sous réserve des dispositions prévues pour les salariés à temps partiel à l'article PARTICIPATION À L'ASSURANCE.

Choix et changement de module

1) Choix de module

Dans les 31 jours suivant la date à laquelle il devient admissible, l'adhérent peut choisir entre les modules de base, intermédiaire ou complet. Les modules intermédiaire et complet incluent l'assurance frais dentaires si elle est en vigueur dans l'unité d'accréditation de l'adhérent.

L'adhérent qui ne choisit pas de module pendant le délai de 31 jours bénéficie automatiquement :

- a) du module de base;
- b) de la protection qu'il a demandée.

L'adhérent qui ne fait pas de choix de module bénéficie automatiquement :

- a) du module de base;
- b) d'une protection individuelle.

La couverture prend effet à la date à laquelle l'adhérent devient admissible et demeure en vigueur jusqu'au 30 avril qui précède la prochaine période de couverture. L'adhérent peut alors choisir de conserver le même module ou de changer de module selon les dispositions prévues en 2) ci-dessous.

La première période de couverture s'étend du 1^{er} mai 2019 au 30 avril 2020. Par la suite, chaque période de couverture durera 12 mois.

2) Changement de module

Toute demande de changement de module doit être faite par l'adhérent au cours d'une période de réadhésion. Cette période aura lieu du 1^{er} au 31 mars précédent chaque période de couverture. Toute demande de changement de module peut également être faite à la suite d'un évènement de vie. Dans ce cas, la demande de changement doit être faite dans les 31 jours qui suivent l'évènement.

Toutefois, le choix de l'adhérent d'assurer ou non ses personnes à charge en vertu de l'assurance frais dentaires ne peut être modifié qu'aux 2 ans, à moins que le changement ne soit requis à la suite d'un évènement de vie.

Les changements de module peuvent être effectués selon la règle de l'escalier. En vertu de cette règle, l'adhérent ne peut monter ou descendre que d'une seule marche à la fois. Les marches sont définies comme suit :

- a) exemption : marche n° 0;
- b) module de base : marche n° 1;
- c) module intermédiaire : marche n° 2;
- d) module complet : marche n° 3.

Les changements de module demandés par l'adhérent prennent effet le 1^{er} mai qui suit la période de réadhésion, ou, dans le cas d'un évènement de vie, à la date de l'évènement. La couverture débute alors à cette date pour toutes les garanties.

Si l'adhérent remplit sa demande plus de 31 jours après un évènement de vie, le module demeure celui déjà en vigueur et aucun changement de module ne peut être fait jusqu'à la prochaine période de réadhésion. Si toutefois l'évènement de vie fait en sorte que l'adhérent qui était exempté doit adhérer au présent régime, il bénéficiera, à compter de la date de réception de la demande par l'assureur :

- a) du module de base;
- b) de la protection qu'il a demandée.

Les salariés exemptés en vertu d'une seule garantie (assurance maladie complémentaire ou assurance frais dentaires) peuvent, à la réadhésion :

- a) s'exempter en vertu de la garantie pour laquelle ils n'étaient pas exemptés;
- b) participer à la garantie à laquelle ils étaient exemptés. Dans un tel cas, le module applicable est celui en vigueur pour la garantie pour laquelle ils n'étaient pas exemptés;
- c) changer de module selon les règles établies ci-dessus pour la garantie pour laquelle ils n'étaient pas exemptés et demeurer exempté en vertu de l'autre garantie.

Si, pour toute autre raison qu'un congé de maternité, de paternité ou d'adoption et le congé sans solde qui le suit, l'adhérent est absent du travail à la date à laquelle il aurait droit de modifier son choix de module, et si sa couverture est prolongée selon ce qui est prévu à la disposition ABSENCE DU TRAVAIL, il demeure couvert pour le même module que celui en vigueur immédiatement avant le début de l'absence, mais pas au-delà de la période indiquée à la disposition ABSENCE DU TRAVAIL. À son retour au travail, toute demande de changement de module doit être faite dans les 31 jours. Ce changement prend effet à la date à laquelle l'adhérent reprend effectivement le travail.

Si l'adhérent remplit sa demande plus de 31 jours après un évènement de vie ou la date de retour au travail, le module demeure celui déjà en vigueur et aucun changement de module ne peut être fait jusqu'à la prochaine période de réadhésion.

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

Salarié à temps complet

1) L'assurance d'un **salarié** prend effet à la dernière des dates suivantes, pourvu qu'il soit effectivement au travail à cette date :

- a) la date de prise d'effet du contrat;
- b) la date à laquelle il devient admissible à l'assurance;
- c) pour l'assurance vie additionnelle de l'adhérent, la date à laquelle l'assurabilité du salarié est approuvée par l'assureur.

Si le salarié n'est pas effectivement au travail à la date à laquelle son assurance prendrait normalement effet, son assurance débute le premier jour où il reprend effectivement le travail. Si toutefois le salarié n'est pas effectivement au travail à cette date uniquement parce qu'il est en congé payé ou parce que c'est un jour férié, il est considéré comme étant effectivement au travail à cette date.

2) L'assurance des **personnes à charge** prend effet à la dernière des dates suivantes :

- a) la date à laquelle l'assurance du salarié prend effet en vertu du contrat;
- b) la date à laquelle l'adhérent devient admissible à l'assurance des personnes à charge, s'il présente une demande dans les 31 jours suivant cette date. Si la demande est présentée après ce délai :
 - i) l'assurance vie des personnes à charge débute le 1^{er} mai qui suit la période de réadhésion au cours de laquelle l'adhérent en fait la demande;
 - ii) l'assurance maladie complémentaire débute à la date de réception de la demande;
 - iii) l'assurance frais dentaires débute à la date de réception de la demande et les prestations d'assurance frais dentaires sont limitées tel que décrit à la section ASSURANCE FRAIS DENTAIRES;
- c) le 1^{er} mai qui suit la période de réadhésion au cours de laquelle l'adhérent demande l'assurance vie des personnes à charge, pour l'adhérent qui a choisi de ne pas participer à cette garantie lors de son adhésion ou celle de ses personnes à charge;

d) le 1^{er} janvier qui suit la période de réadhésion au cours de laquelle l'adhérent demande l'assurance frais dentaires, pour l'adhérent qui a choisi de ne pas participer à cette garantie lors de son adhésion ou celle de ses personnes à charge. Par la suite, le choix de l'adhérent d'assurer ses personnes à charge ne peut être modifié qu'aux 2 ans, à moins que le changement ne soit requis à la suite d'un évènement de vie.

Lorsqu'un adhérent qui a déjà souscrit à l'assurance des personnes à charge présente une demande pour une nouvelle personne à charge, l'assurance de cette personne prend effet à sa date d'admissibilité.

Salarié à temps partiel

- 1) L'assurance d'un **salarié** prend effet à la dernière des dates suivantes, pourvu qu'il soit effectivement au travail à cette date :
 - a) la date de prise d'effet du contrat ou la date à laquelle il devient admissible à l'assurance, pour l'assurance maladie complémentaire;
 - b) la date de prise d'effet du contrat ou la date à laquelle il devient admissible à l'assurance, s'il présente une demande dans les 31 jours suivant cette date, pour les garanties dont la participation est facultative, sauf l'assurance vie additionnelle de l'adhérent. Si aucune demande n'est présentée durant ce délai, l'assurance débute :
 - i) le 1^{er} mai, s'il en fait la demande lors d'une période de réadhésion; ou
 - ii) le 1^{er} mai ou le 1^{er} novembre coïncidant avec une révision de sa participation, s'il demande cette garantie.
 - c) pour l'assurance vie additionnelle de l'adhérent, la date à laquelle l'assurabilité du salarié est approuvée par l'assureur;
 - d) le 1^{er} mai ou le 1^{er} novembre coïncidant avec une révision de la participation de l'adhérent faisant en sorte qu'il devient un salarié à temps complet;
 - e) la date d'obtention d'un poste à temps complet, pour les garanties dont la participation est facultative, sauf l'assurance vie additionnelle de l'adhérent.

2) L'assurance des **personnes à charge** prend effet à la dernière des dates suivantes :

- a) la date à laquelle l'assurance du salarié prend effet en vertu du contrat;
- b) la date à laquelle l'adhérent devient admissible à l'assurance des personnes à charge, s'il présente une demande dans les 31 jours suivant cette date. Si la demande n'est pas présentée dans ce délai :
 - i) l'assurance vie des personnes à charge débute le 1^{er} mai qui suit la période de réadhésion au cours de laquelle l'adhérent en fait la demande;
 - ii) l'assurance maladie complémentaire débute à la date de réception de la demande;
 - iii) l'assurance frais dentaires débute à la date de réception de la demande et les prestations d'assurance frais dentaires sont limitées tel que décrit à la section ASSURANCE FRAIS DENTAIRES;
- c) le 1^{er} mai qui suit la période de réadhésion au cours de laquelle l'adhérent demande l'assurance vie des personnes à charge, pour l'adhérent qui a choisi de ne pas participer à cette garantie lors de son adhésion ou celle de ses personnes à charge;
- d) pour un adhérent qui a choisi de ne pas participer à l'assurance frais dentaires lors de son adhésion ou celle de ses personnes à charge :
 - i) le 1^{er} mai qui suit la période de réadhésion au cours de laquelle l'adhérent demande cette garantie;
 - ii) le 1^{er} mai ou le 1^{er} novembre coïncidant avec une révision de sa participation, s'il demande cette garantie.

Par la suite, le choix de l'adhérent d'assurer ses personnes à charge ne peut être modifié qu'aux 2 ans, à moins que le changement ne soit requis à la suite d'un évènement de vie.

- e) le 1^{er} mai ou le 1^{er} novembre coïncidant avec une révision de la participation de l'adhérent faisant en sorte qu'il devient un salarié à temps complet;
- f) la date d'obtention d'un poste à temps complet, pour les garanties dont la participation est facultative.

Lorsqu'un adhérent qui a déjà souscrit à l'assurance des personnes à charge présente une demande pour une nouvelle personne à charge, l'assurance de cette personne prend effet à sa date d'admissibilité.

ABSENCE DU TRAVAIL

Lors d'une absence du travail pour une des raisons énumérées ci-dessous, des arrangements administratifs doivent être convenus avant le début de l'absence du travail pour qu'il n'y ait pas d'interruption d'assurance pour non-paiement des primes.

La date prévue de retour au travail à la suite d'un congé sans solde peut être devancée uniquement dans le cas d'un retour effectif au travail de l'adhérent.

Dans le cas où l'adhérent a décidé de ne pas maintenir sa participation aux garanties autres que l'assurance maladie complémentaire, sa participation reprend automatiquement dès qu'il reprend effectivement le travail. Si une invalidité survient lors de l'absence, aucune prestation d'assurance salaire n'est payable.

Si l'adhérent a maintenu sa participation aux garanties d'assurance salaire pendant une période d'absence du travail et qu'une invalidité totale débute durant cette absence, la période d'invalidité totale est réputée avoir débuté à la date prévue de retour au travail de l'adhérent.

Maladie ou accident

Un adhérent qui :

- 1) n'est plus considéré totalement invalide par l'assureur; et
- 2) est dans l'impossibilité de retourner au travail pour une raison autre qu'un accident de travail reconnu en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou de toute autre loi semblable;

est réputé absent en raison de maladie ou d'accident. Il peut alors maintenir sa participation à l'assurance, à l'exception des assurances salaire de courte et de longue durée, jusqu'à la dernière des dates suivantes :

- 3) la date à laquelle 36 mois se sont écoulés depuis le début de l'invalidité; ou
- 4) la date à laquelle il cesse d'être un salarié et que le lien d'emploi est rompu.

L'adhérent doit payer la prime totale (adhérent/employeur) par l'intermédiaire de son employeur.

Congé avec solde et congé sans solde de quatre semaines ou moins

La participation de l'adhérent est maintenue et il continue d'être assuré, de même que ses personnes à charge, le cas échéant. L'employeur et l'adhérent continuent à verser leur prime respective.

Congé sans solde de plus de quatre semaines

La participation à l'assurance est maintenue, selon le choix de l'adhérent parmi les suivants :

- 1) maintien de l'assurance maladie complémentaire seulement;
- 2) maintien de toutes les garanties détenues par l'adhérent avant le début du congé.

L'adhérent qui n'effectue pas son choix avant le début de son congé bénéficie uniquement de l'assurance maladie complémentaire.

L'adhérent doit verser la totalité de la prime de la ou des assurances maintenues pour toute la durée du congé.

Lors d'un congé sans solde pour soutien aux Forces canadiennes, les mêmes règles s'appliquent. Si l'adhérent maintient sa participation aux autres garanties, il continue d'être assuré, de même que ses personnes à charge. Les montants versés par un régime d'avantages sociaux des Forces canadiennes viendront réduire les prestations payables par le présent régime.

Congé partiel sans solde

La participation au régime d'assurance est maintenue durant cette période, le salaire assuré étant alors basé sur le salaire à temps complet.

Congé de maternité, de paternité ou d'adoption, et le congé sans solde qui suit

La participation à l'assurance est maintenue, selon le choix de l'adhérent parmi les suivants :

- 1) maintien de l'assurance maladie complémentaire seulement;
- 2) maintien de toutes les garanties détenues par l'adhérent avant le début du congé.

L'adhérent qui n'effectue pas son choix avant le début de son congé bénéficie de toutes les garanties qu'il détenait avant le début du congé.

Pour un adhérent ayant choisi le maintien de toutes les garanties, il est possible, avant le début du congé sans solde qui suit le congé de maternité, de paternité ou d'adoption, de modifier ce choix et de ne conserver que l'assurance maladie complémentaire.

L'employeur et l'adhérent continuent à verser leur prime respective durant le congé de maternité, de paternité ou d'adoption, et les 52 premières semaines du congé sans solde qui suit. Par la suite, l'adhérent doit verser la totalité de la prime de la ou des assurances maintenues.

Congédiement contesté

Un adhérent congédié dont le congédiement est contesté par voie de grief ou de recours à l'arbitrage au sens du Code du travail doit maintenir en vigueur sa participation à l'assurance maladie complémentaire à son égard, et à l'égard de ses personnes à charge s'il y a lieu, en payant directement à l'assureur la prime totale (adhérent/employeur) prévue.

Relativement à l'assurance vie de base de l'adhérent et des personnes à charge, à l'assurance vie additionnelle de l'adhérent et à l'assurance frais dentaires, l'adhérent peut, s'il le désire, continuer d'être assuré en vertu de celles-ci, de même que ses personnes à charge, s'il y a lieu, en payant directement à l'assureur la prime totale (adhérent/employeur) prévue. L'assurance est maintenue jusqu'à ce que la décision finale, incluant les procédures d'appel le cas échéant, soit rendue.

Les assurances salaire de courte et de longue durée sont suspendues à compter de la date du congédiement et jusqu'à la date où la décision finale est prononcée. Dans l'éventualité où la décision finale est favorable à l'adhérent, les garanties sont remises en vigueur rétroactivement à la date du congédiement et les primes sont alors payables pour la durée où les garanties ont été suspendues. Dans un tel cas, l'invalidité ouvrant droit à des prestations et survenant durant la période de contestation par voie de grief est reconnue. Le délai de carence commence à la date du début de l'invalidité totale. Si le congédiement est maintenu par la décision finale, les garanties d'assurance salaire sont réputées s'être terminées à la date à laquelle l'adhérent a été congédié.

Suspension

Pour une suspension de quatre semaines ou moins, la participation de l'adhérent est maintenue et il continue d'être assuré, de même que ses personnes à charge, le cas échéant. L'employeur et l'adhérent continuent à verser leur prime respective.

Pour une suspension de plus de quatre semaines, les modalités du congé sans solde de plus de quatre semaines s'appliquent.

Mise à pied temporaire, grève, lock-out

L'assurance est maintenue en vigueur conformément aux conventions de travail pertinentes, pourvu que les primes continuent d'être versées à l'assureur. Il est par ailleurs entendu que ce maintien d'assurance ne peut excéder 12 mois dans le cas d'une mise à pied temporaire.

Régime de congé à traitement différé

- 1) Durant la période de contribution de l'adhérent, la participation au régime d'assurance collective est maintenue. Le salaire assuré est alors basé sur le salaire réduit. Cependant, l'adhérent peut, en payant l'excédent des primes applicables, maintenir un salaire assuré équivalent au salaire qui serait payé s'il ne bénéficiait pas du régime de congé à traitement différé. Ce choix doit être fait au début du régime de congé à traitement différé.
- 2) Durant la période de congé, les modalités du congé sans solde de plus de quatre semaines s'appliquent. L'adhérent doit aviser son employeur de son choix avant la période de congé.

Retraite progressive

La participation de l'adhérent au régime d'assurance collective est maintenue durant cette période.

Toutefois, pour l'adhérent totalement invalide, le versement de la rente d'assurance salaire de courte durée se poursuit jusqu'à la date à laquelle l'adhérent invalide a reçu 15 semaines de prestations, pour une même période d'invalidité, pourvu :

- 1) que l'entente de retraite progressive de l'adhérent prenne fin à son 70^e anniversaire;
- 2) qu'il n'ait pas encore reçu 15 semaines de prestations lorsqu'il atteint cet âge; et
- 3) que l'invalidité subsiste au cours de cette prolongation.

Pour l'assurance vie de base, le salaire assurable est le salaire avant la réduction du temps travaillé en raison de la retraite progressive. Pour les assurances salaire de courte et de longue durée, le salaire assurable est le salaire réduit.

EXONÉRATION DES PRIMES EN CAS D'INVALIDITÉ TOTALE

Ouverture du droit à l'exonération

- 1) Assurance vie des personnes à charge, assurance maladie complémentaire et assurance frais dentaires

Aucune prime n'est payable à l'égard de l'assurance pour tout adhérent qui devient totalement invalide et aussi longtemps que l'invalidité totale persiste. L'exonération des primes débute le premier jour de la période de prime qui coïncide avec ou qui suit la date prévue pour le premier versement de la prestation d'assurance salaire de longue durée, que l'adhérent ait moins de 65 ans ou 65 ans ou plus à cette date.

- 2) Assurance vie de base de l'adhérent, assurance vie additionnelle de l'adhérent et assurance salaire de longue durée

Aucune prime n'est payable à l'égard de l'assurance pour tout adhérent qui devient totalement invalide avant l'âge de 65 ans et aussi longtemps que l'invalidité totale persiste. L'exonération des primes débute le premier jour de la période de prime qui coïncide avec ou qui suit la date prévue pour le premier versement de la prestation d'assurance salaire de longue durée.

- 3) Assurance salaire de courte durée

Aucune prime n'est payable à l'égard de l'assurance pour tout adhérent qui devient totalement invalide avant l'âge de 70 ans et aussi longtemps que l'invalidité totale persiste. L'exonération des primes débute le premier jour de la période de prime qui coïncide avec ou qui suit la date prévue pour le premier versement de la prestation d'assurance salaire de longue durée, que l'adhérent ait moins de 65 ans ou 65 ans ou plus à cette date.

Un adhérent totalement invalide en assignation temporaire qui reçoit son plein salaire ne bénéficie pas de l'exonération des primes pour la durée d'une telle assignation.

Terminaison du droit à l'exonération

L'exonération des primes prend fin à la première des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle l'adhérent est incapable ou refuse de fournir à l'assureur des preuves satisfaisantes de son invalidité totale;
- 2) la date de la retraite de l'adhérent;
- 3) pour l'assurance vie de base de l'adhérent, l'assurance vie additionnelle de l'adhérent et l'assurance salaire de longue durée, la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 65 ans;
- 4) pour l'assurance salaire de courte durée, la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 70 ans;
- 5) pour l'assurance vie des personnes à charge, l'assurance maladie complémentaire et l'assurance frais dentaires, la date à laquelle la durée de la période d'invalidité totale atteint 3 ans. Toutefois, l'exonération des primes peut être maintenue jusqu'au 65^e anniversaire de naissance ou jusqu'à la date à laquelle la durée de la période d'invalidité totale atteint 3 ans, selon la dernière de ces éventualités, pour les adhérents suivants:
 - a) les adhérents totalement invalides en raison d'une lésion professionnelle dont l'invalidité totale a débuté le 1er janvier 2007 ou après; et

- b) les adhérents totalement invalides en raison d'une lésion professionnelle qui étaient auparavant assurés jusqu'à l'âge de 65 ans en vertu d'un contrat d'assurance collective couvrant des techniciens ambulanciers paramédics et qui ont été transférés au contrat entre le 14 février 2010 et le 3 juillet 2011, peu importe la date du début de leur invalidité totale;
- 6) pour l'assurance frais dentaires, la date de terminaison de cette garantie dans l'unité d'accréditation du salarié à la suite d'un vote en faveur de la terminaison;
- 7) pour l'assurance vie des personnes à charge, l'assurance maladie complémentaire et l'assurance frais dentaires, la date de la fin du contrat.

TERMINAISON DE L'ASSURANCE

Adhérent

L'assurance de tout adhérent prend fin à 23 h 59 min 59 s, à la première des dates suivantes :

- 1) la date de la fin du contrat, sous réserve des dispositions prévues en cas d'exonération des primes;
- 2) la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée pour cet adhérent;
- 3) la date à laquelle il cesse d'être un salarié, sous réserve de ce qui est prévu au paragraphe 4);
- 4) le 31^e jour qui suit la date à laquelle il cesse d'être un salarié pour les assurances vie de base et additionnelle de l'adhérent;
- 5) pour l'assurance vie additionnelle de l'adhérent, la date de réception par l'assureur de l'avis de terminaison;
- 6) la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de :
 - a) 70 ans l'assurance salaire de courte durée;
 - b) 65 ans pour l'assurance salaire de longue durée. Toutefois, l'adhérent qui atteint l'âge de 64 ans et 6 mois cesse de cotiser;
- 7) la date de sa retraite;
- 8) le premier jour de la période de prime suivant la date du vote favorable à la terminaison de cette garantie dans l'unité d'accréditation de l'adhérent, pour ce qui est de l'assurance frais dentaires;
- 9) la fin de la période de prime au cours de laquelle l'adhérent s'exempte, pour l'assurance maladie complémentaire et l'assurance frais dentaires;

- 10) relativement à une garantie exonérée du paiement des primes, à la date à laquelle se termine une telle exonération des primes, à moins que l'adhérent demeure admissible à l'assurance et que la prime soit versée;
- 11) relativement à un salarié à temps partiel et uniquement pour les garanties facultatives, la date de début de la prochaine période de couverture, pourvu que l'avis de l'adhérent de mettre fin à sa participation aux garanties soit transmis lors d'une période de réadhésion;
- 12) pour les garanties dont la participation est facultative, la fin de la période de 45 jours qui suit la perte du poste à temps complet pour un salarié à temps complet qui :
 - a) devient un salarié à temps partiel; et
 - b) décide de mettre fin à sa participation à cette garantie;pourvu qu'il en avise l'assureur dans les 31 jours qui suivent la perte du poste à temps complet;
- 13) la date à laquelle un employeur de salariés non syndiqués met fin à la participation au présent régime, pourvu que la durée minimale de 36 mois de participation à l'assurance frais dentaires ait été complétée.

Personne à charge

L'assurance de toute personne à charge prend fin à 23 h 59 min 59 s, à la première des dates suivantes :

- 1) la date de la fin du contrat;
- 2) la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée pour cette personne à charge;
- 3) la date de la fin de l'assurance de l'adhérent;
- 4) la date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge;
- 5) la date de réception par l'employeur de l'avis de l'adhérent de mettre fin à la participation de ses personnes à charge.

MODIFICATION DE LA SOMME ASSURÉE OU DES PRESTATIONS

À moins d'indication contraire de la part du Comité, toute modification consécutive à un changement de salaire prend effet à la date réelle du changement de salaire, pourvu que l'adhérent ne soit pas alors totalement invalide, sinon à la date de la fin de sa période d'invalidité totale. Par conséquent, aucune prime ne sera perçue sur l'ajustement rétroactif de salaire et aucun ajustement ne sera apporté aux prestations d'assurance vie et d'assurance salaire déjà versées.

Toute augmentation ou toute diminution des prestations en assurance vie et en assurance salaire pour une raison autre qu'un changement de salaire de l'adhérent entre en vigueur à la date du changement si l'adhérent est alors au travail, ou s'il l'était le dernier jour où il devait normalement l'être, sinon à la date de son retour au travail. Il est toutefois entendu qu'aucune modification des prestations ne peut survenir au cours d'une période d'invalidité totale.

ADHÉRENT QUI PREND SA RETRAITE

Lorsqu'un adhérent prend sa retraite, les dispositions suivantes s'appliquent :

- 1) le régime d'assurance collective se termine à la date de la retraite;
- 2) le salarié doit s'inscrire à la Régie de l'assurance maladie du Québec pour être couvert par le RGAM;
- 3) le salarié peut adhérer à un régime individuel d'assurance maladie offert aux retraités, sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité, en remplissant une demande d'adhésion à cet effet dans les 60 jours suivant la date de la retraite.

ADHÉRENT QUI ATTEINT 65 ANS

Lorsqu'un adhérent atteint 65 ans, les dispositions suivantes s'appliquent :

- 1) l'assurance salaire de longue durée se termine;
- 2) toutes les autres garanties se poursuivent;
- 3) l'adhérent devient automatiquement assuré par le Régime général d'assurance médicaments, sous réserve des **Dispositions particulières pour les adhérents de 65 ans ou plus** décrites ci-dessous.

Dispositions particulières pour les adhérents de 65 ans ou plus

Toute personne de 65 ans ou plus est automatiquement couverte par le RGAM de la RAMQ, pour les médicaments dont le remboursement est prévu par ce régime. L'adhérent qui désire maintenir en vigueur la couverture des médicaments prévue par le présent régime doit en faire la demande préalablement par écrit à l'assureur et payer la surprime (l'adhérent doit alors faire annuler son inscription au RGAM auprès de la RAMQ).

Pour les adhérents couverts par le RGAM, les frais suivants sont couverts en vertu de l'assurance maladie complémentaire du présent régime :

- a) les frais servant à couvrir la franchise et la coassurance du RGAM; et
- b) les médicaments couverts en vertu du présent régime et que le RGAM ne couvre pas.

Dans tous les cas, les autres frais admissibles en vertu de l'assurance maladie complémentaire demeurent couverts;

Peu importe son âge, le conjoint du salarié est couvert selon les mêmes conditions que le salarié. Toutefois, le conjoint qui atteint 65 ans avant le salarié peut maintenir sa protection d'assurance auprès de la RAMQ sans conserver l'assurance maladie complémentaire du présent régime. Toutefois, aucune personne à charge ne peut demeurer assurée si le salarié ne le demeure pas lui-même.

Les personnes qui ont choisi de s'assurer auprès de la RAMQ ne peuvent plus par la suite modifier leur choix.

TERMINAISON DE L'ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE, DE L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE ET DE L'ASSURANCE FRAIS DENTAIRES LORS DE LA FIN DE L'EXONÉRATION DES PRIMES

La terminaison de l'exonération des primes pour ces garanties après trois ans d'invalidité implique également la terminaison de l'assurance de l'adhérent invalide et de ses personnes à charge, le cas échéant, à ces garanties.

Conséquemment, l'adhérent doit adhérer au régime d'assurance collective de son conjoint afin d'être couvert par une assurance couvrant les médicaments. Sinon, il doit s'inscrire auprès de la RAMQ afin de participer au RGAM.

L'adhérent peut également adhérer aux différents contrats individuels offerts par l'assureur selon ce qui est prévu à l'article Droit de transformation de chaque garantie.

DEMANDES DE PRESTATIONS

Le règlement des demandes repose sur l'analyse des renseignements transmis à l'aide des formulaires de demande de prestations. La rapidité du paiement des prestations dépend de la précision des renseignements qui y sont fournis. Ces formulaires sont disponibles auprès de l'employeur.

L'assureur n'est responsable d'aucune demande de prestation qui lui est soumise plus de 12 mois après la date de l'événement qui ouvre droit à la prestation.

Assurances vie et assurances salaire

Un avis écrit doit être envoyé à l'assureur au cours des 30 jours qui suivent l'événement donnant lieu à une demande de prestations ou aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire. Les preuves nécessaires au paiement des prestations doivent être fournies au cours des 90 jours qui suivent la date de cet événement.

Assurance maladie complémentaire

Pour toute demande de prestations autre que pour des médicaments, le salarié assuré doit remplir le formulaire de demande de remboursement prévu à cette fin et y attacher l'original des factures acquittées ou utiliser les services électroniques offerts par l'assureur.

L'assureur recommande au salarié assuré de faire ses demandes de remboursement tous les 6 mois, ou plus souvent lorsque la demande est justifiée en raison de son montant élevé.

Toutefois, dans le cas d'un accident entraînant un remboursement de frais, le salarié devrait expédier un avis écrit à l'assureur au cours des 30 jours qui suivent la date de l'accident.

REMBOURSEMENT DES FRAIS DE MÉDICAMENTS

Pour l'achat de médicaments couverts par l'assurance dans une pharmacie qui offre le service de carte de paiement de médicaments, il suffit de présenter au pharmacien la carte sur laquelle est inscrit le numéro d'identification du salarié. Le mode de paiement prévu par le présent régime est « direct » et permet au salarié de débourser uniquement la partie non assurée des frais de médicaments qu'il a engagés.

Pour l'achat de médicaments couverts par l'assurance dans une pharmacie qui n'offre pas le service de paiement par carte, l'adhérent doit remplir le formulaire de demande de remboursement prévu à cette fin et y attacher l'original des factures acquittées.

REMBOURSEMENT À LA SUITE D'UNE ANNULATION DE VOYAGE

Les preuves justificatives suivantes doivent accompagner toute demande de prestations ou parvenir à l'assureur dans les 90 jours qui suivent la demande :

- 1) titres de transport inutilisés;
- 2) reçus officiels pour les frais du voyage de retour (autres que ceux du voyage de retour prévu lors de l'achat du voyage initial);
- 3) reçus pour les arrangements terrestres; les reçus doivent inclure les contrats émis officiellement par l'intermédiaire d'un agent de voyage ou d'une compagnie accréditée, contrats dans lesquels il est fait mention des montants non remboursables en cas d'annulation. Les crédits-voyage sont considérés par l'assureur comme un remboursement;
- 4) document officiel attestant la cause de l'annulation; si l'annulation est due à des raisons médicales, la personne doit fournir un certificat médical rédigé par le médecin traitant de la localité où l'accident ou la maladie se sont produits; le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet et préciser les raisons exactes pour lesquelles le voyage a dû être annulé.

Assurance frais dentaires

Pour le remboursement des frais dentaires, la personne assurée doit présenter la carte de paiement dentaire au dentiste participant. Cette carte permet au salarié de débourser uniquement la partie non assurée des frais dentaires engagés.

Dans le cas d'un dentiste non participant, la personne assurée doit débourser la totalité des honoraires pour les traitements reçus. L'adhérent doit alors soumettre une demande de prestations à l'assureur accompagnée des pièces justificatives à chaque période de 6 mois, ou plus souvent lorsque l'ampleur du montant à réclamer le justifie.

MONNAIE

Tout paiement prévu dans le contrat est effectué en monnaie canadienne.

GENRE ET NOMBRE

Lorsque le contexte le veut ainsi, le masculin implique le féminin et le singulier implique le pluriel.

EXAMEN

À l'occasion, l'assureur a le droit d'exiger que la personne assurée pour laquelle des prestations pourraient être versées soit examinée par un professionnel de la santé de son choix.

BÉNÉFICIAIRE

- 1) Sous réserve des dispositions de la loi, l'adhérent peut désigner ou révoquer en tout temps un ou des bénéficiaires de son assurance en faisant parvenir un avis écrit à l'assureur.
- 2) L'assureur n'assume aucune responsabilité quant à la validité de toute désignation ou révocation de bénéficiaire.
- 3) La somme assurée payable au décès d'une personne à charge assurée est versée à l'adhérent, s'il est alors vivant. Si l'adhérent est décédé, elle est versée selon les modalités suivantes :
 - a) en cas de décès du conjoint, aux héritiers légaux du conjoint;
 - b) en cas de décès d'un enfant à charge de l'adhérent :
 - i) au conjoint s'il est vivant;
 - ii) sinon aux héritiers légaux de l'enfant à charge.

COORDINATION DES PRESTATIONS ET PARTAGE DES REMBOURSEMENTS

COORDINATION DES PRESTATIONS – Le montant total des prestations versées en vertu de tous les régimes d'assurance s'appliquant à une même personne ne peut jamais excéder le montant des frais assurés effectivement engagés. L'assureur peut – sous réserve du consentement de la personne assurée si la loi le prescrit – obtenir de toute personne ou communiquer à ladite personne tout renseignement qui pourrait être nécessaire à l'application de cet article ou qui pourrait faciliter le paiement des prestations en vertu de la présente assurance.

COORDINATION DES PRESTATIONS POUR L'ASSURANCE VOYAGE – Si une personne assurée par l'assurance voyage est également couverte en vertu de tout autre régime ou assurance qui fournit des prestations semblables, seuls les frais admissibles en excéder des montants payables par tous les autres régimes ou assurances sont couverts en vertu de l'assurance voyage.

Si les autres régimes ou assurances comportent une stipulation semblable ou une disposition de coordination des prestations, les prestations sont coordonnées entre tous les régimes ou assurances de sorte que le total des paiements n'excède pas le total des frais admissibles engagés par la personne.

PARTAGE DES REMBOURSEMENTS – Si la personne assurée en vertu du contrat est aussi assurée en vertu d'un autre régime et si cet autre régime ne contient pas de disposition relative au partage des remboursements, le remboursement prévu par cet autre régime doit être effectué en premier lieu, le contrat limitant alors la responsabilité de l'assureur au solde des frais assurables.

Toutefois, si l'autre régime contient une disposition relative au partage des remboursements, le remboursement initial avant application de la coordination est la responsabilité du régime aux termes duquel la personne assurée n'est pas une personne à charge. Par la suite, les frais non remboursés sont la responsabilité du régime aux termes duquel la personne est considérée comme personne à charge.

Dans le cas des enfants à charge, le remboursement initial avant application de la coordination est la responsabilité du régime de celui des deux conjoints assurés dont l'anniversaire de naissance arrive en premier au cours de l'année civile. Par la suite, les frais non remboursés sont la responsabilité du régime de l'autre conjoint.

Nonobstant ce qui précède, les frais admissibles engagés pendant un congé sans solde pour soutien aux Forces canadiennes doivent être soumis en vertu du régime d'assurance des Forces canadiennes en premier lieu. Par la suite, les dispositions prévues ci-dessus s'appliquent.

RENSEIGNEMENTS INEXACTS SUR L'ÂGE

Lors du règlement de prestations, si l'assureur constate que l'âge véritable de la personne assurée diffère de l'âge effectivement déclaré et fourni sur la demande d'adhésion, les dispositions suivantes s'appliquent :

- 1) si l'utilisation de l'âge véritable de la personne assurée au moment de son adhésion avait eu pour effet de la rendre non admissible à l'assurance, l'assureur annule l'assurance en conformité avec les dispositions prévues à la Loi sur les assurances;
- 2) si le montant, la durée ou le droit aux prestations est fonction de l'âge de la personne assurée, les prestations et, le cas échéant, leur durée sont établies en utilisant l'âge véritable de la personne assurée;
- 3) si le taux de prime est fonction de l'âge, les prestations sont ajustées selon la proportion que représente la prime payée par rapport à la prime exigible.

Toutefois, les présentes dispositions ne peuvent avoir pour effet d'accorder un bénéfice supérieur à celui prévu initialement à la garantie concernée.

ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT

OBJET DE LA GARANTIE

L'assureur s'engage, à la suite du décès de l'adhérent assuré par la présente garantie, à payer au bénéficiaire le montant d'assurance pour lequel l'adhérent est assuré.

MONTANT D'ASSURANCE AU DÉCÈS DE L'ADHÉRENT

Le montant d'assurance payable est le suivant :

- 1) Pour un salarié à temps complet : une fois le salaire annuel, arrondi au prochain multiple de 1 000 \$ si ce n'est pas déjà un tel multiple.

Maximum sans preuves : 150 000 \$

Maximum avec preuves : 300 000 \$.

- 2) Pour un salarié à temps partiel : 30 000 \$.

Le montant payable au décès d'un salarié à temps partiel ne peut excéder 60 000 \$, et ce, même s'il détenait la garantie d'assurance vie de base dans plus de deux groupes rattachés au présent régime.

DROIT DE TRANSFORMATION

Si l'assurance vie de base de l'adhérent prend fin, l'adhérent a le droit de transformer son montant d'assurance en une police individuelle, sans preuves d'assurabilité, jusqu'à concurrence du moindre des montants suivants :

- 1) le montant d'assurance qui est perdu par suite de la cessation;
- 2) 25 000 \$ si l'adhérent a plus de 65 ans;
- 3) le montant maximal applicable dans la province de résidence de l'adhérent; ou
- 4) la différence entre le montant d'assurance vie en vigueur à la date de cessation de la couverture et le montant d'assurance auquel l'adhérent est admissible en vertu d'un autre régime d'assurance vie collective au moment où il peut se prévaloir du droit de transformation.

L'adhérent doit soumettre une proposition d'assurance individuelle à l'assureur dans les 31 jours suivant la date de cessation de sa couverture en vertu de la présente garantie.

Le montant d'assurance vie que l'adhérent a le droit de transformer sera diminué de tout montant d'assurance vie individuelle qui a déjà été converti en vertu de la présente disposition et qui est encore en vigueur. Le montant d'assurance vie que l'adhérent a le droit de transformer sera aussi diminué de tout montant d'assurance converti en vertu d'une autre police d'assurance collective établie par l'assureur.

La police individuelle ne prend pas effet avant la fin de la période de 31 jours qui suit immédiatement la date de cessation de la couverture de l'adhérent en vertu de la présente garantie.

Si l'adhérent décède dans les 31 jours suivant la cessation de sa couverture en vertu de la présente garantie, le montant payable est celui qu'il avait le droit de transformer.

DROIT AU PAIEMENT ANTICIPÉ

Si l'adhérent est totalement invalide et que son espérance de vie est inférieure à 12 mois, une prestation pouvant atteindre 50 % du montant d'assurance détenu, jusqu'à concurrence de 50 000 \$, peut être versée. Dans tous les cas, la demande doit faire l'objet d'une acceptation par l'assureur et les conditions suivantes doivent être satisfaites :

- 1) l'adhérent doit présenter une demande écrite à l'assureur à cet effet;
- 2) l'adhérent doit recevoir des prestations d'assurance salaire de courte ou de longue durée;
- 3) l'adhérent doit prouver que son espérance de vie est inférieure à 12 mois au moment de la demande;
- 4) l'adhérent doit obtenir le consentement écrit du bénéficiaire de l'assurance, s'il est irrévocable.

Le montant d'assurance payable au décès de l'adhérent est alors réduit du montant du paiement anticipé et de l'intérêt calculé sur ce montant, selon un taux de rendement moyen des bons du Trésor d'une durée d'un an majoré de 2 %. Cet intérêt court à compter de la date du paiement anticipé jusqu'à la date du paiement final du solde du montant d'assurance payable au décès de l'adhérent.

ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENT

OBJET DE LA GARANTIE

L'assureur s'engage, à la suite du décès de l'adhérent assuré par la présente garantie, à payer au bénéficiaire le montant d'assurance pour lequel l'adhérent est assuré.

L'adhérent peut souscrire de 1 à 50 tranches de 10 000 \$ d'assurance vie additionnelle. Le montant d'assurance vie additionnelle de l'adhérent ne peut être supérieur à 500 000 \$.

L'assureur exige des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes pour l'établissement de tout montant d'assurance vie additionnelle et pour toute augmentation d'un tel montant.

LIMITATION EN CAS DE SUICIDE

Si l'adhérent se suicide dans les 12 mois qui suivent immédiatement l'entrée en vigueur de toute portion d'un montant d'assurance vie additionnelle demandé, qu'il soit alors sain d'esprit ou non, l'assureur ne rembourse que les primes perçues pour la portion d'assurance en question en lieu et place du montant d'assurance vie additionnelle.

DROIT DE TRANSFORMATION

L'adhérent peut transformer l'assurance qu'il détient en vertu de la présente garantie selon les mêmes conditions que celles applicables en vertu de sa garantie d'assurance vie de base.

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

OBJET DE LA GARANTIE

L'assureur s'engage, à la suite du décès du conjoint ou d'un enfant à charge de l'adhérent âgé d'au moins 24 heures, à payer à l'adhérent le montant d'assurance pour lequel le conjoint ou l'enfant à charge est assuré.

Le montant d'assurance payable est le suivant :

| | |
|--|----------|
| 1) Conjoint : | 5 000 \$ |
| 2) Chaque enfant à charge âgé d'au moins 24 heures : | 2 000 \$ |

DROIT DE TRANSFORMATION

Si l'assurance vie de base des personnes à charge prend fin, elles peuvent exercer ce droit de transformation en même temps et aux mêmes conditions que celles applicables à l'adhérent en vertu de l'assurance vie de base de l'adhérent.

De plus, une personne à charge peut se prévaloir de ce droit si son assurance vie prend fin :

- 1) à la suite du décès de l'adhérent; ou
- 2) parce qu'elle ne fait plus partie d'une catégorie admissible.

ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

OBJET DE LA GARANTIE

Lorsqu'un adhérent devient totalement invalide, il a droit après l'expiration du délai de carence, à une prestation hebdomadaire, selon ce qui est indiqué ci-après.

PRESTATION HEBDOMADAIRE

La prestation hebdomadaire est égale à 66 2/3 % du salaire hebdomadaire brut de l'adhérent au début de son invalidité totale, arrondi au prochain multiple de 1 \$. La prestation est non imposable.

Salaire hebdomadaire maximal : 1 650 \$ par emploi

L'horaire exact de travail est utilisé lors du calcul de la prestation au début et à la fin de l'invalidité.

Les paiements pour une période de moins d'une semaine sont calculés au taux quotidien de 1/7 de la prestation hebdomadaire.

DÉLAI DE CARENCE

La prestation est payable à compter :

- 1) du premier jour de la période d'invalidité totale pour une absence due à un accident ou à une hospitalisation; ou
- 2) de la première des dates suivantes pour une absence due à une maladie :

| Horaire de travail | Délai de carence |
|---|---|
| Temps complet (convention collective) avec quart de travail à l'heure | 24 heures ouvrables |
| Temps complet (convention collective) avec un horaire de faction | 48 heures de faction |
| Temps partiel (convention collective) | 24 heures ouvrables ou 5 jours civils d'invalidité totale, le premier atteint |

DURÉE MAXIMALE DES PRESTATIONS

La prestation est payable pendant un maximum de 26 semaines par période d'invalidité totale. Toutefois, le versement de la prestation ne peut normalement pas se poursuivre après le 70e anniversaire de naissance de l'adhérent.

Dans le cas d'un adhérent totalement invalide qui atteint l'âge de 70 ans et qui n'a pas reçu, à cette date, 15 semaines de prestations, le versement de la prestation se poursuit jusqu'à la première des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle cet adhérent a reçu au total 15 semaines de prestations pour cette même période d'invalidité totale;
- 2) la date à laquelle il cesse d'être totalement invalide; ou
- 3) la date à laquelle il prend sa retraite.

INTÉGRATION DIRECTE

La prestation hebdomadaire prévue à la disposition PRESTATION HEBDOMADAIRE ci-dessus est réduite de :

- 1) toute prestation d'invalidité payable en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, à l'exclusion des prestations pour les personnes à charge;
- 2) toute indemnité de remplacement de revenu payable en vertu de la Loi sur l'assurance automobile du Québec;
- 3) toute prestation payable en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles; ou
- 4) toute rente ou toute prestation payable en vertu d'un régime d'avantages sociaux des Forces canadiennes.

LIMITATION APPLICABLE AUX SALARIÉS OCCUPANT SIMULTANÉMENT PLUSIEURS EMPLOIS

Un adhérent totalement invalide peut occuper un ou plusieurs emplois autres que celui pour lequel il reçoit des prestations d'invalidité. Si le salaire total gagné pour ces emplois durant la période d'invalidité totale est plus élevé que celui gagné avant l'invalidité, les prestations d'invalidité sont réduites par la différence entre le salaire reçu de ces emplois avant et pendant la période d'invalidité.

EXCLUSIONS

L'assureur ne verse aucune prestation

- 1) pour des invalidités totales survenues par suite d'une guerre ou de participation active à une insurrection ou à un acte criminel;
- 2) pour une interruption de travail à temps plein dans le but d'obtenir des soins qui ne sont pas médicalement nécessaires ou qui sont donnés dans un but esthétique, à moins que ceux-ci ne soient nécessaires en raison d'une maladie ou d'une blessure;

- 3) si l'adhérent n'est pas sous les soins continus d'un médecin, sauf en cas d'état stationnaire attesté par un médecin à la satisfaction de l'assureur;
- 4) pendant toute période d'invalidité totale pour laquelle l'adhérent reçoit le paiement de congés de maladie;
- 5) au cours d'un congé de maternité pris conformément à une loi provinciale ou fédérale ou à une entente entre la salariée et son employeur;
- 6) au cours d'une période pour laquelle la salariée assurée reçoit des prestations de maternité en vertu de la Loi sur l'assurance emploi ou du Régime québécois d'assurance parentale;
- 7) pour des invalidités totales résultant d'une lésion professionnelle si l'adhérent a décidé de ne pas s'inscrire à la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST);
- 8) toute période d'invalidité résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie. Toutefois, la période d'invalidité totale résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie pendant laquelle l'adhérent reçoit des traitements ou soins médicaux en vue de sa réadaptation auprès d'un organisme ou d'une institution spécialisés à cet effet est reconnue comme une période invalidité totale.

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

OBJET DE LA GARANTIE

Lorsqu'un adhérent devient totalement invalide, il a droit, à une prestation mensuelle, selon ce qui est indiqué ci-après.

PRESTATION MENSUELLE

La prestation mensuelle est égale à 66 2/3 % du salaire mensuel brut de l'adhérent au début de son invalidité totale, arrondi au prochain multiple de 1 \$. La prestation est imposable.

Salaire mensuel maximal sans preuves : 7 150 \$ par emploi

Salaire mensuel maximal avec preuves : 12 000 \$ par emploi

DÉLAI DE CARENCE

Le délai de carence se termine après épuisement des prestations hebdomadaires d'assurance salaire de courte durée.

DURÉE MAXIMALE DES PRESTATIONS

La prestation est payable durant toute la durée de l'invalidité totale. Toutefois, le versement de la prestation cesse au plus tard le premier jour du mois qui coïncide avec ou suit la date du 65e anniversaire de naissance de l'adhérent totalement invalide.

La prestation mensuelle est fractionnée le cas échéant à raison de 1/30 par jour d'invalidité au cours du mois durant lequel l'invalidité totale débute ou se termine.

INDEXATION

Le 1^{er} janvier de chaque année, après que des prestations d'assurance salaire de longue durée aient été versées pendant 24 mois, le montant de la prestation payable par l'assureur est indexé. Cette indexation est égale au moindre des pourcentages suivants :

- 1) 3 % ;
- 2) le pourcentage d'augmentation de l'indice des prix à la consommation pour les 12 mois se terminant le 31 août de l'année précédent celle pour laquelle l'indexation est faite, tel que publié par Statistique Canada.

INTÉGRATION DIRECTE

La prestation mensuelle prévue à l'article 2. PRESTATION MENSUELLE est réduite de toute prestation d'invalidité payable en vertu :

- 1) de la Loi sur l'assurance automobile du Québec;

- 2) de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles;
- 3) du Régime de rentes du Québec, du Régime de pensions du Canada et de toute autre loi sociale, ou
- 4) d'un régime d'avantages sociaux des Forces canadiennes.

À cet égard, il n'est toutefois tenu compte que des montants initiaux payables en vertu de chacune de ces sources de revenus et non de leur indexation ultérieure.

L'assureur se réserve le droit de réduire aussi la prestation de l'adhérent si ce dernier néglige ou refuse de se prévaloir de ses droits en vertu des lois et régimes concernés. À défaut de recevoir des prestations de ces sources, l'adhérent doit lui-même prouver qu'il n'y a pas droit.

COORDINATION

La prestation est aussi réduite de telle façon que le total de la prestation et du revenu reçu d'autres sources n'excède pas 85 % du salaire mensuel brut que toucherait l'adhérent au moment où ladite prestation devient payable s'il n'avait pas été totalement invalide jusque-là. Les autres sources de revenus considérées à cet égard sont les suivantes :

- 1) toutes celles énumérées à l'article 6. INTÉGRATION DIRECTE;
- 2) toutes celles qui proviennent d'un régime d'avantages sociaux établi par l'employeur, à l'exception de l'allocation de départ, de la rente de retraite, du remboursement de la banque de congés de maladie et du remboursement de la banque de congés fériés;
- 3) toutes celles qui proviennent d'un régime en vertu duquel l'adhérent est assuré comme membre d'une association;
- 4) toutes celles qui proviennent d'un régime d'avantages sociaux établi conformément à toute loi provinciale ou fédérale, excluant toute augmentation subséquente de tels revenus provenant de l'indexation;
- 5) toutes celles qui proviennent de remboursements de pertes de salaire parce que les responsabilités de ces pertes relèvent légalement d'une tierce partie ou parce que les pertes en question sont compensées, par ailleurs, en vertu d'autres assurances ou qu'elles n'auraient pas été subies sans l'existence du contrat.

RÉÉDUCATION

L'adhérent totalement invalide peut exercer un travail rémunérateur dans le cadre d'un programme de rééducation approuvé par l'assureur. Dans le cas d'un tel programme de rééducation, la prestation payable à l'adhérent totalement invalide est réduite de 50 % de tout traitement reçu par l'adhérent. Si l'adhérent invalide reprend le travail, mais seulement à temps partiel, son nouvel emploi pourra être considéré comme emploi de rééducation.

LIMITATION APPLICABLE AUX SALARIÉS OCCUPANT SIMULTANÉMENT PLUSIEURS EMPLOIS

Un adhérent totalement invalide peut occuper un ou plusieurs emplois autres que celui pour lequel il reçoit des prestations d'invalidité. Si le salaire total gagné pour ces emplois durant la période d'invalidité totale est plus élevé que celui gagné avant l'invalidité, les prestations d'invalidité sont réduites, pendant le délai de carence et les 24 mois qui suivent, par la différence entre le salaire reçu de ces emplois avant et pendant la période d'invalidité.

EXCLUSIONS

L'assureur ne verse aucune prestation :

- 1) pour des invalidités totales survenues par suite d'une guerre ou de participation active à une insurrection ou à un acte criminel;
- 2) pour une interruption de travail à temps plein dans le but d'obtenir des soins qui ne sont pas médicalement nécessaires ou qui sont donnés dans un but esthétique;
- 3) si l'adhérent n'est pas sous les soins continus d'un médecin sauf le cas d'état stationnaire attesté par un médecin à la satisfaction de l'assureur;
- 4) pendant toute période d'invalidité totale au cours de laquelle l'adhérent occupe une fonction ou fait un travail pouvant lui rapporter un salaire ou un profit quelconque, sauf ce qui est prévu à la rééducation et à la limitation applicable aux salariés occupant simultanément plusieurs emplois;
- 5) au cours d'un congé de maternité pris conformément à une loi provinciale ou fédérale ou à une entente entre la salariée et son employeur;
- 6) au cours d'une période pour laquelle la salariée assurée reçoit des prestations de maternité en vertu de la Loi sur l'assurance emploi ou du Régime québécois d'assurance parentale;
- 7) pour des invalidités totales résultant d'une lésion professionnelle si l'adhérent a décidé de ne pas s'inscrire à la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNEST);

- 8) toute période d'invalidité résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie. Toutefois, la période d'invalidité totale résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie pendant laquelle l'adhérent reçoit des traitements ou soins médicaux en vue de sa réadaptation auprès d'un organisme ou d'une institution spécialisés à cet effet est reconnue comme une période d'invalidité totale.

SERVICE DE RÉSOLUTION DE PROBLÈMES

Seuls les salariés assurés par l'assurance salaire de longue durée et leurs personnes à charge peuvent profiter du service de résolution de problèmes.

Si l'employeur estime que l'adhérent, son conjoint ou un de ses enfants souffre de problèmes personnels pouvant affecter l'équilibre psychologique de l'adhérent et entraver son fonctionnement normal et qui ne sont pas des problèmes d'ordre physique, il peut diriger la personne concernée vers ce service.

Le service de résolution de problèmes comporte des volets d'aide, de consultation, d'orientation et d'intervention en cas :

- 1) de difficultés de relations de couple ou familiales;
- 1) de difficultés liées au travail;
- 2) de difficultés personnelles : perte d'intérêt, fatigue, stress, insomnie et problèmes de communication;
- 3) de problèmes de dépendance : alcool, drogues, médicaments, jeux, Internet.

Ce service est offert à raison d'un maximum de 12 heures de consultation par année d'assurance pour la famille de l'adhérent, soit lui-même, son conjoint et ses enfants.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – MODULES DE BASE, INTERMÉDIAIRE ET COMPLET

OBJET DE LA GARANTIE

Lorsqu'une personne assurée engage les frais décrits ci-après, l'assureur paie le pourcentage spécifié des frais admissibles réellement engagés.

Les frais couverts sont ceux engagés à la suite d'un accident, d'une maladie, d'une grossesse, d'une complication d'une grossesse ou d'une intervention chirurgicale reliée à la planification familiale et sont limités aux frais raisonnables et coutumiers normalement payés dans la région où les services sont dispensés.

Les fournitures, soins ou services doivent être prescrits par un médecin, et être nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure de la personne assurée.

MODULE DE BASE

1) Médicaments

a) Pourcentage de remboursement :

- i) Médicaments génériques : 75 %* du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché
- ii) Médicaments de marque :
 - 75 %* du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament équivalent disponible sur le marché
 - 75 %* du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché

* Le pourcentage indiqué s'applique aux premiers 3 600 \$ de frais admissibles par famille par année civile, excluant les frais engagés pour des injections sclérosantes. Il passe à 100 % pour le reste des frais admissibles engagés au cours de l'année civile.

Pour chaque année civile, une contribution maximale s'applique aux frais admissibles pour les médicaments. Cette contribution est la franchise et toute partie des frais admissibles qui n'est pas remboursée en vertu de cette garantie.

Lorsque la contribution atteint le maximum de la contribution annuelle établie par la Régie de l'assurance maladie du Québec, pour les frais engagés par l'adhérent et ses personnes à charge, le pourcentage de remboursement des médicaments passe à 100 % pour le reste de l'année civile.

b) **Frais admissibles :**

Les médicaments qui portent un DIN (numéro d'identification du médicament), qui sont fournis par un pharmacien et :

- i) qui, selon la loi, requièrent une ordonnance; ou
- ii) qui peuvent s'obtenir sans ordonnance mais qui, par convention, sont considérés comme essentiels au maintien de la vie, incluant, sans toutefois s'y limiter :
 - antipaludiques
 - fibrinolytiques
 - nitroglycérine
 - suppléments de sels ferreux à ingrédient unique
 - agents thyroïdiens
 - agents fibrinolytiques enzymatiques topiques

Les préparations magistrales fournies par un pharmacien et dont le principal ingrédient actif est un médicament admissible.

Dans le cas de médicaments injectés en cabinet privé d'un professionnel de la santé, seule la substance injectée est couverte et non l'acte médical. À cet égard, les injections sclérosantes pour le traitement des varices administrées pour des raisons médicales mais non esthétiques sont couvertes jusqu'à concurrence de frais admissibles de 20 \$ par traitement.

Les produits antitabac couverts par le RGAM sont sujets à un maximum global de frais admissibles par année civile, par personne assurée. Ce maximum global est déterminé et mis à jour annuellement selon les directives de la RAMQ.

Sont également couverts par la présente garantie les stérilets portant un DIN et prescrits par un médecin.

MÉDICAMENTS EXIGEANT UNE AUTORISATION PRÉALABLE

L'autorisation préalable de l'assureur est exigée pour le remboursement de certains médicaments. La liste de ces médicaments est disponible sur le site Web de l'assureur. Un formulaire d'autorisation préalable doit être rempli par le médecin et soumis à l'assureur afin de s'assurer que les médicaments prescrits répondent aux critères d'autorisation préalable établis par l'assureur, notamment que les médicaments prescrits sont utilisés pour une indication thérapeutique approuvée et qu'ils démontrent une efficacité satisfaisante par rapport aux coûts qui y sont reliés. Il est possible que l'assureur rembourse la valeur d'un médicament équivalent lorsqu'il existe un tel médicament équivalent moins cher disponible sur le marché. Une preuve d'efficacité ou de nouveaux résultats peuvent être demandés en cours de traitement afin de déterminer si le médicament produit les effets attendus et demeure admissible au remboursement.

2) Frais admissibles remboursables à 75 %

a) Appareils orthopédiques

Les frais d'achat de corset orthopédique, béquille, attelle, plâtre, bandage herniaire et autres appareils orthopédiques obtenus d'un laboratoire orthopédique spécialisé et détenteur d'un permis émis par les autorités légales.

Aux fins du présent paragraphe, les chaussures orthopédiques ne sont pas considérées comme des appareils orthopédiques.

b) Prothèses mammaires, yeux et membres artificiels

Les frais d'achat de prothèses mammaires externes lorsque requises à la suite d'une mastectomie sont couverts.

Les frais d'achat et de réparation d'yeux artificiels sont couverts.

Les frais d'achat et de réparation de membres artificiels, ainsi que les frais de remplacement rendu nécessaire par un changement physiologique, sont couverts.

Ces frais sont limités à un montant global de 30 000 \$ de frais admissibles par personne assurée, par année civile.

c) Accessoires pour la pompe à insuline

Les frais d'achat d'accessoires pour pompe à insuline (tubulures et cathéters).

d) Bas de contention

Les frais d'achat de bas de contention à compression graduée de 20 mm/Hg ou plus, jusqu'à concurrence de 500 \$ de frais admissibles par personne assurée, par année civile. Les bas doivent être vendus en pharmacie ou dans un établissement de santé dans le cas d'insuffisance du système veineux ou lymphatique.

e) Appareils thérapeutiques et fournitures médicales

Les frais d'achat ou de location (au choix de l'assureur) d'appareils thérapeutiques et de fournitures médicales, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 10 000 \$ par personne assurée, par période de 24 mois.

Ces appareils et fournitures comprennent notamment les équipements suivants :

- moniteurs d'apnée;
- pompes à drainage et accessoires de percussion thoracique;
- pompes à insuline;
- neurostimulateurs TENS;
- stimulateurs de consolidation de fracture;
- appareils d'aérosolthérapie;
- respirateurs à pression positive intermittente ou orthèses d'avancée mandibulaire;
- cathéters;
- fournitures médicales servant au gavage;
- fournitures médicales nécessaires à la suite d'une trachéotomie;
- lunette opaque nécessaire lors d'un traitement de radiothérapie ou contre le psoriasis;
- vêtements compressifs pour brûlés;
- pansements médicamenteux;
- fournitures pour les stomies;

- fournitures pour les paraplégiques;
- appareils d'énucléation.

Aux fins du présent paragraphe, les accessoires pour les pompes à insuline ne sont pas considérés comme des appareils thérapeutiques.

f) Fournitures pour incontinence

Les frais d'achat de fournitures pour incontinence.

g) Appareil d'assistance respiratoire et oxygène

Les frais de location ou d'achat (au choix de l'assureur) d'un appareil d'assistance respiratoire et d'oxygène.

h) Cure de désintoxication

Les frais reliés à une cure de désintoxication auprès d'une clinique spécialisée en réadaptation pour alcooliques, toxicomanes ou joueurs pathologiques, y compris tous les soins et services liés à la cure. L'admissibilité des frais engagés à ce titre est toutefois assujettie aux conditions suivantes :

- i) la clinique doit être reconnue par l'assureur;
- ii) la personne assurée doit y recevoir un traitement curatif;
- iii) la clinique doit être sous le contrôle d'un médecin et sous la surveillance constante d'un infirmier licencié.

Le remboursement maximal est de 80 \$ par jour et de 2 500 \$ à vie, par personne assurée.

MODULE INTERMÉDIAIRE

1) Médicaments

a) Pourcentage de remboursement :

- i) Médicaments génériques : 75 %* du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché
- ii) Médicaments de marque :
 - 75 %* du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament équivalent disponible sur le marché
 - 75 %* du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché

* Le pourcentage indiqué s'applique aux premiers 3 600 \$ de frais admissibles par famille par année civile, excluant les frais engagés pour des injections sclérosantes. Il passe à 100 % pour le reste des frais admissibles engagés au cours de l'année civile.

Pour chaque année civile, une contribution maximale s'applique aux frais admissibles pour les médicaments. Cette contribution est la franchise et toute partie des frais admissibles qui n'est pas remboursée en vertu de cette garantie.

Lorsque la contribution atteint le maximum de la contribution annuelle établie par la Régie de l'assurance maladie du Québec, pour les frais engagés par l'adhérent et ses personnes à charge, le pourcentage de remboursement des médicaments passe à 100 % pour le reste de l'année civile.

b) **Frais admissibles**

Les frais admissibles de médicaments sont les mêmes que ceux prévus sous le module de base, plus les vaccins préventifs couverts jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 250 \$ par personne assurée, par année civile.

2) Frais admissibles remboursables à 75 %

a) **Professionnels de la santé**

Seuls sont couverts les frais engagés pour des soins ou traitements dispensés par un professionnel de la santé qui est membre en règle de l'ordre professionnel pertinent aux soins ou traitements en cause, ou à défaut de l'existence d'un tel ordre, de l'association professionnelle pertinente reconnue par l'assureur. Le professionnel ne doit pas résider ordinairement dans la maison de la personne assurée ni être parent avec elle. Seuls les honoraires du professionnel concerné sont couverts mais non les produits fournis. Un seul traitement par jour par le même professionnel est couvert pour la même personne assurée.

i) **Soins infirmiers**

Les services à domicile d'un infirmier ou d'un infirmier auxiliaire, pour des soins médicaux relevant de leur spécialité jusqu'à concurrence de frais admissibles de 200 \$ par jour et d'un remboursement maximal de 4 000 \$ par personne assurée, par année civile.

ii) Soins paramédicaux (frais qui, à moins d'indication contraire, ne nécessitent pas la prescription d'un médecin)

- Chiropraticien, diététiste ou nutritionniste, naturopathe, ostéopathe, acupuncteur, podologue ou podiatre, massothérapeute, kinésithérapeute et orthothérapeute

Les honoraires de chiropraticien, diététiste ou nutritionniste, naturopathe, ostéopathe, acupuncteur, podologue ou podiatre, massothérapeute, kinésithérapeute ou orthothérapeute, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 30 \$ par visite et de frais admissibles de 300 \$* par personne assurée, par année civile, pour l'ensemble de ces spécialités.

* À ce maximum s'ajoute les frais pour les examens radiographiques prescrits par un chiropraticien, jusqu'à concurrence de 40 \$ de frais admissibles par personne assurée, par année civile.

* Ce maximum inclut les examens radiographiques prescrits par un ostéopathe, un podologue ou un podiatre.

- Orthophoniste, audiographe et ergothérapeute

Les honoraires d'orthophoniste, d'audiographe et d'ergothérapeute, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 500 \$ par personne assurée, par année civile, pour l'ensemble de ces spécialités.

- Physiothérapie

Les services de physiothérapie par un physiothérapeute ou un thérapeute en réadaptation physique, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 500 \$ par personne assurée, par année civile, pour l'ensemble de ces services.

- Psychologue et psychothérapeute

Les honoraires de psychologue et de psychothérapeute, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 60 \$ par visite et de frais admissibles de 500 \$ par personne assurée, par année civile, pour l'ensemble de ces spécialités.

b) Frais de transport et d'hébergement pour consultation d'un spécialiste ou traitement spécialisé

Les frais de transport et d'hébergement pour consultation d'un médecin spécialiste non présent dans la région de résidence de la personne assurée ou pour recevoir un traitement spécialisé non disponible dans la région de résidence de la personne assurée. Un rapport signé par le médecin traitant de la personne assurée doit être remis à l'assureur. Ce rapport doit démontrer la nécessité de la consultation ou du traitement spécialisé et stipuler le lieu de la consultation ou du traitement par le médecin spécialiste. Le lieu de la consultation ou du traitement doit être le plus rapproché possible de la région de résidence de la personne assurée.

i) Les frais admissibles à ce titre sont les suivants :

- les frais de transport pour un déplacement d'au moins 400 km (aller et retour), à partir du lieu de résidence de la personne assurée par la route la plus directe. Les frais admissibles ne peuvent excéder le coût du moyen de transport public le plus économique, peu importe que la personne utilise un moyen de transport public ou privé. En cas d'utilisation d'un véhicule privé, les reçus d'achat d'essence doivent être joints à la demande de prestations;
- les frais d'hébergement dans un établissement public, jusqu'à concurrence de 100 \$ de frais admissibles par jour, à la suite d'un déplacement d'au moins 400 km (aller et retour), à partir du lieu de résidence de la personne assurée, par la route la plus directe. La nécessité de l'hébergement doit également être démontrée, à la satisfaction de l'assureur. Des pièces justificatives des frais d'hébergement doivent être jointes à la demande de prestations;

ii) pour un enfant assuré de moins de 18 ans, les frais de transport pour un déplacement d'au moins 400 km (aller et retour) d'un seul parent accompagnateur sont aussi admissibles lorsque le traitement doit être dispensé à l'enfant ;

iii) le maximum global prévu par la présente garantie est de 1 000 \$ de frais admissibles par personne assurée, par année civile.

Si les frais de transport et d'hébergement engagés par la personne assurée sont admissibles à un remboursement en vertu d'un programme mis sur pied par un centre de santé et de services sociaux, seuls les frais non remboursés par cet organisme et admissibles en vertu du présent régime peuvent donner droit à un remboursement.

c) Ambulance (frais ne nécessitant pas la prescription d'un médecin)

Les frais de transport en ambulance, y compris un voyage par avion ou par train, en cas d'urgence, ainsi que les traitements d'oxygénothérapie reçus durant le transport ou immédiatement avant. Lors d'un transport aérien ou ferroviaire, la personne assurée doit occuper l'équivalent de deux sièges et la nécessité d'un tel moyen de transport doit être démontrée à la satisfaction de l'assureur.

d) Appareils orthopédiques

Les frais d'achat de corset orthopédique, béquille, attelle, plâtre, bandage herniaire et autres appareils orthopédiques obtenus d'un laboratoire orthopédique spécialisé et détenteur d'un permis émis par les autorités légales.

Aux fins du présent paragraphe, les chaussures orthopédiques ne sont pas considérées comme des appareils orthopédiques.

e) Fauteuil roulant

Achat et réparation, ou location, à la discrétion de l'assureur, jusqu'à concurrence du coût d'un fauteuil roulant non motorisé, à moins que l'état de santé de la personne assurée requiert l'usage exclusif d'un fauteuil motorisé, plus les piles à l'achat initial d'un fauteuil roulant motorisé admissible.

f) Chaussures orthopédiques et orthèses podiatriques

Les frais d'achat de chaussures conçues et fabriquées sur mesure pour la personne assurée à partir d'un moulage, lorsque ces chaussures sont requises pour corriger un défaut du pied. Sont également couverts les frais pour des chaussures préfabriquées de type ouvert, évasé, droit, ainsi que celles nécessaires au maintien des attelles dites de Denis Browne. Ces chaussures doivent être obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé détenteur d'un permis émis par les autorités légales.

Les frais pour des corrections apportées à des chaussures préfabriquées, par un laboratoire orthopédique spécialisé, sont également admissibles.

Les frais pour des orthèses podiatriques obtenues d'un laboratoire spécialisé sont également couvertes.

Les chaussures profondes ainsi que toute forme de sandales sont expressément exclues de la présente garantie.

g) Appareils auditifs

Les frais d'achat, d'ajustement et de réparation d'appareils auditifs, incluant les piles à l'achat initial, jusqu'à concurrence de 300 \$ de frais admissibles par personne assurée, par période de 48 mois.

h) Prothèses capillaires

Les frais d'achat de prothèses capillaires, lorsque requises à la suite de la chute temporaire des cheveux en cas d'alopecie, de chimiothérapie ou de radiothérapie, jusqu'à concurrence de 500 \$ de frais admissibles par personne assurée, par période de 60 mois.

i) Prothèses mammaires externes, yeux et membres artificiels

Les frais d'achat de prothèses mammaires externes lorsque requises à la suite d'une mastectomie sont couverts.

Les frais d'achat et de réparation d'yeux artificiels sont couverts.

Les frais d'achat et de réparation de membres artificiels, ainsi que les frais de remplacement rendu nécessaire par un changement physiologique, sont couverts.

Ces frais sont limités à un montant global de 30 000 \$ de frais admissibles par personne assurée, par année civile.

j) Glucomètre

Les frais d'achat d'un appareil par période de 60 mois, jusqu'à concurrence de 300 \$ de frais admissibles par personne assurée.

k) Accessoires pour la pompe à insuline

Les frais d'achat d'accessoires pour pompe à insuline (tubulures et cathéters).

l) Bas de contention

Les frais d'achat de bas de contention à compression graduée de 20 mm/Hg ou plus, jusqu'à concurrence de 500 \$ de frais admissibles par personne assurée, par année civile. Les bas doivent être vendus en pharmacie ou dans un établissement de santé dans le cas d'insuffisance du système veineux ou lymphatique.

m) Appareils thérapeutiques et fournitures médicales

Les frais d'achat ou de location (au choix de l'assureur) d'appareils thérapeutiques et de fournitures médicales, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 10 000 \$ par personne assurée, par période de 24 mois.

Ces appareils et fournitures comprennent notamment les équipements suivants :

- moniteurs d'apnée;
- pompes à drainage et accessoires de percussion thoracique;
- pompes à insuline;
- neurostimulateurs TENS;
- stimulateurs de consolidation de fracture;
- appareils d'aérosolthérapie;
- respirateurs à pression positive intermittente ou orthèses d'avancée mandibulaire;
- cathéters;
- fournitures médicales servant au gavage;
- fournitures médicales nécessaires à la suite d'une trachéotomie;
- lunette opaque nécessaire lors d'un traitement de radiothérapie ou contre le psoriasis;
- vêtements compressifs pour brûlés;
- pansements médicamenteux;
- fournitures pour les stomies;
- fournitures pour les paraplégiques;
- appareils d'énurésie.

Aux fins du présent paragraphe, le glucomètre et les accessoires pour les pompes à insuline ne sont pas considérés comme des appareils thérapeutiques.

n) Fournitures pour incontinence

Les frais d'achat de fournitures pour incontinence.

o) Appareil d'assistance respiratoire et oxygène

Les frais de location ou d'achat (au choix de l'assureur) d'un appareil d'assistance respiratoire et d'oxygène.

p) Lit d'hôpital

Achat et réparation, ou location, à la discrétion de l'assureur, jusqu'à concurrence du coût d'un lit d'hôpital non électrique, à moins que l'état de santé de la personne assurée requiert l'usage exclusif d'un lit électrique, et d'un lit d'hôpital par période de 60 mois.

q) Services diagnostiques

Les frais de radiographies, y compris la tomodensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique, d'analyses de laboratoire et d'électrocardiogramme pour fins de diagnostic, et les tests de dépistage prénataux, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 000 \$ par personne assurée, par année civile.

r) Soins dentaires à la suite d'un accident

Les services d'un dentiste requis pour réparer et remplacer des dents saines par suite d'un coup accidentel à la bouche.

Le coup accidentel doit avoir été reçu pendant que la personne est couverte en vertu de cette garantie ou d'une garantie comparable en vigueur immédiatement avant la date de prise d'effet de cette garantie.

Dans les 12 mois de l'accident :

- les soins dentaires doivent être rendus; ou
- un plan de traitement jugé satisfaisant par l'assureur doit être présenté.

Aucun remboursement ne sera accordé pour des soins reçus plus de 2 ans après l'accident.

Ces frais sont admissibles jusqu'à concurrence des tarifs suggérés par l'association des dentistes généralistes de la province de résidence de l'adhérent, pour l'année au cours de laquelle les frais sont engagés.

s) Cure de désintoxication

Les frais reliés à une cure de désintoxication auprès d'une clinique spécialisée en réadaptation pour alcooliques, toxicomanes ou joueurs pathologiques, y compris tous les soins et services liés à la cure. L'admissibilité des frais engagés à ce titre est toutefois assujettie aux conditions suivantes :

- i) la clinique doit être reconnue par l'assureur;
- ii) la personne assurée doit y recevoir un traitement curatif;
- iii) la clinique doit être sous le contrôle d'un médecin et sous la surveillance constante d'un infirmier licencié.

Ces frais sont limités à 80 \$ de frais admissibles par jour et de 2 500 \$ de frais admissibles à vie, par personne assurée.

3) **Frais admissibles remboursables à 100 %**

- a) **Frais hospitaliers engagés au Canada**
 - i) Hôpital : frais d'hébergement pour des soins de courte durée, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre semi-privée pour chaque jour d'hospitalisation sans limite quant au nombre de jours.
 - ii) Maison de convalescence/réadaptation : frais d'hébergement dans une maison de convalescence ou de réadaptation, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre semi-privée pour chaque jour d'hospitalisation sans limite quant au nombre de jours.
 - iii) Établissement pour maladies chroniques : frais d'hébergement pour des maladies chroniques pour chaque jour d'hospitalisation sans limite quant au nombre de jours.
- b) **Assurance voyage avec assistance**

Lorsqu'une personne assurée doit engager des frais en raison d'une urgence médicale survenant au cours des 180 premiers jours d'un séjour à l'extérieur de sa province de résidence, l'assureur rembourse 100 % des frais admissibles conformément aux dispositions suivantes :

- i) la personne assurée doit être couverte en vertu d'un régime d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation;
- ii) les frais doivent être couverts en vertu de l'assurance maladie complémentaire;
- iii) la condition médicale qui occasionne les frais doit être reliée à un état de santé stable avant la date de début du voyage; et
- iv) les prestations d'assurance voyage sont limitées à un maximum de 5 000 000 \$ par personne assurée, sa vie durant.

L'adhérent doit communiquer avec l'assureur si la durée du séjour à l'extérieur de la province de résidence est ou pourrait être supérieure à 180 jours, sans quoi la personne assurée pourrait ne pas être couverte en vertu de l'assurance voyage.

Définitions

Famille immédiate : une personne qui est le conjoint, le fils, la fille, le père, la mère, le frère, la sœur, le beau-fils, la belle-fille, le beau-père, la belle-mère, le beau-frère ou la belle-sœur de l'adhérent.

Stable : se dit de l'état de santé d'une personne assurée qui, dans les 30 jours précédent la date de début du voyage, n'est affectée par aucune condition médicale, ou est affectée par une condition médicale qui :

- i) n'a fait l'objet d'aucune modification ou recommandation de modification du traitement ou de la posologie des médicaments prescrits; et
- ii) n'est caractérisée par aucun symptôme ne laissant présager une détérioration de la condition médicale pendant la durée du voyage.

Véhicule : une automobile, une caravane motorisée ou une camionnette ayant une capacité maximale de 1 000 kilogrammes.

Frais médicaux admissibles

- i) les frais engagés pour des services hospitaliers et ceux engagés pour un séjour dans une chambre à deux lits (semi-privée) dans un hôpital, jusqu'à ce que la personne assurée reçoive son congé de l'hôpital;
- ii) les honoraires d'un médecin, d'un chirurgien et d'un anesthésiste;
- iii) tous les autres frais admissibles qui sont couverts en vertu de l'assurance maladie complémentaire dans la province de résidence habituelle de la personne assurée, sauf les frais admissibles pour les soins hospitaliers et pour les soins à domicile, s'il y a lieu.

Frais admissibles de transport :

- i) 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. Le rapatriement doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance. De plus, la personne assurée cesse d'être couverte par l'assurance si elle ne consent pas au rapatriement lorsqu'il est recommandé par Voyage Assistance;
- ii) les frais pour le rapatriement (simultané par rapport à celui du sous-paragraphe précédent) de tout membre de la famille immédiate qui est également assuré en vertu de la présente garantie, s'il ne peut revenir à son point de départ par le moyen de transport initialement prévu pour le retour. Le rapatriement doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance;

- iii) le transport aller et retour en classe économique d'un accompagnateur médical qualifié qui n'est ni un membre de la famille immédiate, ni un ami, ni un compagnon de voyage, à condition que la présence d'un tel accompagnateur soit prescrite par le médecin traitant et approuvée par Voyage Assistance;
- iv) le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la famille immédiate de visiter la personne assurée qui demeure à l'hôpital pendant au moins sept jours (les frais ne seront remboursés que si la personne demeure à l'hôpital au moins sept jours). Cette visite n'est cependant pas admissible au remboursement si la personne assurée était déjà accompagnée par un membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus. Les frais de subsistance du membre de la famille immédiate sont également couverts, jusqu'à concurrence de 500 \$. La nécessité de la visite doit être confirmée par le médecin traitant et la visite doit préalablement être approuvée et planifiée par Voyage Assistance;
- v) les frais de retour du véhicule, si la personne assurée souffre d'une incapacité résultant d'une urgence médicale certifiée par un médecin et qu'elle ne soit pas en état, selon celui-ci, de ramener elle-même son véhicule ou celui qu'elle a loué et qu'aucun membre de la famille immédiate ou compagnon de voyage l'accompagnant ne soit en état de le faire. Le retour peut être effectué par une agence commerciale, mais il doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance. Le remboursement maximal est de 1 000 \$ par adhérent;
- vi) en cas de décès de la personne assurée, le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la famille immédiate d'aller identifier la dépouille avant le rapatriement (le voyage doit préalablement être approuvé et planifié par Voyage Assistance). Il faut cependant qu'aucun membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus n'ait accompagné la personne assurée dans son voyage;
- vii) en cas de décès de la personne assurée, les frais pour la préparation du corps et le retour de la dépouille ou de ses cendres à son lieu de résidence par la route la plus directe (avion, autobus, train), jusqu'à concurrence de 5 000 \$. Le coût du cercueil n'est pas inclus dans l'assurance. Le retour doit préalablement être approuvé et planifié par Voyage Assistance.

Frais admissibles de subsistance :

Le coût des repas et de l'hébergement de la personne assurée qui doit reporter son retour en raison d'une maladie ou d'une blessure corporelle qu'elle subit elle-même ou que subit un membre de sa famille immédiate qui l'accompagne ou un compagnon de voyage, de même que les frais additionnels de garde des enfants qui ne l'accompagnent pas. Ces frais sont remboursables jusqu'à concurrence de 200 \$ par jour par adhérent, pendant un maximum de 10 jours. La maladie ou la blessure doit être constatée par un médecin.

Frais admissibles d'appels interurbains :

Les frais d'appels interurbains pour joindre un membre de la famille immédiate si la personne assurée est hospitalisée, pourvu qu'aucun frais de transport pour visiter la personne assurée, tel que prévu au paragraphe iv) ci-dessus ne soient remboursés et que cette dernière ne soit pas accompagnée par un membre de sa famille immédiate âgé de 18 ans ou plus. Ces frais sont admissibles jusqu'à concurrence de 50 \$ par jour et d'un maximum global de 200 \$ par période d'hospitalisation.

Décisions médicales :

Lorsqu'un médecin ou un autre professionnel de la santé, à l'emploi de Voyage Assistance, lié par contrat à Voyage Assistance ou désigné par ce dernier prend des décisions quant à la nécessité de fournir les services couverts tels qu'ils sont décrits ci-dessus, il s'agit alors de décisions médicales fondées sur des facteurs médicaux qui sont décisives lorsqu'il s'agit de déterminer la nécessité d'offrir ces services.

Le service Voyage Assistance :

Voyage Assistance prend les dispositions nécessaires pour fournir les services suivants à toute personne assurée qui en a besoin :

- i) assistance téléphonique sans frais, 24 heures sur 24;
- ii) orientation vers des médecins ou des établissements de santé;
- iii) aide pour l'admission à l'hôpital;
- iv) avances de fonds à l'hôpital lorsqu'elles sont exigées par l'établissement concerné;
- v) rapatriement de la personne assurée dans sa ville de résidence, dès que son état de santé le permet;
- vi) établissement et maintien des contacts avec l'assureur;
- vii) règlement des formalités en cas de décès;

- viii) rapatriement des enfants de la personne assurée si elle est immobilisée;
- ix) envoi d'aide médicale et de médicaments si une personne assurée se trouve trop loin des établissements de santé pour y être transportée;
- x) arrangements nécessaires pour faire venir un membre de la famille immédiate si la personne assurée doit séjourner à l'hôpital au moins sept jours et si le médecin prescrit une telle visite;
- xi) en cas de perte ou de vol de papiers d'identité, aide pour se procurer des papiers temporaires afin de poursuivre le voyage;
- xii) orientation vers des avocats si des problèmes juridiques surviennent;
- xiii) service d'interprète lors d'appels d'urgence;
- xiv) transmission de messages aux proches de la personne assurée en cas d'urgence;
- xv) avant le départ, information sur les passeports, les visas et les vaccins requis dans le pays de destination.

En cas d'urgence médicale, la personne assurée peut communiquer immédiatement avec le service VOYAGE ASSISTANCE.

| Provenance de l'appel | Numéro à composer |
|--|--|
| Région de Montréal | (514) 875-9170 |
| Canada et États-Unis | 1-800-465-6390 (sans frais) |
| Ailleurs dans le monde (Excluant les Amériques) | indicatif outre-mer + 800 29485399 (sans frais) |
| Frais virés (Partout dans le monde) | (514) 875-9170 |

Demande de prestations

Il est entendu et convenu qu'aucuns frais hospitaliers ou médicaux ne sont remboursés en vertu de l'assurance voyage avec assistance avant que les organismes gouvernementaux n'aient terminé l'étude de la demande de règlement de la personne assurée et n'aient versé des prestations, le cas échéant.

- c) Assurance annulation de voyage

Définitions

Avion : un aéronef multimoteur à voilure fixe d'un poids autorisé au décollage d'au moins 4 536 kg qui est exploité entre des aéroports reconnus par une ligne aérienne à horaire fixe ou à service d'affrètement immatriculé au Canada ou l'étranger et qui détient un permis valide de la Commission Canadienne des Transports Aériens de transporteur aérien à horaire fixe ou à service d'affrètement (ou leur équivalent étranger). Les vols spéciaux ou nolisés autorisés par l'un des permis ci-haut mentionnés ne sont couverts que s'ils sont effectués avec un aéronef de type normalement employé par la ligne aérienne pour son service de vols à horaire fixe ou affrétés. Tous les appareils militaires sont exclus.

Compagnon de voyage : la personne de 18 ans ou plus qui ne répond pas à la définition d'enfant à charge et qui partage des arrangements de voyage avec la personne assurée (jusqu'à un maximum de 4 personnes, y compris la personne assurée).

Défaillance : l'insolvabilité ou faillite du fournisseur de services de voyage, volontaire ou involontaire, qui empêchent la personne assurée de bénéficier des arrangements de voyage et qui exposent cette dernière à subir une perte financière. Le fournisseur de services de voyage doit avoir un bureau au Canada et détenir tous les permis et certificats d'exploitation requis par les autorités canadiennes compétentes.

Fournisseur de services de voyage : une agence de voyage, un grossiste en voyage, un organisateur de voyages à forfait et une compagnie aérienne détenant un permis et un certificat d'exploitation valides émis par les autorités compétentes au Canada ou à l'étranger.

Hôte à destination : une personne avec qui la personne assurée partage un hébergement prévu à l'avance, pourvu que l'hébergement en question soit reconnu comme la résidence de l'hôte à destination.

Membre de la proche famille : le conjoint, le fils, la fille, le père, la mère, le frère ou la sœur de la personne assurée.

Membre de la famille : tout membre de la proche famille ainsi que le beau-père, la belle-mère, les grands-parents, les petits-enfants, les demi-frères, les demi-soeurs, les beaux-frères, les belles-soeurs, les gendres, les brus, les oncles, les tantes, les neveux ou les nièces de la personne assurée.

Perte financière : la perte des sommes payées au fournisseur de services de voyage pour les arrangements de voyage qu'il a conclus, si le fournisseur ne peut les respecter en raison de défaillance, dans la mesure où ces sommes n'ont pas été ou ne seront pas remboursées à la personne assurée par le fournisseur de services ou par tout fonds prévu ou mis sur pied à cet effet par les autorités gouvernementales.

Réunion d'affaires : une réunion privée préalablement organisée dans le cadre de l'occupation à temps plein de la personne assurée ou de la profession exercée par cette dernière.

Transport public : un déplacement par avion, autobus, train, bateau, taxi ou limousine exploités sous licence par un transporteur autorisé pour le transport des passagers.

Voyage : une période déterminée au cours de laquelle la personne assurée est couverte en vertu d'un régime provincial de soins médicaux et pour laquelle :

- i) des arrangements sont pris avec tout fournisseur de services de voyage; ou
- ii) des réservations ont été effectuées par la personne assurée pour des arrangements terrestres habituellement compris dans un voyage à forfait.

Événements pouvant donner lieu à un remboursement

L'assurance annulation de voyage permet à la personne assurée d'obtenir le remboursement des frais payés à l'avance ou de certains frais supplémentaires qu'elle doit engager si son voyage est annulé ou interrompu en raison des événements suivants :

- i) maladie, accident ou décès de la personne assurée ou d'un membre de sa famille;
- ii) maladie, accident ou décès d'un compagnon de voyage ou d'un membre de la proche famille du compagnon de voyage; dans les cas où plusieurs personnes voyagent ensemble, seulement 3 personnes assurées peuvent invoquer cette raison pour obtenir une prestation pour elles-mêmes et pour les enfants à charge qui les accompagnent;
- iii) décès ou hospitalisation d'un associé en affaires, d'un employé-clé ou de l'hôte à destination; un employé-clé est un employé ou un franchisé qui joue un rôle primordial dans la bonne marche de l'entreprise pour laquelle il travaille, de concert avec la personne assurée, et dont l'absence met les activités principales de cette dernière en péril;

- iv) service de la personne assurée ou du compagnon de voyage comme membre d'un jury, ou son assignation à comparaître comme témoin dans une cause à être entendue, durant la période du voyage;
- v) mise en quarantaine de la personne assurée ou du compagnon de voyage;
- vi) détournement d'un avion à bord duquel la personne assurée voyage;
- vii) déménagement de la résidence principale de la personne assurée à une distance minimale de 160 kilomètres dans les 30 jours qui précèdent la date du voyage assuré, à la suite d'un transfert exigé par son employeur;
- viii) sinistre qui rend la résidence principale de la personne assurée ou du compagnon de voyage inhabitable;
- ix) annulation d'une réunion d'affaires à cause de l'hospitalisation ou du décès de la personne avec qui les arrangements d'affaires concernant ladite réunion ont été préalablement pris; le remboursement est limité aux frais de transport et à un maximum de 3 jours d'hébergement;
- x) situation particulière dans le pays ou la région de destination du voyage qui incite le gouvernement du Canada à émettre, après la date d'achat du billet d'avion ou du forfait voyage, un des avertissements suivants :
 - éviter tout voyage non essentiel; ou
 - éviter tout voyage;
- xi) maladie, accident ou décès d'une personne dont la personne assurée ou le compagnon de voyage est le tuteur;
- xii) décès d'une personne dont la personne assurée ou le compagnon de voyage est le liquidateur de la succession;
- xiii) défaillance du fournisseur de services de voyage ayant un bureau au Canada et détenant tous les permis et certificats d'exploitation requis par les autorités canadiennes compétentes;

xiv) perte involontaire de l'emploi permanent de la personne assurée ou du compagnon de voyage, pourvu que la personne concernée ait été activement au service du même employeur depuis plus d'un an et qu'elle n'ait pas eu de raison de croire qu'elle pourrait perdre ledit emploi dans les jours suivant l'achat du voyage; par emploi permanent, on entend un emploi non saisonnier pour lequel une personne est embauchée en vertu d'un contrat à durée indéterminée;

xv) annulation d'une croisière avant la date du départ du navire de croisière en raison :

- d'une panne mécanique;
- de l'échouement du navire;
- de sa mise en quarantaine; ou
- de son déroutement en raison d'intempéries;

xvi) correspondance manquée empêchant la personne assurée de poursuivre son voyage selon l'itinéraire prévu en raison du :

- retard du moyen de transport public assurant la correspondance, causé par :
 - un accident de la circulation prouvé par un rapport de police;
 - la fermeture d'urgence d'une route, prouvée par un rapport de police;
 - des difficultés mécaniques;
 - des conditions atmosphériques défavorables; ou
 - une catastrophe naturelle; ou
- retard du véhicule, causé par :
 - un accident de la circulation prouvé par un rapport de police;
 - la fermeture d'urgence d'une route, prouvée par un rapport de police.

Frais admissibles d'assurance annulation de voyage remboursables à 100 % si l'annulation du voyage se produit avant le départ.

L'assureur verse une prestation égale aux frais suivants, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par personne assurée :

- i) les sommes non remboursables et payées à l'avance pour le voyage projeté (les crédits-voyage sont considérés par l'assureur comme un remboursement);
- ii) les frais supplémentaires occasionnés par le fait qu'un compagnon de voyage doive annuler son voyage pour une des raisons décrites à la présente section d'assurance annulation de voyage et que la personne assurée décide d'effectuer, avec un compagnon de voyage en moins, le voyage prévu initialement.

Frais admissibles d'assurance annulation de voyage remboursables à 100 % si le départ est retardé ou si une correspondance est manquée.

L'assureur verse une prestation égale au total des frais suivants, s'ils ne sont pas remboursés par le fournisseur de service de voyage (les crédits-voyage sont considérés par l'assureur comme un remboursement), jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par personne assurée :

- i) le coût supplémentaire d'un billet simple en classe économique par la route la plus directe jusqu'à la destination prévue, advenant une correspondance manquée en raison du :
 - retard du moyen de transport public assurant la correspondance causé par un accident de la circulation (prouvé par un rapport de police), la fermeture d'urgence d'une route (prouvée par un rapport de police), des difficultés mécaniques, des conditions atmosphériques défavorables ou une catastrophe naturelle;
 - retard d'un véhicule causé par un accident de la circulation (prouvé par un rapport de police) ou la fermeture d'urgence d'une route (prouvée par un rapport de police).

Dans tous les cas, la personne assurée doit prévoir arriver au point de départ au moins 3 heures avant l'heure prévue du départ;

- ii) le coût supplémentaire d'un billet simple en classe économique pour l'utilisation d'un moyen de transport public à horaire fixe (avion, autobus, train, bateau) empruntant la route la plus directe pour permettre à la personne assurée de rejoindre son groupe pour le reste du voyage, advenant que son départ soit retardé parce qu'elle ou son compagnon de voyage :
 - devient malade; ou
 - subit une blessure.

Il est nécessaire à cet égard d'obtenir l'attestation d'un médecin à l'effet que la maladie ou la blessure sont suffisamment graves pour que le départ soit retardé;

- iii) les frais de subsistance de la personne assurée jusqu'à ce que le voyage reprenne selon l'itinéraire prévu, limités à 200 \$ par jour par personne assurée et à un maximum global de 2 000 \$ par voyage.

Frais admissibles d'assurance annulation de voyage remboursables à 100 % si le retour est anticipé ou retardé

L'assureur verse une prestation égale au total des frais suivants, jusqu'à concurrence de 10 000 \$ par personne assurée :

- i) le coût supplémentaire d'un billet simple en classe économique par la route la plus directe pour le voyage de retour jusqu'au point de départ de son voyage; toutefois, si une maladie ou une blessure corporelle retarde le retour de la personne assurée de plus de 7 jours après la date de retour convenue, la prestation prévue pour le retour ne sera payable que sur présentation d'une preuve de l'hospitalisation de la personne assurée;
- ii) la portion non utilisée et non remboursable (les crédits-voyage sont considérés par l'assureur comme un remboursement) de la partie terrestre du voyage (réservation d'hôtel, location de voiture, etc.);
- iii) les frais de subsistance de la personne assurée jusqu'à son retour au point de départ de son voyage, limités à 200 \$ par jour par personne assurée et à un maximum global de 2 000 \$ par voyage.

Frais admissibles d'assurance annulation de voyage remboursables à 100 % en cas de défaillance d'un fournisseur de services de voyages.

L'assureur couvre, sous réserve des dispositions qui suivent en i) et ii), la perte financière due à la défaillance de ce fournisseur, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par personne assurée et sous réserve d'une subrogation en faveur de l'assureur pour tout montant ainsi payé :

- i) si la défaillance se produit avant le départ, l'assureur rembourse les sommes non remboursables et payées pour le voyage projeté (les crédits-voyage sont considérés par l'assureur comme un remboursement);
- ii) si la défaillance survient après le départ, l'assureur rembourse la portion non utilisée et non remboursable des sommes payées à l'avance pour le voyage (les crédits-voyage sont considérés par l'assureur comme un remboursement).

Pour toute information concernant la garantie d'assurance annulation de voyage, la personne assurée peut contacter :

| Provenance de l'appel | Numéro à composer |
|------------------------------|--------------------------|
| Région de Québec | (418) 838-7843 |
| Région de Montréal | (514) 285-7843 |
| Appel sans frais | 1 800 463-7843 |
| | (sans frais) |

MODULE COMPLET

1) Médicaments

- a) Pourcentage de remboursement :
 - i) Médicaments génériques : 80 %* du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché
 - ii) Médicaments de marque :
 - 80 %* du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament équivalent disponible sur le marché
 - 80 %* du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché

* Le pourcentage indiqué s'applique aux premiers 3 750 \$ de frais admissibles par famille par année civile, excluant les frais engagés pour des injections sclérosantes. Il passe à 100 % pour le reste des frais admissibles engagés au cours de l'année civile.

Pour chaque année civile, une contribution maximale s'applique aux frais admissibles pour les médicaments. Cette contribution est la franchise et toute partie des frais admissibles qui n'est pas remboursée en vertu de cette garantie.

Lorsque la contribution atteint le maximum de la contribution annuelle établie par la Régie de l'assurance maladie du Québec, pour les frais engagés par l'adhérent et ses personnes à charge, le pourcentage de remboursement des médicaments passe à 100 % pour le reste de l'année civile.

b) **Frais admissibles**

Les frais admissibles de médicaments sont les mêmes que ceux prévus sous le module de base, plus les vaccins préventifs couverts jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 500 \$ par personne assurée, par année civile.

2) Frais admissibles remboursables à 100 %

- a) **Frais hospitaliers engagés au Canada**
 - i) Hôpital : frais d'hébergement pour des soins de courte durée, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre semi-privée pour chaque jour d'hospitalisation sans limite quant au nombre de jours.
 - ii) Maison de convalescence/réadaptation : frais d'hébergement dans une maison de convalescence ou de réadaptation, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre semi-privée pour chaque jour d'hospitalisation sans limite quant au nombre de jours.
 - iii) Établissement pour maladies chroniques : frais d'hébergement pour des maladies chroniques pour chaque jour d'hospitalisation sans limite quant au nombre de jours.

b) Professionnels de la santé

Seuls sont couverts les frais engagés pour des soins ou traitements dispensés par un professionnel de la santé qui est membre en règle de l'ordre professionnel pertinent aux soins ou traitements en cause, ou à défaut de l'existence d'un tel ordre, de l'association professionnelle pertinente reconnue par l'assureur. Le professionnel ne doit pas résider ordinairement dans la maison de la personne assurée ni être parent avec elle. Seuls les honoraires du professionnel concerné sont couverts mais non les produits fournis. Un seul traitement par jour par le même professionnel est couvert pour la même personne assurée.

i) Soins infirmiers

Les services à domicile d'un infirmier ou d'un infirmier auxiliaire, pour des soins médicaux relevant de leur spécialité jusqu'à concurrence de frais admissibles de 200 \$ par jour et d'un remboursement maximal de 4 000 \$ par personne assurée, par année civile.

ii) Soins paramédicaux (frais qui, à moins d'indication contraire, ne nécessitent pas la prescription d'un médecin)

- Chiropraticien, diététiste ou nutritionniste, naturopathe, ostéopathe, acupuncteur, podologue ou podiatre, massothérapeute, kinésithérapeute et orthothérapeute

Les honoraires de chiropraticien, diététiste ou nutritionniste, naturopathe, ostéopathe, acupuncteur, podologue, podiatre, massothérapeute, kinésithérapeute ou orthothérapeute, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 30 \$ par visite et de frais admissibles de 600 \$* par personne assurée, par année civile, pour l'ensemble de ces spécialités.

* À ce maximum s'ajoute les frais pour les examens radiographiques prescrits par un chiropraticien, jusqu'à concurrence de 40 \$ de frais admissibles par personne assurée, par année civile.

* Ce maximum inclut les examens radiographiques prescrits par un ostéopathe, un podologue ou un podiatre.

- Orthophoniste, audiographe et ergothérapeute

Les honoraires d'orthophoniste, d'audiographe et d'ergothérapeute, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 1 000 \$ par personne assurée, par année civile, pour l'ensemble de ces spécialités.

- Physiothérapie

Les services de physiothérapie par un physiothérapeute ou un thérapeute en réadaptation physique, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 1 000 \$ par personne assurée, par année civile, pour l'ensemble de ces services.

- Psychologue et psychothérapeute

Les honoraires de psychologue et de psychothérapeute, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 60 \$ par visite et de frais admissibles de 1 000 \$ par personne assurée, par année civile, pour l'ensemble de ces spécialités.

c) Frais de transport et d'hébergement pour consultation d'un spécialiste ou traitement spécialisé

Les frais de transport et d'hébergement pour consultation d'un médecin spécialiste non présent dans la région de résidence de la personne assurée ou pour recevoir un traitement spécialisé non disponible dans la région de résidence de la personne assurée. Un rapport signé par le médecin traitant de la personne assurée doit être remis à l'assureur. Ce rapport doit démontrer la nécessité de la consultation ou du traitement spécialisé et stipuler le lieu de la consultation ou du traitement par le médecin spécialiste. Le lieu de la consultation ou du traitement doit être le plus rapproché possible de la région de résidence de la personne assurée.

i) Les frais admissibles à ce titre sont les suivants :

- les frais de transport pour un déplacement d'au moins 400 km (aller et retour), à partir du lieu de résidence de la personne assurée par la route la plus directe. Les frais admissibles ne peuvent excéder le coût du moyen de transport public le plus économique, peu importe que la personne utilise un moyen de transport public ou privé. En cas d'utilisation d'un véhicule privé, les reçus d'achat d'essence doivent être joints à la demande de prestations;
- les frais d'hébergement dans un établissement public, jusqu'à concurrence de 100 \$ de frais admissibles par jour, à la suite d'un déplacement d'au moins 400 km (aller et retour), à partir du lieu de résidence de la personne assurée, par la route la plus directe. La nécessité de l'hébergement doit également être démontrée, à la satisfaction de l'assureur. Des pièces justificatives des frais d'hébergement doivent être jointes à la demande de prestations;

- ii) pour un enfant assuré de moins de 18 ans, les frais de transport pour un déplacement d'au moins 400 km (aller et retour) d'un seul parent accompagnateur sont aussi admissibles lorsque le traitement doit être dispensé à l'enfant ;
- iii) le remboursement maximal global prévu par la présente garantie est de 1 000 \$ par personne assurée, par année civile.

Si les frais de transport et d'hébergement engagés par la personne assurée sont admissibles à un remboursement en vertu d'un programme mis sur pied par un centre de santé et de services sociaux, seuls les frais non remboursés par cet organisme et admissibles en vertu du présent régime peuvent donner droit à un remboursement.

d) Ambulance (frais ne nécessitant pas la prescription d'un médecin)

Les frais de transport en ambulance, y compris un voyage par avion ou par train, en cas d'urgence, ainsi que les traitements d'oxygénothérapie reçus durant le transport ou immédiatement avant. Lors d'un transport aérien ou ferroviaire, la personne assurée doit occuper l'équivalent de deux sièges et la nécessité d'un tel moyen de transport doit être démontrée à la satisfaction de l'assureur.

e) Appareils orthopédiques

Les frais d'achat de corset orthopédique, béquille, attelle, plâtre, bandage herniaire et autres appareils orthopédiques obtenus d'un laboratoire orthopédique spécialisé et détenteur d'un permis émis par les autorités légales.

Aux fins du présent paragraphe, les chaussures orthopédiques ne sont pas considérées comme des appareils orthopédiques.

f) Fauteuil roulant

Achat et réparation, ou location, à la discrétion de l'assureur, jusqu'à concurrence du coût d'un fauteuil roulant non motorisé, à moins que l'état de santé de la personne assurée requiert l'usage exclusif d'un fauteuil motorisé, plus les piles à l'achat initial d'un fauteuil roulant motorisé admissible.

g) Appareil d'assistance respiratoire et oxygène

Les frais de location ou d'achat (au choix de l'assureur) d'un appareil d'assistance respiratoire et d'oxygène.

h) Chaussures orthopédiques et orthèses podiatriques

Les frais d'achat de chaussures conçues et fabriquées sur mesure pour la personne assurée à partir d'un moulage, lorsque ces chaussures sont requises pour corriger un défaut du pied. Sont également couverts les frais pour des chaussures préfabriquées de type ouvert, évasé, droit, ainsi que celles nécessaires au maintien des attelles dites de Denis Browne. Ces chaussures doivent être obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé détenteur d'un permis émis par les autorités légales.

Les frais pour des corrections apportées à des chaussures préfabriquées, par un laboratoire orthopédique spécialisé, sont également admissibles.

Les frais pour des orthèses podiatriques obtenues d'un laboratoire spécialisé sont également couverts.

Les chaussures profondes ainsi que toute forme de sandales sont expressément exclues de la présente garantie.

i) Appareils auditifs

Les frais d'achat, d'ajustement et de réparation d'appareils auditifs, incluant les piles à l'achat initial, jusqu'à concurrence de 300 \$ de frais admissibles par personne assurée, par période de 48 mois.

j) Prothèses capillaires

Les frais d'achat de prothèses capillaires, lorsque requises à la suite de la chute temporaire des cheveux en cas d'alopécie, de chimiothérapie ou de radiothérapie, jusqu'à concurrence de 500 \$ de frais admissibles par personne assurée, par période de 60 mois.

k) Prothèses mammaires externes, yeux et membres artificiels

Les frais d'achat de prothèses mammaires externes lorsque requises à la suite d'une mastectomie sont couverts.

Les frais d'achat et de réparation d'yeux artificiels sont couverts.

Les frais d'achat et de réparation de membres artificiels, ainsi que les frais de remplacement rendu nécessaire par un changement physiologique, sont couverts.

Ces frais sont limités à un montant global de 30 000 \$ de frais admissibles par personne assurée, par année civile.

l) Glucomètre

Les frais d'achat d'un appareil par période de 60 mois, jusqu'à concurrence de 300 \$ de frais admissibles par personne assurée.

m) Accessoires pour la pompe à insuline

Les frais d'achat d'accessoires pour pompe à insuline (tubulures et cathéters).

n) Bas de contention

Les frais d'achat de bas de contention à compression graduée de 20 mm/Hg ou plus, jusqu'à concurrence de 500 \$ de frais admissibles par personne assurée, par année civile. Les bas doivent être vendus en pharmacie ou dans un établissement de santé dans le cas d'insuffisance du système veineux ou lymphatique.

o) Appareils thérapeutiques et fournitures médicales

Les frais d'achat ou de location (au choix de l'assureur) d'appareils thérapeutiques et de fournitures médicales, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 10 000 \$ par personne assurée, par période de 24 mois.

Ces appareils et fournitures comprennent notamment les équipements suivants :

- moniteurs d'apnée;
- pompes à drainage et accessoires de percussion thoracique;
- pompes à insuline;
- neurostimulateurs TENS;
- stimulateurs de consolidation de fracture;
- appareils d'aérosolthérapie;
- respirateurs à pression positive intermittente ou orthèses d'avancée mandibulaire;
- cathéters;
- fournitures médicales servant au gavage;
- fournitures médicales nécessaires à la suite d'une trachéotomie;
- lunette opaque nécessaire lors d'un traitement de radiothérapie ou contre le psoriasis;
- vêtements compressifs pour brûlés;
- pansements médicamenteux;

- fournitures pour les stomies;
- fournitures pour les paraplégiques;
- appareils d'énurésie.

Aux fins du présent paragraphe, le glucomètre et les accessoires pour les pompes à insuline ne sont pas considérés comme des appareils thérapeutiques.

p) Lit d'hôpital

Achat et réparation, ou location, à la discrétion de l'assureur, jusqu'à concurrence du coût d'un lit d'hôpital non électrique, à moins que l'état de santé de la personne assurée requiert l'usage exclusif d'un lit électrique, et d'un lit d'hôpital par période de 60 mois.

q) Fournitures pour incontinence

Les frais d'achat de fournitures pour incontinence.

r) Services diagnostiques

Les frais de radiographies, y compris la tomodensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique, d'analyses de laboratoire et d'électrocardiogramme pour fins de diagnostic, et les tests de dépistage prénataux, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 000 \$ par personne assurée, par année civile.

s) Soins dentaires à la suite d'un accident

Les services d'un dentiste requis pour réparer et remplacer des dents saines par suite d'un coup accidentel à la bouche.

Le coup accidentel doit avoir été reçu pendant que la personne est couverte en vertu de cette garantie ou d'une garantie comparable en vigueur immédiatement avant la date de prise d'effet de cette garantie.

Dans les 12 mois de l'accident :

- les soins dentaires doivent être rendus; ou
- un plan de traitement jugé satisfaisant par l'assureur doit être présenté.

Aucun remboursement ne sera accordé pour des soins reçus plus de 2 ans après l'accident.

Ces frais sont admissibles jusqu'à concurrence des tarifs suggérés par l'association des dentistes généralistes de la province de résidence de l'adhérent, pour l'année au cours de laquelle les frais sont engagés.

t) Cure de désintoxication

Les frais reliés à une cure de désintoxication auprès d'une clinique spécialisée en réadaptation pour alcooliques, toxicomanes ou joueurs pathologiques, y compris tous les soins et services liés à la cure. L'admissibilité des frais engagés à ce titre est toutefois assujettie aux conditions suivantes :

- i) la clinique doit être reconnue par l'assureur;
- ii) la personne assurée doit y recevoir un traitement curatif;
- iii) la clinique doit être sous le contrôle d'un médecin et sous la surveillance constante d'un infirmier licencié.

Le remboursement maximal est de 80 \$ par jour et de 2 500 \$ à vie, par personne assurée.

- u) Assurance voyage avec assistance : les frais admissibles sont les mêmes que ceux prévus sous le module intermédiaire.
- v) Assurance annulation de voyage : les frais admissibles sont les mêmes que ceux prévus sous le module intermédiaire.

LE SERVICE INFO ACCÈS-SANTÉ

Le service Info Accès-Santé est un service téléphonique offert 24 heures sur 24 qui permet à la personne assurée de pouvoir parler en toute confidentialité avec des professionnels de la santé d'expérience et d'obtenir des renseignements de façon immédiate.

Par l'entremise de ce service téléphonique, la personne assurée peut s'informer sur les questions suivantes :

- la santé;
- la vaccination;
- la diététique;
- le mode de vie;
- la mise en forme;
- la puériculture;
- la disponibilité des ressources locales.

Le service Info Accès-Santé doit être considéré comme un complément de la consultation médicale et du service médical d'urgence (911 ou autre); il ne remplace pas le professionnel de la santé que la personne assurée consulte habituellement ou le service médical d'urgence d'une municipalité.

Ce service d'information peut être utile pour améliorer la qualité de vie de l'adhérent et de ses personnes à charge.

La personne assurée peut communiquer en tout temps avec le service INFO ACCÈS-SANTÉ.

| Provenance de l'appel | Numéro à composer |
|-----------------------|-------------------|
| Partout au Canada | 1 877 875-2632 |

EXCLUSIONS

- 1) Aucune prestation n'est versée pour des frais engagés :
 - a) par suite d'accident ou de maladie pour lesquels la personne assurée a droit à une prestation en vertu d'un régime gouvernemental;
 - b) si la personne assurée n'est pas tenue de payer pour les services reçus;
 - c) par suite de participation active à une guerre, à une insurrection, à une émeute ou à un acte criminel;
 - d) pour tout voyage de santé ou cure de repos ou produit ou service dans le cadre d'une cure d'amaigrissement;
 - e) pour l'examen des yeux, la prescription, l'ajustement ou le remplacement de lunettes et lentilles cornéennes;
 - f) pour les soins qui ne sont pas médicalement nécessaires, donnés dans un but esthétique ou dans un but autre que curatif;
 - g) pour les frais qui excèdent les frais raisonnables et coutumiers, compte tenu de la gravité du cas, des tarifs normaux en usage dans la région et des procédés normalement utilisés;
 - h) pour des examens médicaux subis à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification;
 - i) pour des appareils de contrôle tels que stéthoscope, sphygmomanomètre ou autres appareils de même nature;
 - j) pour des accessoires domestiques tels que bain tourbillon, purificateur d'air, humidificateur, climatiseur ou autres appareils de même nature;
 - k) soins dentaires qui ne résultent pas d'un accident ou qui résultent de l'introduction volontaire ou involontaire d'une substance alimentaire ou d'un objet dans la bouche;
 - l) actes dentaires et fournitures ayant pour but la restauration de la bouche au complet et la correction de la dimension verticale ou de toute dysfonction temporo-mandibulaire;
 - m) pour des prothèses dentaires;

- n) pour des opérations ou des traitements expérimentaux;
- o) pour des services ou produits reliés au tabagisme;
- p) pour des frais engagés pour des services, produits, examens ou soins reçus collectivement;
- q) services, soins ou produits non inclus dans la liste des frais admissibles.

2) Exclusions applicables aux médicaments

- a) produits grand public (GP);
- b) produits utilisés à des fins esthétiques, cosmétiques ou pour hygiène corporelle;
- c) substances ou médicaments utilisés ou administrés à titre préventif;
- d) médicaments de nature expérimentale ou obtenus en vertu du programme fédéral de médicaments d'urgence;
- e) produits homéopathiques ou dits naturels;
- f) produits antitabac, sauf ceux spécifiquement couverts en vertu du RGAM;
- g) suppléments diététiques servant à compléter ou à remplacer l'alimentation.

Toutefois, les suppléments diététiques prescrits dans le traitement d'une maladie du métabolisme clairement identifiée, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminées par le Règlement sur le RGAM demeurent couverts. La seule preuve acceptée à cet effet sera un rapport médical complet décrivant à la satisfaction de l'assureur toutes les conditions justifiant la prescription du produit non autrement couvert;

- h) écrans solaires;
- i) médicaments servant à traiter l'infertilité ou servant à l'insémination artificielle ou à la fécondation in vitro, sauf ceux spécifiquement couverts en vertu du RGAM;
- j) hormones de croissance dont les caractéristiques diagnostiques ne permettent pas l'entrée dans le RGAM sur la base des critères d'inclusion prédéterminés;
- k) médicaments servant à traiter la dysfonction sexuelle;
- l) médicaments fournis en cours d'hospitalisation ou par un département de pharmacie d'un hôpital ou administrés à l'hôpital.

La présente garantie ne doit pas avoir pour effet d'exclure une fourniture ou un service pharmaceutique autrement couvert par le RGAM.

3) Restrictions applicables aux médicaments

La quantité des médicaments ou produits achetés ne doit pas dépasser une provision de 60 jours; cette restriction est de 100 jours pour les médicaments d'entretien.

4) Exclusions applicables aux médicaments exigeant une autorisation préalable

Aucun remboursement n'est effectué en vertu de la présente garantie pour les médicaments qui ne répondent pas aux critères d'autorisation préalable établis par l'assureur à la date à laquelle les frais sont engagés.

5) Exclusions et limitations applicables à l'assurance voyage

La personne assurée doit communiquer immédiatement avec Voyage Assistance lorsqu'elle doit avoir recours à des services médicaux d'urgence qui nécessitent une hospitalisation à l'étranger, sans quoi le remboursement d'une partie des frais engagés admissibles pourrait être réduit ou refusé par l'assureur. Il est aussi entendu que l'assureur n'est pas responsable de la disponibilité ou de la qualité des soins médicaux et hospitaliers administrés.

Les exclusions s'appliquant à l'assurance maladie complémentaire s'appliquent également à l'assurance voyage. De plus, l'assureur ne verse aucune des sommes prévues par l'assurance voyage dans les cas suivants :

- a) si la personne assurée n'est pas couverte en vertu de régimes d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation;
- b) si le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir des traitements médicaux ou paramédicaux ou des services hospitaliers, sauf si la personne assurée a été dirigée vers un autre médecin, conformément aux dispositions prévues au paragraphe 2) b) des Frais admissibles remboursables à 100 %;
- c) pour une chirurgie ou un traitement, lorsque ceux-ci sont facultatifs ou non urgents, c'est-à-dire qu'ils auraient pu être prodigués dans la province de résidence de la personne assurée sans danger pour sa vie ou sa santé, même si les soins sont prodigués à la suite d'une urgence médicale;
- d) si la personne assurée ne consent pas au rapatriement lorsqu'il est recommandé par Voyage Assistance;

- e) pour les frais de soins de santé et les frais hospitaliers qui sont engagés pour une personne assurée qui ne peut être rapatriée dans sa province de résidence et qui refuse un traitement médical prescrit par le médecin et approuvé par Voyage Assistance;
- f) pour toute urgence médicale survenue dans un pays ou une région pour lesquels le gouvernement du Canada a émis, avant la date de début du voyage, un des avertissements suivants :
 - i) éviter tout voyage non essentiel; ou
 - ii) éviter tout voyage.

La personne assurée qui se trouve dans le pays ou la région faisant l'objet d'un avertissement émis en cours de voyage n'est pas visée par la présente exclusion. Elle doit toutefois prendre les dispositions nécessaires pour quitter ce pays ou cette région dans les meilleurs délais;

- g) si la personne assurée refuse de divulguer les renseignements nécessaires à l'assureur relativement aux autres régimes d'assurance en vertu desquels elle bénéficie également de garanties d'assurance voyage ou si elle refuse à l'assureur l'utilisation de tels renseignements;
- h) si les frais engagés par la personne assurée sont reliés à un état de santé qui n'était pas stable avant la date de début du voyage.

Les prestations d'assurance voyage sont limitées à un maximum viager de 5 000 000 \$ par personne assurée.

6) Exclusions additionnelles applicables à l'assurance annulation de voyage

Aucune prestation d'assurance annulation de voyage n'est payable :

- a) si à la date d'achat du voyage ou d'un billet de passager dans tout véhicule de transport public ou à la date du départ, la personne assurée connaissait la raison qui l'empêcherait d'entreprendre ou de terminer le voyage projeté;
- b) si la cause invoquée n'empêche pas, hors de tout doute raisonnable, la personne assurée d'entreprendre ou de terminer le voyage projeté;
- c) pour tout accident survenant durant le voyage et qui résulte de la pratique par la personne assurée du vol plané, de l'alpinisme, du parachutisme, du saut à l'élastique (bungee jumping), de sa participation à une course de véhicules motorisés, ou de sa participation comme professionnel à des activités athlétiques ou sous-marines;

- d) pour les frais engagés pour une grossesse, une fausse-couche, un accouchement ou leurs complications, lorsque ces frais sont engagés dans les deux mois qui précèdent la date normale prévue pour l'accouchement;
- e) pour le décès ou les frais engagés qui résultent directement ou indirectement de l'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool; l'absorption abusive d'alcool est celle qui résulte en une alcoolémie de 80 milligrammes ou plus d'alcool par 100 millilitres de sang;
- f) pour tout accident ou maladie survenu lorsque la personne effectuait son voyage à l'aide d'un véhicule commercial et qu'elle voyageait en tant que conducteur, pilote, membre de l'équipage ou passager non payant; la présente exclusion ne s'applique pas si le véhicule était utilisé uniquement comme moyen de transport privé lors de vacances et si ce véhicule était une automobile ou une camionnette (ou un camion) avec une capacité maximale de 1 000 kilogrammes;
- g) pour toute demande de prestations résultant directement ou indirectement d'une blessure que la personne s'est infligée elle-même, d'un suicide ou d'une tentative de suicide, que la personne ait été consciente ou non de ses actes;
- h) pour le décès ou les frais engagés à la suite de manœuvres d'entraînement des forces armées ainsi que pour la partie des frais remboursables par une régie ou un organisme gouvernemental consécutivement au décès ou aux frais engagés relativement à tout accident non spécifiquement exclu par le présent article;
- i) pour tout événement survenu dans un pays ou une région pour lesquels le gouvernement du Canada a émis, avant la date de début du voyage, un des avertissements suivants :
 - i) éviter tout voyage non essentiel; ou
 - ii) éviter tout voyage.

La personne assurée qui se trouve dans le pays ou la région faisant l'objet d'un avertissement émis en cours de voyage n'est pas visée par la présente exclusion. Elle doit toutefois prendre les dispositions nécessaires pour quitter ce pays ou cette région dans les meilleurs délais;

- j) si un voyage est entrepris dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou blessée et que la condition médicale ou le décès subséquent de cette personne résulte en une annulation ou en un retour prématuré ou retardé;
- k) pour la portion d'un voyage remboursée par le fournisseur de services de voyage sous forme de crédits-voyage, tant qu'ils sont valides;

- I) pour toute défaillance d'un fournisseur de services de voyage n'ayant pas de bureau au Canada et ne détenant pas tous les permis et certificats d'exploitation requis par les autorités canadiennes compétentes.

Advenant une cause d'annulation avant le départ, le voyage doit être annulé auprès de l'agence de voyage ou du transporteur concerné au plus tard 48 heures après le jour où la cause d'annulation survient, ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié, et l'assureur doit en 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 de l'annulation, ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié.

Pour le contrat, l'engagement de l'assureur est limité à 500 000 \$ pour toutes les demandes de prestations engagées à la suite de la défaillance d'un même fournisseur de services de voyage, quel qu'il soit, puis à 1 000 000 \$ par année civile pour toutes les demandes de prestations engagées pour l'ensemble des défaillances de fournisseurs de services de voyage.

DROIT DE TRANSFORMATION

Le droit de transformation permet à l'adhérent, son conjoint ou l'un de ses enfants à charge, s'il les protégeait, d'obtenir, sans preuves d'assurabilité, par un contrat individuel, une protection d'assurance maladie aux taux et conditions fixés par l'assureur et alors en vigueur pour ce genre de protection, à condition d'en faire la demande écrite au siège social de l'assureur dans les 31 jours de l'un des événements suivants :

- 1) l'adhérent cesse d'être admissible à la présente assurance avant la terminaison du contrat. Le droit de transformation peut alors être exercé par l'adhérent pour lui-même et pour son conjoint et ses enfants à charge s'il les protégeait;
- 2) le conjoint ou l'enfant à charge cesse de répondre à la définition de conjoint ou d'enfant à charge;
- 3) l'adhérent décède.

ASSURANCE FRAIS DENTAIRES – MODULES INTERMÉDIAIRE ET COMPLET SEULEMENT

OBJET DE LA GARANTIE

Lorsqu'une personne assurée engage des frais admissibles pendant qu'elle est assurée en vertu de l'assurance frais dentaires, une partie ou la totalité de ces frais est remboursable par l'assureur à l'adhérent, sous réserve des dispositions de la présente garantie.

Pour être admissibles, les frais doivent répondre aux conditions suivantes :

- 1) les soins doivent être dispensés par un dentiste, ou par un hygiéniste dentaire sous la surveillance d'un dentiste, ou par un denturologiste autorisé par un organisme responsable;
- 2) les soins doivent être conformes aux normes de la pratique courante de la dentisterie;
- 3) les soins doivent être dispensés par une personne qui ne réside pas avec la personne assurée et qui n'est pas un proche parent de celle-ci; et
- 4) **les frais sont limités aux tarifs de l'année précédent celle où les frais ont été engagés**, selon le guide des tarifs de l'association des chirurgiens dentistes utilisé par les praticiens généralistes de la province où réside l'adhérent.

Lorsque les frais prévus sont égaux ou supérieurs à 500 \$, un plan de traitement et les radiographies appropriées devraient être soumis à l'assureur avant le début du traitement. La personne assurée peut ainsi être informée à l'avance de la portion des frais dont le paiement est prévu par l'assurance.

FRANCHISE ANNUELLE

La franchise est de 25 \$ par année civile, par certificat.

REMBOURSEMENT MAXIMAL

Le remboursement maximal global par personne assurée, par année civile, pour les soins dentaires préventifs, de base et de restauration majeure est de :

- 1) 1 000 \$, pour le module intermédiaire;
- 2) 1 500 \$, pour le module complet.

Pour les soins dentaires d'orthodontie, le remboursement maximal viager par personne assurée est de :

- 1) 1 000 \$, pour le module intermédiaire;
- 2) 1 500 \$, pour le module complet.

PAIEMENT DIRECT

Ce mode de paiement permet à l'adhérent de débourser uniquement la partie non assurée des frais dentaires engagés.

DESCRIPTION DES FRAIS ADMISSIBLES AU CANADA

Tous les actes buccodentaires énumérés ci-après sont tirés du guide des tarifs de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec (ACDQ) selon l'édition 2014.

À la suite de la publication annuelle du guide des tarifs de l'ACDQ, la liste des actes admissibles est ajustée pour en tenir compte.

1) SOINS DENTAIRES PRÉVENTIFS (remboursables à 100 %)

DIAGNOSTIC

Examen buccal clinique

- pour les résidents du Québec, examen pour les enfants de moins de 10 ans si non remboursable par le régime public : un examen par période de 12 mois
- examen de rappel ou périodique : un examen par période de 12 mois pour le module intermédiaire et 6 mois pour le module complet
- examen complet : un examen par période de 36 mois
- examen parodontal complet : un examen par période de 60 mois
- examen d'urgence
- examen d'un aspect particulier : un examen par période de 12 mois pour le module intermédiaire et 6 mois pour le module complet
- examen des dysfonctions du système stomatognathique : un examen par période de 60 mois
- examen prosthodontique : un examen par période de 24 mois
- examen spécifique d'orthodontie

RADIOGRAPHIES

Radiographies intra-orales

- pellicule périapicale
- pellicule occlusale
- pellicule interproximale
- pellicule des tissus mous

Radiographies extra-orales

- pellicule extra-orale
- examen des sinus
- sialographie
- utilisation d'une substance radiopaque pour démontrer les lésions
- articulation temporo-mandibulaire
- série complète de radiographies ou radiographie panoramique
- pellicule céphalométrique
- photographie

Autres

- duplicata de radiographie : 2 fois par année civile

TESTS ET EXAMENS DE LABORATOIRE

Tests microbiologiques

Biopsies

Test de vitalité

Modèles de diagnostic, non montés

Présentation de cas : consultation avec le patient (un jour autre que celui de l'examen)

PRÉVENTION

Services usuels de prévention

- polissage de la partie coronaire des dents : une fois par période de 12 mois pour le module intermédiaire et 6 mois pour le module complet
- détartrage : une fois par période de 12 mois pour le module intermédiaire et 6 mois pour le module complet
- application topique de fluorure : une fois par période de 12 mois pour le module intermédiaire et 6 mois pour le module complet
- analyse du régime alimentaire : une fois à vie
- instruction d'hygiène buccale : une fois à vie
- programme de contrôle de la plaque dentaire : 5 fois par année civile

- finition d'une obturation, incluant les modifications de la morphologie de dents pour raison fonctionnelle/Améloplastie
- scellant de puits et fissures, comprenant l'odontotomie prophylactique et la préparation par mordançage à l'acide pour les enfants de moins de 16 ans (seulement sur les surfaces occlusales des prémolaires et molaires permanentes) (une fois par période de 36 mois pour une même dent – cette limite s'applique au module complet seulement)
- ablation de matériau obturateur sous-gingival
- meulage interproximal (pour les enfants de moins de 16 ans – cette limite s'applique au module complet seulement)

Appareil de maintien en l'absence de dents primaires et seulement pour les enfants de moins de 16 ans

Équilibrage de l'occlusion (module complet)

- 8 unités de temps ou un majeur et 3 mineurs par année civile

2) SOINS DENTAIRES DE BASE (remboursables à 80 % dans le module intermédiaire et à 100 % dans le module complet)

RESTAURATION MINEURE

Pansement sédatif

Meulage et polissage d'une dent traumatisée

Recimentation d'un fragment de dent brisée

Restauration en amalgame

Restauration en composite (sur les dents antérieures et les prémolaires seulement)

Tenons de rétention pour restauration en amalgame ou en composite

Carie/trauma/contrôle de la douleur, acte distinct d'une restauration

ENDODONTIE

Urgence endodontique : pulpotomie, pulpectomie, ouverture et drainage

Traumatisme, traitement et chirurgie endodontique

Apexification

PARODONTIE

Traitements non chirurgicaux

Chirurgie parodontale

Visites postopératoires : 4 visites par année civile

Curetage gingival et surfaçage radiculaire (maximum de 6 unités de temps par année civile ou maximum d'une fois par dent par période de 24 mois)

Détartrage à des fins thérapeutiques : 12 unités de temps par année civile

Jumelage (sauf jumelage avec treillis de type Maryland)

Irrigation parodontale

Appareils parodontaux, incluant réparation et regarnissage

Ajustement pour appareil parodontal pour contrôler uniquement le bruxisme : un ajustement par année civile

Équilibrage de l'occlusion : 8 unités de temps ou un majeur et 3 mineurs par période de 12 mois

REBASAGE, REGARNISSAGE, AJUSTEMENT ET RÉPARATION DE PROTHÈSE AMOVIBLE

Rebasage et regarnissage : une fois par période de 36 mois

Réparation avec ou sans empreinte

Addition à une prothèse amovible existante

Ajustement de prothèses avec ajustements mineurs, 3 mois après l'insertion : une fois par période de 6 mois

CHIRURGIE BUCCALE

Ablation de dents ayant fait éruption, avec ou sans complication

Ablation de dents incluses, racine et portion d'une dent

Exposition chirurgicale d'une dent incluant un attachement orthodontique

Transplantation d'une dent

Reposition d'une dent par chirurgie

Énucléation d'une dent n'ayant pas fait éruption et de son follicule : une fois à vie par dent

Alvéolectomie, alvéoloplastie, ostéoplastie, tubéroplastie, stomatoplastie, gingivoplastie

Ablation de tissu hyperplasique, de surplus de muqueuse, de tumeur ou de kyste

Extension des replis muqueux

Incision et drainage

Réduction de fracture

Frénectomie

TraITEMENT DES GLANDES SALIVAIRES

Chirurgie ou traitement des sinus

Contrôle d'hémorragie

TraITEMENT POST-CHIRURGICAL

Réparation d'une lacération de tissu mou ou de part en part

SERVICES GÉNÉRAUX COMPLÉMENTAIRES

Anesthésie locale

3) SOINS DENTAIRES DE RESTAURATION MAJEURE ET PROTHÈSES (remboursables à 50 %)

Les frais d'une prothèse dentaire initiale (telle que pont fixe, prothèse amovible partielle ou complète) sont couverts si l'achat est rendu nécessaire en raison de l'extraction d'au moins une dent naturelle et fonctionnelle pendant que la personne est couverte en vertu de la présente garantie ou d'une garantie comparable détenue par le preneur immédiatement avant la date de prise d'effet de la présente garantie.

Les frais de remplacement d'une prothèse dentaire existante par une prothèse permanente sont couverts si :

- a) le remplacement est rendu nécessaire en raison de l'extraction d'au moins une dent naturelle pendant que la personne est couverte en vertu de la présente garantie ou d'une garantie comparable détenue par le preneur immédiatement avant la date de prise d'effet de la présente garantie;
- b) la prothèse déjà en place date d'au moins 5 ans; ou
- c) la prothèse déjà en place est temporaire et est remplacée par une prothèse permanente dans les 12 mois suivant la date de l'installation de la prothèse temporaire. Le montant de remboursement de la prothèse permanente est réduit du montant déjà remboursé par l'assureur pour la prothèse temporaire.

Une prothèse temporaire qui date d'au moins 12 mois est considérée comme une prothèse permanente en vertu de la présente disposition.

RESTAURATION MAJEURE ET PROTHÈSE FIXE

Aurification

Incrustation et tenons de rétention

Jumelage avec treillis de type Maryland : une fois par période de 60 mois pour une même dent

Couronnes en acier inoxydable préfabriquée, ou en polycarbonate ou autre matériel similaire, puis couronne intermédiaire de transition

Couronne individuelle

Capuchon, métal précieux ou non

Corps coulé

Facette fabriquée en laboratoire sur antérieures et prémolaires

Pivot préfabriqué

Reconstitution d'une dent (pour fabriquer une pile) en vue d'une couronne, y compris les tenons

Supplément pour une restauration

PROTHÈSES AMOVIBLES

Prothèse complète

Prothèse partielle

PONT FIXE

Pontiques

Appui métallique servant d'attache pour pont papillon : Maryland, Rochette, Monarch

Pilier

Barre de rétention pour fixer à des capuchons

Pilier incrustation : métal, porcelaine, céramique ou résine

Attaches de précision

RÉPARATION DE PONT FIXE ET DE COURONNE

Réparation de pont fixe

Réparation de couronne

Recimentation de pont, d'incrustation, de couronne, de facette, de pivot : 2 fois par année civile pour une même dent ou un même pilier

Supplément pour mordançage de la restauration : 2 fois par année civile

Immobilisation, sectionnement

Ablation d'un pivot ou d'un corps coulé cimenté

4) SOINS DENTAIRES D'ORTHODONTIE (remboursables à 50 %)

Correction des habitudes buccales

- appareil fixe ou amovible
- évaluation myofonctionnelle
- motivation du patient
- myothérapie

Examen spécifique d'orthodontie : une fois par période de 12 mois

Examen complet d'orthodontie

Orthodontie corrective

Ajustements, modifications ou recimentation

Appareils de rétention

Traitements orthodontiques

Radiographie : main et poignet (comme aide-diagnostic au traitement dentaire)

Traitements complets d'une malocclusion dentaire

Urgences orthodontiques

DESCRIPTION DES FRAIS ADMISSIBLES À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Pour être admissibles, les frais pour des soins dentaires reçus à l'extérieur du Canada doivent être inclus dans la liste des frais admissibles au Canada.

Le remboursement des frais admissibles est basé sur le guide des tarifs des actes buccodentaires de l'association dentaire provinciale utilisé par les praticiens généralistes de la province où réside l'adhérent pour l'année civile durant laquelle les frais sont engagés.

EXCLUSIONS, LIMITATIONS ET RESTRICTIONS GÉNÉRALES

- 1) Lorsqu'un adhérent soumet une demande d'adhésion pour ses personnes à charge plus de 31 jours après la date d'admissibilité applicable, l'assureur limite le montant des prestations payables à 125 \$ par personne assurée pendant les 12 premiers mois d'assurance.
- 2) À toute personne assurée qui n'est pas couverte par l'assurance maladie de sa province de résidence, l'assureur verse seulement les montants qui auraient été payables si cette personne avait été couverte par les régimes en question.
- 3) Les frais de laboratoire admissibles sont limités à 50 % des tarifs suggérés par l'association de référence pour l'acte auquel ces frais sont associés. En l'absence de tarifs suggérés par une association de référence, les frais admissibles sont limités aux montants raisonnables que les personnes non assurées doivent normalement payer pour les mêmes services, compte tenu des normes qui, selon l'assureur, doivent s'appliquer au dentiste ou denturologue.
- 4) Le remboursement des frais pour des restaurations en composite effectuées sur les molaires est limité aux frais pour les restaurations en amalgame.
- 5) Lorsqu'un tarif avec des unités de temps est prévu, les frais reconnus par l'assurance se limitent au tarif suggéré pour les services prévoyant le plus grand nombre d'unités. Les frais liés aux unités supplémentaires n'entrent pas dans le calcul des frais admissibles.
- 6) Dans les cas suivants, l'assurance frais dentaires ne prévoit aucun remboursement :
 - a) pour des frais qui sont payables par l'État, par un organisme gouvernemental ou par un autre assureur;
 - b) pour des frais qui sont à la charge d'un tiers responsable, sauf en cas de subrogation;
 - c) pour des frais engagés pour des traitements à des fins esthétiques et qui ne sont pas expressément couverts par l'assurance; à cet égard, le blanchiment, la transformation et l'extraction et le remplacement de dents saines en vue d'en modifier l'apparence sont considérés comme des traitements à des fins esthétiques;
 - d) pour des frais dont on ne peut prouver que la personne assurée les a engagés;
 - e) pour des frais engagés en rapport avec des traitements expérimentaux ou des services qui sont à un stade de recherche médicale;

- f) pour des frais engagés pour subir des examens médicaux à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification;
- g) pour des frais engagés en rapport avec des services qui ne sont pas reçus pendant que la personne est assurée;
- h) pour des soins et fournitures dentaires visant la reconstruction de la bouche entière, la correction de l'espace vertical, la correction du dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire ou le jumelage permanent des dents;
- i) pour le remplacement d'appareils ou prothèses perdus ou volés;
- j) pour des frais engagés pour des implants;
- k) pour un rendez-vous non respecté, pour la rédaction de demandes de prestations, plans de traitement ou rapports écrits, pour des frais de déplacement, d'expédition ou d'identification judiciaire, pour des convocations en cour à titre de témoin expert ou pour des consultations téléphoniques;
- l) pour un protecteur buccal;
- m) pour des frais que la personne assurée n'aurait pas eu à assumer si elle n'avait pas été assurée;
- n) pour un appareil dentaire servant à traiter le ronflement ou l'apnée du sommeil;
- o) pour des chapes de transferts, des duplicates de prothèses et des traitements palliatifs de douleurs dentaires;
- p) pour des pontiques et piliers de transition;
- q) pour des traitements et services liés aux tests ou analyses microbiologiques;
- r) pour des dommages subis par suite d'une guerre, déclarée ou non, d'une insurrection ou d'une émeute;
- s) pour des dommages subis par suite de la participation de la personne assurée à un crime ou à un attentat quelconque;
- t) pour les services et fournitures dentaires non inclus dans la liste des frais admissibles.



AGA Assurances collectives
3500, boulevard de Maisonneuve Ouest, bureau 2200, Westmount
(Québec) H3Z 3C1
Tél. : 514 935-5444 - 1 800 363-6217
Télécopieur : 514-935-1147
www.agq.ca

Notre engagement envers vous

Nous sommes toujours là pour répondre à vos questions. Vous pouvez compter sur notre équipe chevronnée pour vous fournir un service hors pair et traiter vos demandes avec efficacité. Nous veillons à votre bien-être et vous procurons un soutien financier au moment où vous en avez le plus besoin.

desjardinsassurancevie.com



Desjardins Assurances désigne Desjardins
Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.
200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 6R2 / 1 866 647-5013

02194F11 (2019-02)