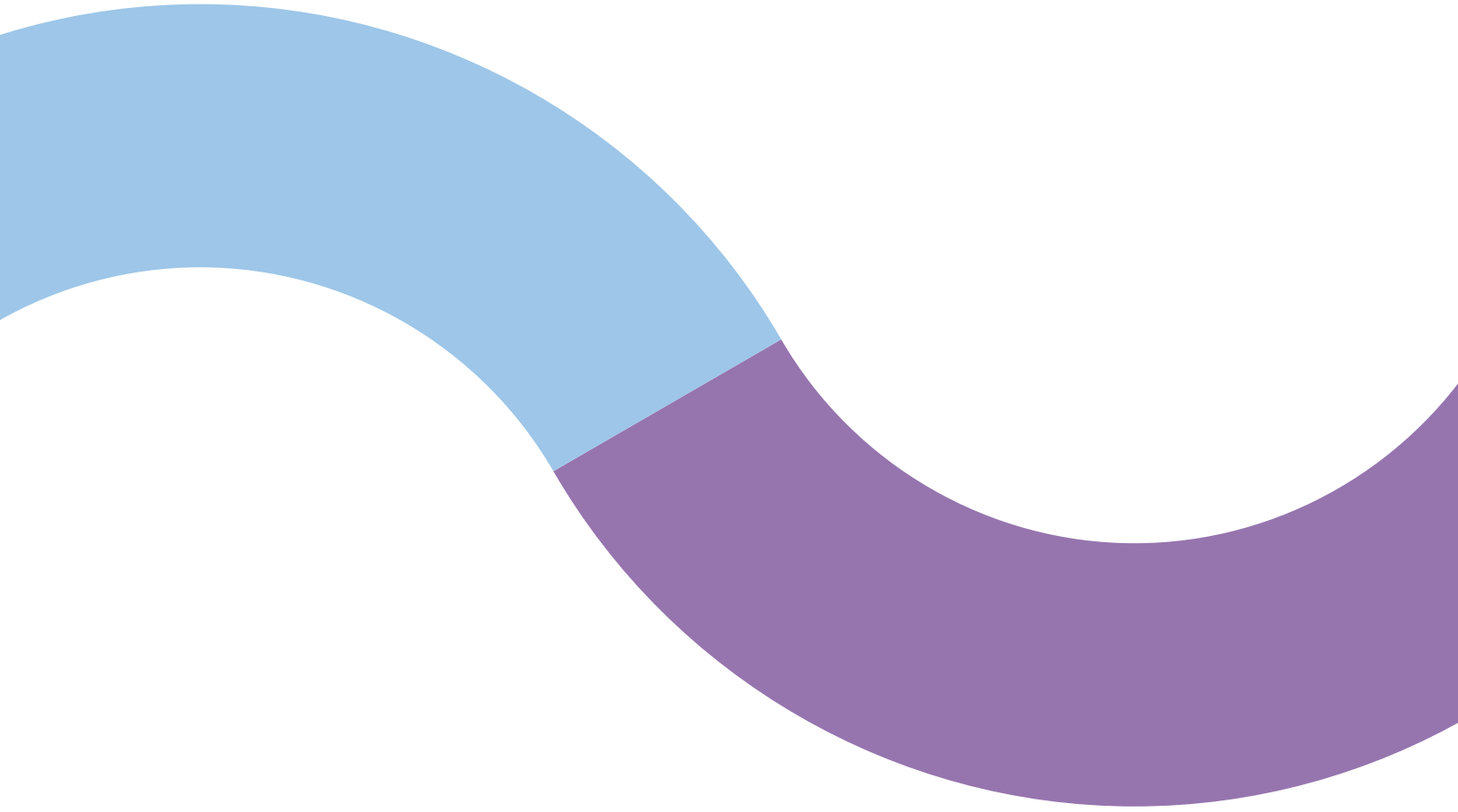


Contrat d'assurance collective 009800

Version administrative
au 1^{er} avril 2025



beneva

Le présent document constitue une version préparée par Beneva à des fins de gestion administrative. Seuls le contrat original et les avenants subséquents qui ont été transmis au Preneur, et acceptés par ce dernier, ont valeur légale. Ce document et son contenu ne peuvent être reproduits, transmis ou communiqués, en tout ou en partie, à un tiers, sans le consentement écrit de Beneva.

CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE

NUMÉRO **009800**

CONVENU ENTRE

LA CAPITALE ASSUREUR DE L'ADMINISTRATION PUBLIQUE INC.

Ci-après appelée l'Assureur

ET

LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

Ci-après appelé le Preneur

L'ASSUREUR S'ENGAGE, moyennant le paiement des primes stipulées, au fur et à mesure de leur échéance et subordonnement aux clauses et conditions du présent contrat, à verser les prestations prévues en vertu de ce contrat.

Les clauses et conditions contenues aux pages suivantes font partie intégrante du présent contrat tout comme si elles figuraient au-dessus des signatures ci-apposées. Toute modification apportée au présent contrat doit être acceptée par l'Assureur et le Preneur du contrat et signée par un représentant autorisé des deux parties.

Entrée en vigueur : Le présent contrat entre en vigueur le 1^{er} avril 2022.

Ce contrat constitue une refonte du contrat entré en vigueur le 1^{er} janvier 2015 et des ententes et avenants émis subséquemment. Il ne confère aucun nouveau droit rétroactivement et les dispositions contractuelles applicables à tout événement donnant droit à des prestations demeurent celles en vigueur à la date de cet événement.

Année d'assurance : La période s'étendant entre la date d'entrée en vigueur du contrat et la date de renouvellement qui suit immédiatement, et toute période de 12 mois comprise entre deux dates de renouvellement.

Date de renouvellement : Le 1^{er} avril 2023 et le 1^{er} avril de chaque année subséquente.

Heure de prise d'effet : Toute assurance prend effet, est modifiée ou se termine à 0 h 1 au siège social de l'Assureur à la date où un des événements prévus au contrat se produit.

Certains articles ne s'adressant pas aux personnes assurées ont été retirés de cette version administrative du contrat.

TABLE DES MATIÈRES

ARTICLE 1 - DÉFINITIONS	1
ARTICLE 2 - CONDITIONS D'ASSURANCE.....	10
2.1 Admissibilité	10
2.2 Participation.....	11
2.3 Preuves d'assurabilité	33
2.4 Date d'entrée en vigueur de l'assurance	34
2.5 Dispositions transitoires	37
2.6 Modification des prestations	38
2.7 Continuation de l'assurance en cas d'interruption de travail	38
2.8 Preuves d'invalidité.....	41
ARTICLE 3 - RÉGIME MODULAIRE D'ASSURANCE MALADIE DES PERSONNES	
EMPLOYÉES	43
3.1 Tableau des garanties	43
3.2 Frais de médicaments	53
3.3 Frais d'hospitalisation	56
3.4 Assurance voyage	56
3.5 Assurance annulation de voyage	64
3.6 Soins oculaires	72
3.7 Fournitures et autres frais admissibles.....	72
3.8 Professionnelles et professionnels de la santé	77
3.9 Exclusions et réduction du régime.....	79
3.10 Demande de prestations	81
3.11 Coordination des prestations.....	81
3.12 Renseignements	82
3.13 Renonciation à la responsabilité	82

3.14	Exonération des primes en cas d'invalidité totale.....	82
3.15	Prolongation	83
3.16	Prolongation en cas de transformation.....	83
3.17	Transformation	83
3.18	Prolongation de l'assurance des personnes à charge à la suite du décès de la personne adhérente	84
3.19	Prolongation en cas de retraite	84
3.20	Modalité de paiement	84
3.21	Fin de l'assurance	84

ARTICLE 4 - RÉGIME MODULAIRE D'ASSURANCE MALADIE DES PERSONNES

	RETRAITÉES.....	86
4.1	Tableau des garanties	86
4.2	Frais de médicaments	92
4.3	Frais d'hospitalisation	95
4.4	Assurance voyage.....	96
4.5	Assurance annulation de voyage	103
4.6	Fournitures et autres frais admissibles.....	111
4.8	Exclusions et réduction du régime.....	118
4.9	Demande de prestations	119
4.10	Coordination des prestations.....	120
4.11	Renseignements	120
4.12	Renonciation à la responsabilité	120
4.13	Prolongation en cas de transformation.....	120
4.14	Transformation	121
4.15	Prolongation de l'assurance des personnes à charge à la suite du décès de la personne adhérente	121
4.16	Modalité de paiement	121
4.17	Fin de l'assurance	121

ARTICLE 5 - RÉGIME OPTIONNEL D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES DES PERSONNES

EMPLOYÉES	123
5.1 Tableau de la garantie.....	123
5.2 Frais admissibles.....	123
5.3 Modalités de remboursement.....	124
5.4 Frais admissibles.....	124
5.5 Exclusions et réduction du régime.....	131
5.6 Demande de prestations	133
5.7 Coordination des prestations.....	133
5.8 Renseignements	133
5.9 Renonciation à la responsabilité	134
5.10 Exonération des primes en cas d'invalidité totale.....	134
5.11 Fin de l'assurance	134

ARTICLE 6 - RÉGIME OPTIONNEL D'ASSURANCE VIE DES PERSONNES EMPLOYÉES

6.1 Régime d'assurance vie de base de la personne adhérente	136
6.2 Régime d'assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelles de la personne adhérente	137
6.3 Régime d'assurance vie de base des personnes à charge	139
6.4 Régime d'assurance vie additionnelle de la personne adhérente et de la personne conjointe	140
6.5 Régime d'assurance maladies redoutées de la personne adhérente et de la personne conjointe	142
6.6 Prolongation en cas de transformation.....	149
6.7 Transformation des régimes d'assurance vie de base de la personne adhérente, vie de base des personnes à charge et vie additionnelle de la personne adhérente et de la personne conjointe	149
6.8 Exonération des primes en cas d'invalidité totale.....	150
6.9 Bénéficiaire.....	151
6.10 Paiement de l'assurance	152

6.11	Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale pour la personne adhérente ou sa personne conjointe	152
6.12	Prolongation en cas de retraite	153
6.13	Prolongation de l'assurance des personnes à charge à la suite du décès de la personne adhérente	153
6.14	Fin de l'assurance	153

ARTICLE 7 - RÉGIME OPTIONNEL D'ASSURANCE VIE DES PERSONNES RETRAITÉES

7.1	Régime d'assurance vie de la personne retraitée	156
7.2	Régime d'assurance vie de base des personnes à charge de la personne retraitée	156
7.3	Régime d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe de la personne retraitée	157
7.4	Bénéficiaire	157
7.5	Paiement de l'assurance	158
7.6	Prolongation de l'assurance des personnes à charge à la suite du décès de la personne adhérente	158
7.7	Fin de l'assurance	158

ARTICLE 8 - RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE TRAITEMENT EN CAS D'INVALIDITÉ PROLONGÉE

8.1	Période de prestations	160
8.2	Délai de carence	160
8.3	Montant des prestations	161
8.4	Dispositions particulières	164
8.5	Indexation	165
8.6	Exclusions et réduction du régime	165
8.7	Réadaptation	167
8.8	Exonération des primes en cas d'invalidité totale	167
8.9	Fin de l'assurance	168
8.10	Supplément aux prestations d'assurance emploi ou de l'assurance parentale en raison de grossesse	168

ARTICLE 9 - TAUX DE PRIME - PAIEMENT DES PRIMES - DÉLAI DE GRÂCE	169
9.1 Taux de prime	169
9.2 Modification des taux de prime.....	169
9.3 Changement de politique gouvernementale.....	169
9.4 Paiement des primes.....	169
9.5 Délai de grâce	170
ARTICLE 10 - RÉSILIATION DU PRÉSENT CONTRAT.....	171
10.1 Non-paiement de la prime	171
10.2 Préavis	171
10.3 Faillite	171
10.4 Pourcentage d'adhésion.....	171
ARTICLE 11 - MODIFICATION AU CONTRAT	172
ARTICLE 12 - STIPULATIONS DIVERSES	173
ARTICLE 13 - LE CONTRAT	176
ANNEXE – PERSONNES EMPLOYÉES IMPATRIÉES	177

ARTICLE 1 - DÉFINITIONS

Pour l'interprétation du présent contrat et sauf stipulation contraire, les expressions suivantes désignent :

- 1.1 « **Accident** » : un événement non intentionnel, soudain, fortuit et imprévisible qui est dû exclusivement à une cause externe de nature violente, et qui occasionne, directement et indépendamment de toute autre cause, des lésions corporelles.
- 1.2 « **Activité à caractère commercial** » : assemblée, congrès, convention, exposition, foire ou séminaire, à caractère professionnel ou commercial, telle activité devant être publique, sous la responsabilité d'un organisme officiel et conforme aux lois, règlements et politiques de la région où doit se tenir l'activité, et qui se veut la seule raison du voyage projeté.
- 1.3 « **Âge** » : l'âge atteint au dernier anniversaire de naissance de la personne employée, de la personne retraitée, de la personne conjointe ou des enfants à charge assurés.
- 1.4 « **Assisteur** » : CanAssistance ou toute autre entreprise d'assistance désignée par l'Assureur.
- 1.5 « **Associé en affaires** » : la personne avec qui la personne assurée est associée en affaires dans le cadre d'une compagnie de quatre coactionnaires ou moins, ou d'une société à but lucratif composée de quatre associés ou moins.
- 1.6 « **Centre hospitalier** » : centre hospitalier au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, excluant les centres hospitaliers privés autofinancés au sens de ladite loi. En cas d'hospitalisation hors Québec, cette définition s'applique également à tout établissement reconnu et accrédité comme centre hospitalier par les autorités compétentes dont l'établissement relève, exception faite des maisons de repos, des stations thermales ou autres établissements analogues.
- 1.7 « **Coassurance** » : le pourcentage des frais admissibles remboursés par l'Assureur après que la franchise par achat ou la franchise annuelle ait été assumée par la personne adhérente.
- 1.8 « **Comité** » : le comité d'assurance pour les professionnels syndiqués et non syndiqués du gouvernement du Québec à l'emploi du gouvernement du Québec et des organismes affiliés.
- 1.9 « **Compagnon de voyage** » : la personne avec qui la personne assurée partage la chambre ou l'appartement à destination ou dont les frais de transport ont été payés avec ceux de la personne assurée.

- 1.10 « **Contrat antérieur** » : le ou les contrats collectifs d'assurance, en vigueur immédiatement avant l'entrée en vigueur du présent contrat, couvrant les personnes employées et les personnes retraitées de l'employeur ainsi que leurs personnes à charge, le cas échéant.
- 1.11 « **Date de mise à la retraite** » : date à laquelle une personne employée débute sa retraite selon le régime de retraite auquel elle participe.
- 1.12 « **Délai de carence** » : la période continue pendant laquelle la personne adhérente employée doit être absente du travail par suite d'une invalidité avant d'avoir droit à des prestations d'invalidité de l'Assureur.
- 1.13 « **Dentiste** » : toute personne membre de l'Ordre des dentistes du Québec ou d'une association professionnelle reconnue par l'autorité législative ayant juridiction où le dentiste exerce.
- 1.14 « **Employeur** » : le gouvernement du Québec et les organismes acceptés par le Preneur.
- 1.15 « **Fournisseur de services de voyage** » : agence de voyages, grossiste en voyages, opérateur de tours, transporteur public, hôtel, de même que tout commerce ou plateforme de vente ou de réservation en ligne accrédités ou autorisés par les autorités compétentes à exploiter une telle entreprise ou à rendre de tels services.
- 1.16 « **Frais de voyage payés d'avance** » : somme déboursée par la personne assurée pour :
- i) l'achat de son voyage auprès d'un fournisseur de services de voyage, incluant son billet d'un transporteur public, la location d'un véhicule motorisé et son hébergement;
 - ii) les réservations pour des arrangements habituellement inclus dans un voyage à forfait, que les réservations soient effectuées par la personne assurée ou par un fournisseur de services de voyage;
 - iii) les frais d'inscription à une activité à caractère commercial.
- 1.17 « **Franchise** » : le montant de frais admissibles que la personne assurée doit assumer avant qu'un remboursement ne soit effectué. Les frais admissibles engagés par l'ensemble des personnes assurées d'un même certificat sont d'abord appliqués pour la réduction de la franchise. Seuls les frais admissibles en excédent du montant de la franchise ouvrent droit à des remboursements.

- 1.18 « **Franchise par achat (ticket modérateur)** » : partie des frais admissibles que la personne assurée doit payer pour chaque médicament prescrit ou service pharmaceutique.
- 1.19 « **Hospitalisation** » : l'occupation d'une chambre dans un centre hospitalier à titre de patient alité admis, excluant toute période où la personne assurée ne reçoit que des services qui pourraient être dispensés par un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou un centre de réadaptation, qu'il y ait une place disponible ou non dans un tel centre.
- 1.20 « **Hôte à destination** » : la personne dont la résidence principale doit servir de lieu d'hébergement à la personne assurée selon une entente prévue à l'avance.
- 1.21 « **Invalidité totale** » :
- 1.21.1 Juristes non syndiqués :
- 1.21.1.1 Pendant les 24 premiers mois d'une même période d'invalidité, un état d'incapacité résultant d'une maladie, y compris un accident, ou une complication d'une grossesse ou une intervention chirurgicale reliée directement à la planification des naissances, nécessitant des soins médicaux et qui rend la personne assurée totalement incapable d'accomplir les tâches de son emploi ou de tout autre emploi analogue comportant une rémunération similaire qui lui est offert par l'employeur.
- 1.21.1.2 Après les 24 premiers mois d'une même période d'invalidité, un état d'incapacité résultant d'une maladie, y compris un accident, une complication d'une grossesse ou une intervention chirurgicale reliée directement à la planification des naissances, nécessitant des soins médicaux et qui rend la personne assurée totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi.

L'invalidité totale est déterminée sans qu'il soit tenu compte de l'existence ou de la disponibilité d'un tel emploi ou activité.

1.21.2 Autres personnes employées admissibles à l'assurance :

Un état d'incapacité résultant d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse, d'une intervention chirurgicale reliée directement à la planification des naissances ou d'un don d'organe sans rétribution qui exige des soins médicaux continus et qui, pendant le délai de carence du régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée et les 24 mois qui suivent, empêche complètement la personne adhérente d'exercer toutes les fonctions de son occupation régulière et après cette période empêche complètement la personne adhérente d'exercer tout travail rémunérateur auquel elle est raisonnablement apte suivant son éducation, sa formation et son expérience; les soins continus ne sont pas requis si l'invalidité résulte de la perte de membres ou de la vue ou qu'elle puisse être établie définitivement à la satisfaction de l'Assureur.

L'invalidité totale est déterminée sans qu'il soit tenu compte de l'existence ou de la disponibilité d'un tel emploi ou activité.

- 1.22 « **Liste de médicaments soumis à une autorisation préalable** » : la liste de médicaments soumis à une autorisation préalable est une liste de médicaments, établie et pouvant être révisée en tout temps par l'Assureur, pour lesquels la personne assurée doit obtenir une autorisation avant qu'ils puissent être admissibles en vertu du présent contrat.
- 1.23 « **Maladie** » : altération organique ou fonctionnelle considérée dans son évolution, et comme une entité devant être définie par un médecin, y compris toute complication résultant de la grossesse.
- 1.24 « **Médecin** » : toute personne membre de l'Ordre des Médecins et autorisée à fournir des services médicaux selon la Loi médicale ou toute autre loi au même effet du lieu où sont rendus les services.
- 1.25 « **Médicaments d'origine ou innovateurs** » : les médicaments d'origine ou innovateurs correspondent aux médicaments pour lesquels il existe un médicament générique équivalent.
- 1.26 « **Médicaments génériques** » : les médicaments génériques sont des équivalents aux médicaments originaux ou innovateurs.
- 1.27 « **Médicaments uniques** » : les médicaments uniques sont des médicaments pour lesquels il n'existe aucun médicament générique équivalent.

- 1.28 « **Non-fumeur** » : une personne assurée qui, au cours des 12 derniers mois, n'a pas fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit. En cas de fausse déclaration de la part de la personne assurée, l'assurance est nulle et sans effet et la responsabilité de l'Assureur est limitée au remboursement des primes perçues. Toute personne qui modifie ses habitudes de tabagisme doit en informer par écrit l'Assureur à l'aide d'une attestation à cet effet. La personne assurée doit avoir cessé ses habitudes de tabagisme 12 mois avant que la modification puisse être effectuée.
- 1.29 « **Période de rémission** » : une période au cours de laquelle une personne adhérente qui était invalide cesse de l'être.
- 1.30 « **Période d'invalidité totale** » :
- 1.30.1 Durant l'utilisation de la banque de congés de maladie et les 52 semaines subséquentes :
- Toute période d'invalidité totale ou des périodes successives d'invalidité totale séparées par moins de 15 jours de travail effectif à temps plein ou de disponibilité pour un travail à temps plein, à moins que la personne employée n'établisse à la satisfaction de l'employeur qu'une période subséquente soit attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente.
- 1.30.2 Par la suite, durant les 52 semaines subséquentes :
- Toute période d'invalidité totale ou des périodes successives d'invalidité totale séparées par moins de 30 jours de travail effectif à temps plein ou de disponibilité pour un travail à temps plein, à moins que la personne employée n'établisse à la satisfaction de l'employeur qu'une période subséquente soit attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente.
- 1.30.3 Après l'utilisation de la banque de congés de maladie et les 104 semaines subséquentes :
- Toute période d'invalidité totale ou des périodes successives d'invalidité totale résultant d'une même maladie, même grossesse ou même accident, séparées par des intervalles de travail à temps plein ou à temps partiel de moins de 180 jours, à moins que l'invalidité totale, pendant une période, ne résulte d'une maladie, d'une grossesse ou d'un accident tout à fait indépendant de la maladie, de la grossesse ou de l'accident qui a causé l'invalidité totale pendant la période précédente et que l'invalidité totale ne débute qu'après le retour au travail.
- 1.31 « **Personne adhérente** » : une personne employée ou une personne retraitée qui est admissible à l'assurance et qui est assurée par l'un ou l'autre des régimes décrits dans le contrat.

1.32 « **Personne assurée** » : la personne adhérente, la personne conjointe ou l'un de leurs enfants à charge assurés en vertu de ce contrat.

1.33 « **Personne à charge** » : la personne conjointe ou l'enfant à charge d'une personne adhérente, tel que défini ci-après :

1.33.1 « Personne conjointe » : le terme personne conjointe a le sens suivant :

La personne :

- i) qui est mariée ou unie civilement à la personne adhérente et qui cohabite avec elle; ou
- ii) qui vit maritalement avec la personne adhérente et que ces deux personnes sont les mère et père d'un même enfant; ou
- iii) de sexe différent ou de même sexe, qui vit maritalement avec la personne adhérente depuis au moins 12 mois.

La dissolution du mariage ou de l'union civile par divorce ou annulation fait perdre ce statut de personne conjointe, de même que la séparation de fait depuis plus de trois mois dans le cas de personnes vivant maritalement.

Lorsque la personne adhérente, ou la personne de sexe différent ou de même sexe qu'elle présente publiquement comme sa personne conjointe est légalement mariée ou unie civilement à une autre personne, la définition de personne conjointe s'applique à celle que la personne adhérente a désignée comme personne conjointe à l'Assureur en lieu et place de la personne conjointe.

1.33.2 « Enfant à charge » : tout enfant célibataire

- i) de la personne adhérente, de sa personne conjointe ou des deux y compris l'enfant légalement adopté; ou
- ii) à l'égard duquel la personne adhérente ou sa personne conjointe exerce une autorité parentale ou l'exercerait si l'enfant était mineur;

iii) dont la personne adhérente ou la personne conjointe assume le soutien et qui est :

1. âgé de moins de 18 ans ;
2. âgé de 18 ans ou plus, mais de moins de 26 ans, étudiant à temps plein dans une institution d'enseignement reconnue, moyennant présentation d'une preuve à la satisfaction de l'Assureur. Cet enfant à charge, au cours d'un congé sabbatique scolaire, peut maintenir son statut d'enfant à charge, pourvu que la personne adhérente remplisse les modalités suivantes :
 - une demande écrite, préalable au congé, doit être soumise à l'Assureur et acceptée par ce dernier avant le début du congé;
 - la demande doit indiquer la date du début du congé sabbatique.

Le congé sabbatique n'est 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).

3. quel que soit son âge, atteint d'une déficience fonctionnelle définie dans le règlement sur le Régime général d'assurance médicaments (L.R.Q., c A-29.01, r.2) survenue alors qu'il répondait aux dispositions précédentes d'enfant à charge, ne recevant aucune prestation en vertu d'un programme d'aide de dernier recours prévu à la *Loi sur la sécurité du revenu* et domicilié chez la personne adhérente.

1.34 « **Personne employée** » : un fonctionnaire en poste au pays ou à l'étranger ou une personne à l'emploi de l'employeur, visé par la réglementation de travail applicable.

1.35 « **Personne retraitée** » : une personne employée qui prend sa retraite en vertu d'un régime de retraite administré par Retraite Québec, tel que le Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), le Régime de retraite des fonctionnaires (RRF), le Régime de retraite des enseignants (RRE), le Régime de retraite de certains enseignants (RRCE), le Régime de retraite des agents de la paix en services correctionnels (RRAPSC) ou le Régime de retraite des employés fédéraux intégrés dans une fonction auprès du gouvernement du Québec (RREFQ) et le Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Toutefois, une personne retraitée invalide avant l'âge normal de retraite n'est pas considérée comme une personne retraitée, mais plutôt comme une personne invalide, et ce, jusqu'à l'âge de 65 ans.

1.36 « **Proche parent** » : la personne conjointe, l'enfant, le père, la mère, le beau-père, la belle-mère, le frère, la sœur, le demi-frère, la demi-sœur, le beau-frère, la belle-sœur, la belle-fille, le gendre, les grands-parents et les petits enfants de la personne assurée.

- 1.37 « **Programme de réadaptation** » : s'entend d'un programme approuvé par écrit par l'Assureur pour une personne adhérente et qui consiste :
- a) soit en une activité rémunératrice à temps plein ou partiel qu'exerce la personne adhérente invalide;
 - b) soit en un cours de formation professionnelle ou un travail en vue de la réadaptation.
- 1.38 « **Régime général d'assurance médicaments** » : Régime général d'assurance médicaments administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec.
- 1.39 « **Réglementation de travail applicable** » : ensemble de documents régissant les conditions de travail s'appliquant aux professionnels syndicables, mais non syndiqués à l'emploi de l'employeur.
- 1.40 « **Statuts de protection** » : statuts de protection disponibles pour le régime modulaire d'assurance maladie des personnes employées, le régime modulaire d'assurance maladie des personnes retraitées, le régime optionnel d'assurance soins dentaires des personnes employées le régime d'assurance vie de base des personnes à charges, le cas échéant.

Les statuts de protection disponibles sont les suivants :

- Protection individuelle : personne adhérente seule.
- Protection monoparentale : personne adhérente avec un ou des enfants à charge, tels que définis au contrat.
- Protection familiale : personne adhérente avec une personne conjointe et un ou des enfants à charge, tels que définis au contrat.

La protection familiale est également accordée pour une personne adhérente avec personne conjointe, mais sans enfants à charge.

La protection monoparentale peut être accordée même si la personne adhérente a une personne conjointe telle que définie au contrat et que celle-ci est assurée en vertu d'un autre contrat d'assurance collective comportant des protections similaires.

- 1.41 « **Traitement** » : le traitement ou salaire de la personne employée déterminé en vertu de la réglementation de travail applicable pour établir sa protection aux régimes d'assurance prévus au présent contrat.
- 1.42 « **Traitement net** » : le traitement ou salaire brut moins les cotisations au régime de retraite de l'employeur, au Régime de rentes du Québec, au Régime d'assurance-emploi, au Régime québécois d'assurance parentale et les impôts des gouvernements provincial et fédéral en vigueur selon les déclarations faites à l'employeur.

- 1.43 « **Voyage** » : pour la protection d'assurance annulation de voyage, nous entendons par « voyage » un voyage touristique ou d'agrément ou activité à caractère commercial comportant une absence de la personne assurée de son lieu de résidence pour une période d'au moins deux nuitées consécutives et nécessitant un déplacement d'au moins 400 kilomètres (aller et retour) de son lieu de résidence; est également considérée comme un voyage, une croisière d'une durée prévue d'au moins deux nuitées consécutives, sous la responsabilité d'un commerce accrédité.

ARTICLE 2 - CONDITIONS D'ASSURANCE

2.1 Admissibilité

2.1.1 Toute personne employée est admissible aux régimes à compter :

2.1.1.1 De la date d'entrée en vigueur du présent contrat dans le cas d'une personne employée assurée en vertu des contrats antérieurs, conformément aux dispositions transitoires.

2.1.1.2 De la date à laquelle elle complète le délai d'admissibilité, soit après un mois de service actif et continu de travail pour la personne employée dont la semaine régulière de travail est de plus de 25 % du temps plein, à condition qu'elle soit effectivement au travail actif à plein temps à cette date.

2.1.1.3 De la date de l'acte de titularisation si cette date est postérieure au mouvement de personnel ou à compter de la date de nomination si l'acte de titularisation est antérieur à la nomination pour la personne employée au service de l'employeur dont la semaine régulière de travail est de plus de 25 % du temps plein et qui n'occupait pas antérieurement un poste visé par la réglementation de travail applicable.

2.1.2 Une personne employée occasionnelle engagée pour un surcroît de travail d'une durée de plus de six mois ou pour un projet spécifique d'une année ou plus ou à la suite de l'absence d'une personne employée pour une année ou plus est admissible à l'assurance selon les mêmes règles que celles décrites à l'article précédent. Toutefois, la personne employée occasionnelle réengagée à la suite d'une interruption de 60 jours ou moins est admissible à compter de la date de son réengagement.

Toutefois, toute personne retraitée ayant participé au RREGOP, RRF, RRE, RRCE, RRAPSC, RREFQ ou RRPE qui est réembauchée par l'employeur n'est pas admissible au régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée.

2.1.3 Toute personne retraitée assurée en vertu des contrats antérieurs est admissible à l'assurance des personnes retraitées à compter de la date d'entrée en vigueur du présent contrat.

Toute personne adhérente qui prend sa retraite est admissible à l'assurance à compter de sa date de mise à la retraite. À cette fin, la personne invalide exonérée qui atteint l'âge de 65 ans est considérée dès lors comme une personne retraitée.

Une personne retraitée qui termine sa protection à l'un ou l'autre des régimes qu'elle détient n'est plus admissible à ce régime par la suite, sous réserve de l'article relatif au droit d'exemption.

Toute personne retraitée âgée de 65 ans ou plus n'est pas admissible au module allégé du régime modulaire d'assurance maladie des personnes retraitées.

2.1.4 Toute personne à charge d'une personne adhérente est admissible à l'assurance soit à la même date que la personne adhérente si elle est déjà une personne à charge, soit à la date où elle le devient.

2.1.5 Dans le cas d'un nouveau groupe de personnes employées accepté par le Comité et dans le cas d'un nouveau groupe de personnes employées qui devient assujéti à la réglementation de travail applicable après la date d'entrée en vigueur du présent contrat, lesdites personnes employées sont admissibles à l'assurance en vertu du présent contrat à la date d'acceptation du groupe arrêtée par le Comité.

2.2 Participation

2.2.1 Participation au régime modulaire d'assurance maladie des personnes employées

La participation au régime modulaire d'assurance maladie des personnes employées est obligatoire pour toute personne employée admissible ainsi que pour ses personnes à charge, le cas échéant. La personne employée admissible doit remplir un formulaire de demande d'adhésion, choisir un des trois régimes disponibles et indiquer le statut de protection.

La personne employée et ses personnes à charge peuvent s'exempter de participer au régime modulaire d'assurance maladie des personnes employées en vertu de l'article relatif au droit d'exemption.

2.2.1.1 Description des régimes

Le régime modulaire d'assurance maladie des personnes employées offre les trois régimes suivants et la personne employée doit choisir un de ces régimes au moment de son adhésion à l'assurance collective :

- le régime de base;
- le régime intermédiaire;
- le régime enrichi.

2.2.1.2 Période obligatoire de maintien de protection

Lorsqu'une personne employée choisit un des trois régimes du régime modulaire d'assurance maladie lors de l'adhésion initiale ou en cours d'assurance, elle doit y maintenir sa participation pour une période minimale de 36 mois.

2.2.1.3 Changement de régime

La personne employée peut changer de régime avant la fin de la période obligatoire de maintien de protection, et ce, seulement à l'occasion d'un événement décrit ci-dessous et en autant que la demande soit présentée dans les 31 jours suivant ce dernier :

- début d'admissibilité pour une personne conjointe qui adhère au présent régime;
- naissance ou adoption d'un premier enfant qui adhère au présent régime;
- fin de l'exemption de la personne conjointe ou des enfants à charge;
- divorce, séparation;
- décès de la personne conjointe;
- terminaison de l'admissibilité du dernier enfant à charge.

Que ce soit au terme d'une période obligatoire de maintien de protection ou à la suite d'un événement décrit ci-dessus, les seuls changements à la hausse possibles sont le passage du régime de base au régime intermédiaire ou du régime intermédiaire au régime enrichi. Dans ce contexte de changement à la hausse, le nouveau régime entre en vigueur à la date de fin de la période obligatoire de maintien de protection ou à la date de l'événement.

En ce qui concerne les changements à la baisse, les seuls possibles sont le passage du régime enrichi au régime intermédiaire ou du régime intermédiaire au régime de base. Dans ce contexte de changement à la baisse, le nouveau régime entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la fin de la période obligatoire de maintien de protection ou suivant l'événement ayant permis le changement.

Une nouvelle période obligatoire de maintien de protection de 36 mois débute lors d'un changement de régime. Toutefois, lors d'un changement de statut de protection (individuel, monoparental ou familial) dans le même régime, la période obligatoire de maintien de protection de 36 mois déjà en cours se poursuit.

2.2.1.4 Particularités applicables à la personne employée invalide

La personne employée absente du travail pour cause d'invalidité et qui se trouve dans la période d'exonération de primes en date du 9 avril 2009 est automatiquement couverte par le régime intermédiaire selon le statut de protection (individuel, monoparental ou familial) alors détenu avant l'entrée en vigueur du régime modulaire. Seule la personne employée qui ne se trouve pas dans la période d'exonération de primes au moment de faire son choix parmi les trois régimes disponibles peut opter pour l'un de ces trois régimes.

Lors de son retour au travail, la personne employée a 31 jours pour effectuer son choix entre les trois régimes si elle ne l'a pas fait au cours de la campagne d'adhésion. Le choix d'un régime différent du régime intermédiaire entre en vigueur à la date de retour au travail. Si la personne employée n'a pas effectué son choix de régime dans les 31 jours suivant son retour au travail, elle demeure assurée en vertu du régime intermédiaire et les dispositions du régime modulaire quant à la période obligatoire de maintien s'appliquent à compter de l'entrée en vigueur du régime modulaire.

2.2.1.5 Formulaire non retourné ou incomplet

Dans le cadre d'une nouvelle adhésion au régime d'assurance collective, la personne employée qui n'a pas transmis son formulaire à la date prévue se voit octroyer automatiquement le régime intermédiaire en vertu du régime modulaire d'assurance maladie des personnes employées.

Suivant la réception de la confirmation de cette protection, la personne employée bénéficie d'un délai additionnel de 31 jours pour modifier le type de régime pour un régime de base ou enrichi. Les dispositions du régime modulaire d'assurance maladie des personnes employées quant à la période obligatoire de maintien s'appliquent à compter de la date d'adhésion de la personne employée au régime d'assurance collective.

Les mêmes dispositions sont applicables si une personne employée transmet à l'Assureur un formulaire n'indiquant aucun choix entre les trois régimes.

2.2.1.6 Personne employée âgée de 65 ans ou plus

La personne employée qui atteint l'âge de 65 ans peut choisir d'assurer, en vertu du présent contrat, les médicaments admissibles au Régime général d'assurance médicaments. Une telle personne employée qui désire assurer lesdits médicaments doit remplir une demande d'adhésion pour elle et les personnes à sa charge, le cas échéant, avant l'expiration d'un délai de 31 jours suivant la date de réception d'un avis de l'Assureur. Dans un tel cas, la personne adhérente doit payer la prime additionnelle stipulée à l'article relatif aux taux de prime.

Aucune demande d'adhésion ne sera acceptée après l'expiration dudit délai.

Le choix de la personne employée de s'inscrire auprès de la RAMQ pour les médicaments admissibles à la Régie est irrévocable.

2.2.1.7 Changement de statut de protection

a) Augmentation du statut de protection

La personne adhérente ayant un statut de protection individuel ou monoparental et optant par la suite pour un statut de protection monoparental ou familial voit son nouveau statut de protection prendre effet à la date de la modification de sa situation familiale (par exemple, le mariage ou l'union civile de la personne adhérente, la naissance ou l'adoption d'un premier enfant) ou à la date de terminaison de la protection de ses personnes à charge en vertu d'un autre contrat d'assurance collective comportant des protections similaires.

Dans tous les cas, une nouvelle demande d'adhésion doit être soumise à l'Assureur dans les 31 jours qui suivent la date de la modification de la situation familiale ou la terminaison de la protection des personnes à charge en vertu de l'autre contrat d'assurance collective.

Si la demande de changement de statut de protection parvient à l'Assureur plus de 31 jours après l'événement, le changement de statut de protection et les primes afférentes prennent effet rétroactivement à la date de l'événement. Toutefois, la rétroactivité ne peut jamais excéder 12 mois et les demandes de prestations pour cette période sont admissibles à un remboursement.

b) Réduction du statut de protection

Les dispositions précédentes sont également applicables à la personne adhérente ayant un statut de protection familial ou monoparental et optant par la suite pour un statut de protection monoparental ou individuel.

Dans tous les cas, le nouveau statut de protection prend effet à la date à laquelle aucune personne ne se qualifie comme personne conjointe ou enfant à charge, selon le cas, ou à la date à laquelle les personnes à charge sont protégées par un contrat d'assurance collective comportant des protections similaires. Une demande à cet effet doit être soumise à l'Assureur dans les 31 jours qui suivent la date de la modification de la situation familiale ou le début de la protection des personnes à charge en vertu de l'autre contrat d'assurance collective.

Si la demande est soumise après l'expiration du délai de 31 jours, le nouveau statut de protection prend effet à la date de réception de la demande par l'Assureur.

2.2.1.8 Droit d'exemption

Toute personne employée peut, moyennant un préavis écrit à l'Assureur, refuser ou cesser de participer au régime modulaire d'assurance maladie des personnes employées, à la condition qu'elle atteste à la satisfaction de l'Assureur, qu'elle et ses personnes à charge, le cas échéant, sont assurées en vertu d'un autre contrat d'assurance collective comportant des protections similaires. Elles doivent toutefois participer au régime modulaire d'assurance maladie des personnes employées aussitôt que la protection en vertu de l'autre contrat d'assurance collective se termine.

L'exemption prend effet le premier jour de la première période de paie suivant la date de réception de la demande par l'Employeur.

Fin de la période d'exemption

La personne employée qui a refusé ou cessé de participer au régime modulaire d'assurance maladie des personnes employées peut y participer à nouveau en établissant à la satisfaction de l'Assureur :

- i) qu'antérieurement elle était assurée comme personne conjointe ou enfant à charge en vertu d'un autre contrat d'assurance collective comportant des protections similaires;
- ii) qu'il est devenu impossible qu'elle continue à être assurée comme personne conjointe ou enfant à charge;

- iii) qu'elle présente sa demande avant l'expiration d'un délai de 31 jours suivant la fin de son assurance en vertu de laquelle elle était exemptée de participer au régime modulaire d'assurance maladie des personnes employées.

La personne employée doit faire un choix parmi les trois régimes du régime modulaire d'assurance maladie en faisant parvenir à l'Assureur le formulaire prévu à cet effet. Le calcul de la durée minimale de maintien de protection débute dès la date de fin d'exemption.

Toute personne employée qui transmet à l'Assureur un formulaire n'indiquant aucun choix entre les trois régimes se voit octroyer automatiquement le régime intermédiaire. Suivant la réception de la confirmation de cette protection, la personne employée bénéficie d'un délai additionnel de 31 jours pour modifier le type de régime pour un régime de base ou enrichi. Les dispositions du régime modulaire quant à la période obligatoire de maintien s'appliquent à compter de la date de fin d'exemption.

Si la demande de fin d'exemption parvient à l'Employeur avant l'expiration du délai précité, la protection en vertu du présent régime prend effet à la date de cessation de l'assurance ayant permis l'exemption.

Si la demande de fin d'exemption parvient à l'Employeur après le délai de 31 jours, la protection en vertu du présent régime prend effet rétroactivement à la date de terminaison de la protection ayant permis l'obtention de l'exemption, et les primes afférentes doivent être versées à l'Assureur. Toutefois, la rétroactivité ne peut jamais excéder 12 mois et les demandes de prestations pour cette période sont admissibles à un remboursement.

2.2.2 Participation au régime optionnel d'assurance soins dentaires des personnes employées

La participation au régime optionnel d'assurance soins dentaires des personnes employées est facultative pour toute personne employée admissible et ses personnes à charge, le cas échéant.

La personne employée admissible qui décide de participer au régime optionnel d'assurance soins dentaires des personnes employées doit remplir un formulaire de demande d'adhésion et indiquer le statut de protection.

2.2.2.1 Période obligatoire de maintien du régime

Lorsqu'une personne employée choisit de participer au régime optionnel d'assurance soins dentaires des personnes employées, que ce soit lors de l'adhésion initiale ou en cours d'assurance, elle doit y maintenir sa participation pour une période minimale de 36 mois.

2.2.2.2 Particularités applicables à la personne employée invalide

La personne employée qui était absente du travail pour cause d'invalidité lors de la mise en vigueur du régime optionnel d'assurance soins dentaires des personnes employées pourra y adhérer lors de son retour au travail, en remplissant un formulaire de demande d'adhésion et en indiquant le statut de protection.

2.2.2.3 Changement de statut de protection

a) Augmentation du statut de protection

La personne adhérente ayant un statut de protection individuel ou monoparental et optant par la suite pour un statut de protection monoparental ou familial voit son nouveau statut de protection prendre effet à la date de la modification de sa situation familiale (par exemple, le mariage ou l'union civile de la personne adhérente, la naissance ou l'adoption d'un premier enfant) ou à la date de terminaison de la protection de ses personnes à charge en vertu d'un autre contrat d'assurance collective comportant des protections similaires.

Dans tous les cas, une nouvelle demande d'adhésion doit être soumise à l'Assureur dans les 31 jours qui suivent la date de la modification de la situation familiale ou la terminaison de la protection des personnes à charge en vertu de l'autre contrat d'assurance collective.

Si la demande de changement de statut de protection parvient à l'Assureur plus de 31 jours après l'événement, le changement de statut de protection ne sera pas accordé.

b) Réduction du statut de protection

Les dispositions précédentes sont également applicables à la personne adhérente ayant un statut de protection familial ou monoparental et optant par la suite pour un statut de protection monoparental ou individuel.

Dans tous les cas, le nouveau statut de protection prend effet à la date à laquelle aucune personne ne se qualifie comme personne conjointe ou enfant à charge, selon le cas. Une demande à cet effet doit être soumise à l'Assureur dans les 31 jours qui suivent la date de la modification de la situation familiale.

Si la demande est soumise après l'expiration du délai de 31 jours, le nouveau statut de protection prend effet à la date de réception de la demande par l'Assureur.

2.2.2.4 Choix de statut de protection

Que ce soit lors de l'adhésion initiale ou lors d'un changement de statut de protection, le statut de protection choisi pour le régime optionnel d'assurance soins dentaires des personnes employées peut être différent de celui choisi pour le régime modulaire d'assurance maladie des personnes employées.

Les combinaisons de statuts de protection possibles pour ces deux régimes sont les suivantes :

Régimes	Combinaisons possibles ¹								
Assurance maladie	E	E	E	I	M	M	F	F	F
Assurance soins dentaires	I	M	F	I	I	M	I	M	F

1. E = exemption, I = protection individuelle, M = protection monoparentale, F = protection familiale

2.2.3 Participation au régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée

2.2.3.1 La participation au régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée est obligatoire pour toute personne employée admissible, à l'exception du personnel de cabinet, autre que directeur, et du personnel de député (comté), sous réserve de l'article relatif au droit de renonciation au régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée.

2.2.3.2 Renonciation au régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée

Malgré le caractère obligatoire du régime d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée, certaines situations, décrites ci-dessous, rendent la personne employée inadmissible à recevoir des prestations en vertu de ce régime, et lui permettent donc de renoncer à participer à celui-ci.

Pour ce faire, l'Assureur doit recevoir un formulaire de demande de renonciation rempli par la personne adhérente et l'employeur. La protection en vertu du régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée se termine alors à la date de début de la première période de paie complète qui suit ou coïncide avec la date de réception de la demande par l'Assureur.

Dans le cas où la demande est reçue après la date à laquelle le droit de renonciation aurait pu commencer à être exercé, la personne employée peut obtenir le remboursement des primes payées pour le régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée depuis cette date, sous réserve d'une rétroactivité maximale de 12 mois. Les personnes employées temporaires ou occasionnelles ne sont cependant pas admissibles à recevoir un tel remboursement.

Le choix de renoncer à participer au régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée est irrévocable, et ce, tant que la personne employée conserve le statut d'emploi en vertu duquel elle a pu exercer son droit de renonciation.

Les personnes employées suivantes peuvent exercer ledit droit de renonciation :

- i) la personne employée ayant accumulé une banque de congés de maladie lui procurant, en cas d'invalidité, une garantie de traitement jusqu'à l'âge de 65 ans;
- ii) la personne employée débute sa préretraite totale;
- iii) la personne employée ayant accumulé une banque de congés de maladie lui procurant, en cas d'invalidité, une garantie de traitement et une accumulation de 35 ans ou plus de service aux fins du calcul de sa rente au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF), au Régime de retraite des enseignants (RRE), au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE) ou au Régime de retraite de certains enseignants (RRCE);

- iv) la personne employée ayant accumulé une banque de congés de maladie lui procurant, en cas d'invalidité, une garantie de traitement et une accumulation de 35 ans ou plus de service aux fins du calcul de sa rente au Régime de retraite des employés fédéraux intégrés dans une fonction auprès du gouvernement du Québec (RREFQ) et qui serait alors âgée de 55 ans ou plus;
- v) la personne employée ayant acquis 34,5 ans ou plus de service aux fins du calcul de sa rente au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF), au Régime de retraite des enseignants (RRE), au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE) ou au Régime de retraite de certains enseignants (RRCE);
- vi) la personne employée âgée de 54,5 ans ou plus et ayant acquis 34,5 ans ou plus de service aux fins du calcul de sa rente au Régime de retraite des employés fédéraux intégrés dans une fonction auprès du gouvernement du Québec (RREFQ);
- vii) la personne employée ayant acquis 31,5 ans ou plus de service aux fins du calcul de sa rente au Régime de retraite des agents de la paix en services correctionnels (RRAPSC);
- viii) la personne employée temporaire protégée par une protection similaire à celle offerte aux personnes représentées par le Comité. Nonobstant ce qui précède, quand la personne devient une personne employée permanente, elle devra participer au présent régime;
- ix) la personne employée occasionnelle protégée par une protection similaire à celle offerte aux personnes représentées par le Comité.

2.2.3.3 La personne qui, à la date où elle devient une personne employée au sens du présent contrat, a été membre du personnel d'encadrement durant 12 mois ou plus au cours des cinq dernières années et qui demande d'être assurée en vertu du régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée doit présenter des preuves d'assurabilité. Cette période peut être prolongée si sa période de probation est supérieure à 12 mois.

2.2.3.4 La personne employée nommée temporairement cadre supérieur à l'extérieur du Québec peut réintégrer le régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée sans preuves d'assurabilité lors de son retour au Québec en autant qu'elle ne soit pas invalide au moment de son retour au Québec et qu'elle soit en mesure d'effectuer les tâches prévues par sa classe d'emploi à titre de personne employée au sens du présent contrat. Si la personne employée concernée est invalide au moment de son retour au Québec, le régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée prend alors effet uniquement à la fin de la période d'invalidité, tel qu'entendu au sens du Régime d'assurance collective du personnel d'encadrement du gouvernement du Québec.

2.2.4 Participation au régime optionnel d'assurance vie des personnes employées

La participation aux garanties offertes en vertu du régime optionnel d'assurance vie des personnes employées requiert la participation au régime modulaire d'assurance maladie des personnes employées, sous réserve des modalités relatives au droit d'exemption.

2.2.4.1 Régime d'assurance vie de base de la personne adhérente

La participation au régime d'assurance vie de base de la personne adhérente est facultative pour toute personne employée admissible. La personne employée désirant participer au régime d'assurance vie de base de la personne adhérente doit remplir une demande d'adhésion dans les 31 jours suivant la date à laquelle elle devient admissible. Pour toute demande d'adhésion remplie après ce délai, la personne employée doit fournir, à ses frais, des preuves d'assurabilité à la satisfaction de l'Assureur. Pour une personne employée occasionnelle qui devient temporaire, la période de 31 jours débute à la date de nomination ou à la date de titularisation, laquelle est la plus éloignée.

Lorsque la personne adhérente employée atteint l'âge de 65 ans, elle peut réduire son montant d'assurance vie de base en choisissant l'une des trois protections offertes :

- 25 % de son traitement annuel;
- 50 % de son traitement annuel;
- 75 % de son traitement annuel.

Pour ce faire, la personne adhérente employée doit transmettre à l'Assureur le formulaire prévu à cet effet, indiquant son choix de protection, dans les 31 jours suivant la date de son 65^e anniversaire de naissance, auquel cas le changement prend effet à cette date.

Dans le cas où le formulaire est transmis à l'Assureur après ce délai, le changement prend effet à la date de réception du formulaire par l'Assureur. Dans le cas où aucun formulaire n'est transmis à l'Assureur, la protection en vertu du régime d'assurance vie de base de la personne adhérente est maintenue à 100 % de son traitement annuel.

Dans tous les cas, à compter du 70^e et du 75^e anniversaire de naissance de la personne adhérente employée, le montant d'assurance ne peut excéder respectivement 75 % et 50 % de son traitement annuel.

2.2.4.2 Régime d'assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelles de la personne adhérente

La participation au régime d'assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelles de la personne adhérente est facultative pour toute personne employée admissible et requiert la participation au régime d'assurance vie de base de la personne adhérente. L'adhésion au régime d'assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelles de la personne adhérente se fait selon les mêmes conditions que l'adhésion au régime d'assurance vie de base de la personne adhérente.

2.2.4.3 Régime d'assurance vie de base des personnes à charge

La participation au régime d'assurance vie de base des personnes à charge est facultative pour toute personne employée admissible et requiert la participation au régime d'assurance vie de base de la personne adhérente. L'adhésion au régime d'assurance vie de base des personnes à charge se fait selon les mêmes conditions que l'adhésion au régime d'assurance vie de base de la personne adhérente.

La personne employée peut assurer, en vertu de ce régime, ses enfants à charge uniquement ou sa personne conjointe et ses enfants à charge. De plus, le choix du statut de protection en vertu de ce régime est indépendant du choix effectué pour le régime modulaire d'assurance maladie des personnes employées.

2.2.4.4 Régime d'assurance vie additionnelle de la personne adhérente et de la personne conjointe

La participation au régime d'assurance vie additionnelle de la personne adhérente est facultative pour toute personne employée admissible et requiert la participation au régime d'assurance vie de base de la personne adhérente.

La participation au régime d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe est facultative et requiert la participation au régime d'assurance vie de base des personnes à charge.

Certains montants de protection en vertu du régime d'assurance vie additionnelle de la personne adhérente et de la personne conjointe sont admissibles sans preuves d'assurabilité, sous réserve des mêmes conditions d'adhésion que celles qui s'appliquent au régime d'assurance vie de base de la personne adhérente. Ces montants sont décrits dans la section du contrat relative au régime d'assurance vie additionnelle de la personne adhérente et de la personne conjointe.

Tous les autres montants de protection disponibles en vertu de ce régime et décrits à cette même section du contrat sont sujets à l'acceptation par l'Assureur des preuves d'assurabilité fournies par la personne adhérente et la personne conjointe, le cas échéant.

2.2.4.5 Régime d'assurance maladies redoutées de la personne adhérente et de la personne conjointe

La participation au régime d'assurance maladies redoutées de la personne adhérente est facultative pour toute personne employée admissible et requiert la participation au régime d'assurance vie de base de la personne adhérente.

La participation au régime d'assurance maladies redoutées de la personne conjointe est facultative et requiert la participation au régime d'assurance vie de base des personnes à charge.

L'adhésion au régime d'assurance maladie redoutées de la personne adhérente et de la personne conjointe est sujette, en tout temps, à l'acceptation par l'Assureur des preuves d'assurabilité fournies par la personne adhérente et la personne conjointe, le cas échéant.

2.2.4.6 Transfert d'une personne employée au service d'un employeur reconnu par le Preneur

Toute personne employée qui était au service d'un employeur reconnu par le Preneur avant la date où elle devient admissible et dont la protection par un autre contrat d'assurance prend fin à cette date à cause du fait qu'elle est devenue une personne employée au sens du présent contrat, a droit à la même protection qu'elle détenait immédiatement avant qu'elle devienne une personne employée au sens du présent contrat, en autant que ladite protection soit limitée à celle disponible au présent contrat. Des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'Assureur sont requises s'il y a augmentation du montant d'assurance ou de la protection détenue.

2.2.5 Participation au régime modulaire d'assurance maladie des personnes retraitées

2.2.5.1 Personne retraitée âgée de moins de 65 ans

La participation au régime modulaire d'assurance maladie des personnes retraitées est obligatoire pour toute personne retraitée admissible âgée de moins de 65 ans ainsi que ses personnes à charge, le cas échéant, sous réserve de l'article relatif au droit d'exemption.

La personne retraitée admissible doit remplir un formulaire de demande d'adhésion, choisir un des trois modules disponibles, indiquer le statut de protection et transmettre le formulaire de demande d'adhésion à l'Assureur dans les 60 jours suivant la date de sa retraite.

Lorsque la demande d'adhésion est reçue par l'Assureur après un délai de 60 jours suivant la date de la retraite, la protection et les primes afférentes prennent effet rétroactivement à la date de la retraite. Toutefois, la rétroactivité ne peut jamais excéder 12 mois et les demandes de prestations pour cette période sont admissibles à un remboursement.

2.2.5.2 Personne retraitée âgée de 65 ans ou plus

La participation au régime modulaire d'assurance maladie des personnes retraitées est facultative pour toute personne retraitée admissible âgée de 65 ans ou plus et ses personnes à charge, le cas échéant, sous réserve de l'article relatif au droit d'exemption.

La personne retraitée admissible âgée de 65 ans ou plus qui décide de participer au régime modulaire d'assurance maladie des personnes retraitées doit remplir un formulaire de demande d'adhésion, choisir un des deux modules disponibles, indiquer le statut de protection et transmettre le formulaire de demande d'adhésion à l'Assureur dans les 60 jours suivant la date de sa retraite.

Dans le cas où la personne retraitée âgée de 65 ans ou plus désire assurer les médicaments admissibles au Régime général d'assurance médicaments en vertu du présent contrat, elle doit payer la prime additionnelle stipulée à l'article relatif aux taux de prime.

Autrement, le choix de la personne retraitée de s'inscrire auprès de la RAMQ pour les médicaments admissibles à la Régie est irrévocable.

2.2.5.3 Description des modules

Toute personne adhérente retraitée âgée de moins de 65 ans et couverte en vertu du régime modulaire d'assurance maladie des personnes retraitées doit choisir un des trois modules suivants :

- i) Allégé.
Ce choix doit être maintenu pendant une période minimale de 36 mois.
- ii) Complet 90 jours (durée de protection de 90 jours par voyage).
- iii) Complet 182 jours (durée de protection de 182 jours par année civile ou tant que la personne est couverte par la RAMQ).
Ce choix doit être maintenu pendant une période minimale de 36 mois.

Toute personne retraitée âgée de 65 ans ou plus et couverte en vertu du régime modulaire d'assurance maladie des personnes retraitées doit choisir un des deux modules suivants :

- i) Complet 90 jours (durée de protection de 90 jours par voyage).
- ii) Complet 182 jours (durée de protection de 182 jours par année civile ou tant que la personne est couverte par la RAMQ).
Ce choix doit être maintenu pendant une période minimale de 36 mois.

La personne retraitée qui n'a pas indiqué son choix ou retourné son formulaire avant la date prévue à cet effet se verra octroyer le module complet 182 jours.

Suivant la réception de la confirmation de la protection telle que décrite ci-dessus, la personne retraitée bénéficie d'un délai additionnel de 31 jours pour effectuer des modifications.

2.2.5.4 Période obligatoire de maintien de protection

Lorsqu'une personne retraitée choisit le module allégé ou le module complet 182 jours lors de l'adhésion initiale ou en cours d'assurance, elle doit y maintenir sa participation pour une période minimale de 36 mois.

2.2.5.5 Changement de module

La personne retraitée peut changer de module avant la fin de la période obligatoire de maintien de protection, et ce, seulement à l'occasion d'un événement décrit ci-dessous et en autant que la demande soit présentée dans les 31 jours suivant ce dernier :

- début d'admissibilité pour une personne conjointe et qui adhère au présent régime;
- naissance ou adoption d'un premier enfant et qui adhère au présent régime;
- fin de l'exemption de la personne conjointe ou des enfants à charge;
- divorce, séparation;
- décès de la personne conjointe;
- terminaison de l'admissibilité du dernier enfant à charge.

Que ce soit au terme d'une période obligatoire de maintien de protection ou à la suite d'un événement décrit ci-dessus, le seul changement à la hausse possible est le passage du module allégé au module complet 90 jours. Dans ce contexte de changement à la hausse, le nouveau module entre en vigueur à la date de fin de la période obligatoire de maintien de protection ou à la date de l'événement.

En ce qui concerne les changements à la baisse, les seuls possibles sont le passage du module complet 90 jours au module allégé, du module complet 182 jours au module complet 90 jours ou du module complet 182 jours au module allégé. Le passage vers le module allégé est disponible seulement pour les personnes retraitées âgées de moins de 65 ans. Dans ce contexte de changement à la baisse, le nouveau module entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la fin de la période obligatoire de maintien de protection ou suivant l'événement ayant permis le changement.

Une nouvelle période obligatoire de maintien de protection de 36 mois débute lors d'un changement pour le module allégé. Toutefois, lors d'un changement de statut de protection (individuelle, monoparentale ou familiale) dans le même module, la période obligatoire de maintien de protection de 36 mois déjà en cours se poursuit.

2.2.5.6 Personne déjà assurée en vertu du régime modulaire d'assurance maladie des personnes retraitées et qui atteint l'âge de 65 ans

La personne retraitée déjà assurée en vertu du régime modulaire d'assurance maladie des personnes retraitées et qui atteint l'âge de 65 ans peut choisir d'assurer, en vertu du présent contrat, les médicaments admissibles au Régime général d'assurance médicaments. Une telle personne doit remplir un formulaire de demande d'adhésion pour elle et ses personnes à charge, le cas échéant, avant l'expiration d'un délai de 31 jours suivant la date de réception d'un avis de l'Assureur. Dans un tel cas, la personne retraitée doit payer la prime additionnelle stipulée à l'article relatif au taux de primes.

Aucune demande d'adhésion ne sera acceptée après l'expiration dudit délai.

Le choix de la personne retraitée de s'inscrire auprès de la RAMQ pour les médicaments admissibles à la Régie est irrévocable.

Par ailleurs, la personne retraitée qui détenait le module allégé avant d'atteindre l'âge de 65 ans et qui désire continuer à être couverte en vertu du régime modulaire d'assurance maladie des personnes retraitées doit alors opter pour le module complet 90 jours.

Le nouveau module entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant le 65^e anniversaire de naissance de la personne retraitée.

2.2.5.7 Changement de statut de protection

a) Augmentation du statut de protection

La personne adhérente ayant un statut de protection individuel ou monoparental et optant par la suite pour un statut de protection monoparental ou familial voit son nouveau statut de protection prendre effet à la date de la modification de sa situation familiale (par exemple, le mariage ou l'union civile de la personne adhérente, la naissance ou l'adoption d'un premier enfant) ou à la date de terminaison de la protection de ses personnes à charge en vertu d'un autre contrat d'assurance collective comportant des protections similaires.

Dans tous les cas, une nouvelle demande d'adhésion doit être soumise à l'Assureur dans les 31 jours qui suivent la date de la modification de la situation familiale ou la terminaison de la protection des personnes à charge en vertu de l'autre contrat d'assurance collective.

Si la demande de changement de statut de protection parvient à l'Assureur plus de 31 jours après l'événement, le changement de protection n'est pas accordé sauf pour la personne retraitée âgée de moins de 65 ans pour qui le changement de statut de protection et les primes afférentes prennent effet rétroactivement à la date de l'événement. Toutefois, la rétroactivité ne peut jamais excéder 12 mois et les demandes de prestations pour cette période sont admissibles à un remboursement.

b) Réduction du statut de protection

Les dispositions précédentes sont également applicables à la personne adhérente ayant un statut de protection familial ou monoparental et optant par la suite pour un statut de protection monoparental ou individuel.

Dans tous les cas, le nouveau statut de protection prend effet à la date à laquelle aucune personne ne se qualifie comme personne conjointe ou enfant à charge, selon le cas, ou à la date à laquelle les personnes à charge sont protégées par un contrat d'assurance collective comportant des protections similaires. Une demande à cet effet doit être soumise à l'Assureur dans les 31 jours qui suivent la date de la modification de la situation familiale ou le début de la protection des personnes à charge en vertu de l'autre contrat d'assurance collective.

Si la demande est soumise après l'expiration du délai de 31 jours, le nouveau statut de protection prend effet à la date de réception de la demande par l'Assureur.

2.2.5.8 Droit d'exemption

Toute personne retraitée peut, moyennant un préavis écrit à l'Assureur, refuser ou cesser de participer au régime modulaire d'assurance maladie des personnes retraitées, à la condition qu'elle atteste à la satisfaction de l'Assureur, qu'elle et ses personnes à charge, le cas échéant, sont assurés en vertu d'un autre contrat d'assurance collective comportant des protections similaires. La personne retraitée âgée de moins de 65 ans et ses personnes à charge, le cas échéant, doivent toutefois participer au régime modulaire d'assurance maladie des personnes retraitées aussitôt que la protection en vertu de l'autre contrat d'assurance collective se termine.

L'exemption prend effet le premier jour du mois suivant la date de réception de la demande par l'Assureur.

Fin de la période d'exemption

La personne retraitée qui a refusé ou cessé de participer au régime modulaire d'assurance maladie des personnes retraitées peut y participer à nouveau en établissant à la satisfaction de l'Assureur :

- i) qu'antérieurement elle était assurée comme personne conjointe en vertu d'un autre contrat d'assurance collective comportant des protections similaires;
- ii) qu'il est devenu impossible qu'elle continue à être assurée comme personne conjointe;

- iii) qu'elle présente sa demande avant l'expiration d'un délai de 60 jours suivant la fin de son assurance en vertu de laquelle elle était exemptée de participer au régime modulaire d'assurance maladie des personnes retraitées.

La personne retraitée doit faire un choix parmi les trois modules disponibles, selon son admissibilité à ceux-ci, en faisant parvenir à l'Assureur le formulaire prévu à cet effet. Le calcul de la durée minimale de maintien de protection débute dès la date de fin d'exemption.

Toute personne retraitée qui transmet à l'Assureur un formulaire n'indiquant aucun choix entre les trois modules se voit octroyer automatiquement le module complet 182 jours. Suivant la réception de la confirmation de cette protection, la personne retraitée bénéficie d'un délai additionnel de 31 jours pour modifier le type de module pour un module complet 90 jours ou allégé, selon son admissibilité à ceux-ci. Les dispositions du régime modulaire quant à la période obligatoire de maintien s'appliquent à compter de la date de fin d'exemption.

Si la demande de fin d'exemption parvient à l'Assureur avant l'expiration du délai précité, la protection en vertu du présent régime prend effet à la date de cessation de l'assurance ayant permis l'exemption.

Si la demande parvient à l'Assureur après le délai de 60 jours, la personne retraitée ne peut réintégrer le régime modulaire d'assurance maladie des personnes retraitées, sauf si elle est âgée de moins de 65 ans, auquel cas la protection et le paiement des primes prennent effet rétroactivement à la date de terminaison de la protection ayant permis l'obtention d'une exemption. Toutefois, la rétroactivité ne peut jamais excéder 12 mois et les demandes de prestations pour cette période sont admissibles à un remboursement.

2.2.6 Participation au régime optionnel d'assurance vie des personnes retraitées

2.2.6.1 Régime d'assurance vie de la personne retraitée

Toute personne retraitée peut choisir d'adhérer au régime d'assurance vie de la personne retraitée en présentant une demande d'adhésion au cours de la période de 60 jours suivant la date de réception d'un avis de l'Assureur. Aucune demande d'adhésion ne sera acceptée après ce délai. Ce régime est disponible dans la mesure où la personne retraitée participait au régime d'assurance vie de base de la personne adhérente le jour précédant la date de sa retraite.

Pour la personne retraitée âgée de moins de 65 ans, le montant de protection choisi ne peut excéder 200 % de son traitement annuel le jour précédant sa date de mise à la retraite, mais sans jamais excéder le montant de protection d'assurance vie détenu à cette date. Ce montant peut toutefois être réduit en tout temps sur demande de la personne adhérente, mais ne peut être augmenté.

Lorsque la personne adhérente retraitée atteint l'âge de 65 ans, elle peut réduire son montant d'assurance vie de base en choisissant l'une des trois protections offertes :

- 25 % de son traitement annuel détenu le jour précédant sa date de mise à la retraite;
- 50 % de son traitement annuel détenu le jour précédant sa date de mise à la retraite;
- 75 % de son traitement annuel détenu le jour précédant sa date de mise à la retraite.

Pour ce faire, la personne adhérente retraitée doit transmettre à l'Assureur le formulaire prévu à cet effet, indiquant son choix de protection, dans les 31 jours suivant la date de son 65^e anniversaire de naissance, auquel cas le changement prend effet à cette date.

Dans le cas où le formulaire est transmis à l'Assureur après ce délai, le changement prend effet à la date de réception du formulaire par l'Assureur. Dans le cas où aucun formulaire n'est transmis à l'Assureur, la protection en vertu du régime d'assurance vie de la personne retraitée est maintenue à 100 % du son traitement annuel détenu le jour précédant sa date de mise à la retraite.

Dans tous les cas, à compter du 70^e et du 75^e anniversaire de naissance de la personne adhérente retraitée, le montant d'assurance ne peut excéder respectivement 75 % et 50 % de son traitement annuel détenu le jour précédant sa date de mise à la retraite.

2.2.6.2 Régime d'assurance vie de base des personnes à charge de la personne retraitée

Toute personne retraitée ayant adhéré au régime d'assurance vie de la personne retraitée peut participer au régime d'assurance vie de base des personnes à charge de la personne retraitée si elle participait déjà au régime d'assurance vie de base des personnes à charge à sa date de mise à la retraite.

La personne retraitée doit présenter une demande d'adhésion au cours de la période de 60 jours suivant la date de réception d'un avis de l'Assureur. À moins d'un changement de situation familiale de la personne retraitée en cours d'assurance, aucune demande d'adhésion ne sera acceptée après ce délai de 60 jours.

Dans l'éventualité où survient un changement de situation familiale, la personne retraitée devra présenter la demande d'adhésion dans les 31 jours suivant la date à laquelle la personne conjointe devient admissible. La protection est accordée sans preuves d'assurabilité. Aucune demande d'adhésion ne sera acceptée après ce délai de 31 jours.

Le choix de la protection est indépendant du choix effectué pour le régime modulaire d'assurance maladie des personnes retraitées.

2.2.6.3 Régime d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe de la personne retraitée

Toute personne retraitée ayant adhéré au régime d'assurance vie de la personne retraitée peut participer au régime d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe de la personne retraitée si elle participe déjà au régime d'assurance vie de base des personnes à charge de la personne retraitée. La personne retraitée doit présenter une demande d'adhésion au cours de la période de 60 jours suivant la date de réception d'un avis de l'Assureur.

Le montant de protection choisi ne peut, en aucun temps, excéder le montant de protection d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe détenu immédiatement avant sa date de mise à la retraite. Ce montant peut toutefois être réduit sur demande de la personne adhérente, mais ne peut être augmenté.

À moins d'un changement de situation familiale de la personne retraitée en cours d'assurance, aucune demande d'adhésion ne sera acceptée après ce délai de 60 jours.

Dans l'éventualité où survient un changement de situation familiale, la personne retraitée devra présenter la demande d'adhésion dans les 31 jours suivant la date à laquelle la personne conjointe devient admissible. Des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'Assureur sont requises. Aucune demande d'adhésion ne sera acceptée après ce délai de 31 jours.

2.3 Preuves d'assurabilité

2.3.1 Régimes d'assurance maladie

Aucunes preuves d'assurabilité ne sont requises pour les régimes d'assurance maladie des personnes employées et des personnes retraitées.

2.3.2 Régime optionnel d'assurance soins dentaires des personnes employées

Aucunes preuves d'assurabilité ne sont requises pour le régime optionnel d'assurance soins dentaires des personnes employées.

2.3.3 Régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée

Aucunes preuves d'assurabilité ne sont requises pour le régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée, sous réserve des dispositions de participation prévues pour le personnel d'encadrement.

2.3.4 Régime optionnel d'assurance vie des personnes employées

Des preuves d'assurabilité aux frais de la personne adhérente peuvent être requises pour le régime optionnel d'assurance vie des personnes employées, le tout selon les dispositions de participation prévues pour chacune des garanties faisant partie de ce régime. Par ailleurs, des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'Assureur sont requises en tout temps pour le régime d'assurance maladies redoutées de la personne adhérente et de la personne conjointe.

L'examen des preuves d'assurabilité par l'Assureur est fait sur une base individuelle. L'Assureur se réserve le droit de refuser d'assurer une personne adhérente ou l'une de ses personnes à charge à la suite de l'examen de ces preuves.

2.3.5 Régime d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe de la personne retraitée

Des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'Assureur sont requises pour le régime d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe de la personne retraitée, sous réserve des dispositions de participation prévues pour ce régime.

2.3.6 Nullité

Lorsque des preuves d'assurabilité sont exigées par l'Assureur, toute omission, réticence ou fausse déclaration de la part de la personne concernée au moment de l'adhésion au régime peut entraîner la nullité du régime ou du versement du montant d'assurance applicable.

De même, toute omission, réticence ou fausse déclaration de la part de la personne concernée au moment de demander une augmentation du montant d'assurance ou d'ajout de tranches supplémentaires d'assurance pour les régimes optionnels d'assurance vie des personnes employées et des personnes retraitées peut entraîner la nullité de cet ajout.

2.4 Date d'entrée en vigueur de l'assurance

Sous réserve des dispositions des présentes, la date d'entrée en vigueur de l'assurance est déterminée comme suit :

2.4.1 Régime modulaire d'assurance maladie des personnes employées

Toute personne employée devient assurée en vertu du régime choisi à la dernière des dates suivantes :

- la date d'entrée en vigueur du contrat, si la personne employée était assurée en vertu du contrat antérieur;
- la date à laquelle elle remplit les conditions d'admissibilité;
- la date de cessation de l'assurance ayant permis l'exemption.

L'assurance des personnes à charge à charge débute à la dernière des dates suivantes :

- la date d'entrée en vigueur du contrat, si les personnes à charge étaient assurées en vertu du contrat antérieur;
- la date à laquelle elles remplissent les conditions d'admissibilité;

- la date à laquelle la personne employée remplit la demande d'adhésion pour sa personne conjointe et ses enfants à charge;
- la date de cessation de l'assurance ayant permis l'exemption.

En aucun temps, l'assurance des personnes à charge ne peut prendre effet avant la date de prise d'effet de l'assurance de la personne employée.

2.4.2 Régime optionnel d'assurance soins dentaires des personnes employées

Toute personne employée admissible devient assurée en vertu de ce régime à l'une des dates suivantes, selon le cas :

- la date d'entrée en vigueur du régime optionnel d'assurance soins dentaires des personnes employées, pourvu qu'un formulaire de demande d'adhésion ait été reçu par l'Assureur avant la date d'entrée en vigueur de ce régime;
- la date du premier jour de la période de paie qui suit ou qui coïncide avec la date de réception d'une demande d'adhésion par l'employeur.

L'assurance des personnes à charge débute à l'une des dates suivantes, selon le cas :

- la même date que la personne employée, si celle-ci a rempli une demande d'adhésion pour sa personne conjointe et ses enfants à charge lors de son adhésion initiale;
- la date à laquelle elles deviennent admissibles, pourvu que la personne employée remplisse une demande d'adhésion pour sa personne conjointe et ses enfants à charge et pourvu que cette demande soit faite dans les délais prévus.

En aucun temps, l'assurance des personnes à charge ne peut prendre effet avant la date de prise d'effet de l'assurance de la personne employée.

2.4.3 Régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée

Toute personne employée devient assurée en vertu de ce régime à la dernière des dates suivantes :

- la date d'entrée en vigueur du contrat, si la personne employée était assurée en vertu du contrat antérieur;
- la date à laquelle elle remplit les conditions d'admissibilité;
- la date de la demande de fin de renonciation de participation au présent régime.

De plus, pour la personne employée absente du travail pour cause d'invalidité qui n'avait pas adhéré au régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée et qui n'était pas protégée en vertu de ce régime, l'assurance entre en vigueur à la date de retour au travail.

2.4.4 Régime optionnel d'assurance vie des personnes employées

Toute personne employée assurée en vertu du contrat antérieur devient assurée en vertu de ce régime à la date d'entrée en vigueur du présent contrat, sauf si la personne employée est exonérée du paiement des primes en raison d'une invalidité, auquel cas l'assurance entre en vigueur à compter de la date du retour au travail.

Toute personne employée non assurée en vertu du contrat antérieur devient assurée en vertu de ce régime à la dernière des dates suivantes :

- la date à laquelle elle devient admissible;
- la date à laquelle elle remplit sa demande d'adhésion;
- la date à laquelle elle fournit des preuves d'assurabilité, lorsque requises, à la satisfaction de l'Assureur.

L'assurance des personnes à charge débute à la dernière des dates suivantes :

- la date d'entrée en vigueur du contrat, si les personnes à charge étaient assurées en vertu du contrat antérieur;
- la date à laquelle elles deviennent admissibles;
- la date à laquelle la personne employée remplit la demande d'adhésion pour sa personne conjointe et ses enfants à charge;
- la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur, lorsque requises;
- la date à laquelle la personne conjointe est en mesure de vaquer à ses occupations habituelles si elle ne l'était pas à la date d'entrée en vigueur du contrat.

En aucun temps, l'assurance des personnes à charge ne peut prendre effet avant la date de prise d'effet de l'assurance de la personne employée.

2.4.5 Régimes des personnes retraitées

Toute personne retraitée assurée en vertu du contrat antérieur devient assurée en vertu des régimes choisis à la date d'entrée en vigueur du présent contrat.

Toute personne retraitée non assurée en vertu du contrat antérieur devient assurée en vertu des régimes choisis à la date de sa mise à la retraite, en autant qu'une demande soit transmise à l'Assureur dans les délais prévus.

L'assurance des personnes à charge débute à la dernière des dates suivantes :

- la date à laquelle elles deviennent admissibles;
- la date à laquelle la personne retraitée remplit la demande d'adhésion pour sa personne conjointe et ses enfants à charge, pourvu que cette demande soit faite dans les délais prévus.

En aucun temps, l'assurance des personnes à charge ne peut prendre effet avant la date de prise d'effet de l'assurance de la personne employée.

2.5 Dispositions transitoires

- 2.5.1 Pour une personne adhérente assurée seule ou avec ses personnes à charge en vertu du contrat antérieur, l'Assureur garantit le lien entre le présent contrat et le contrat antérieur conformément à la Loi sur les assurances et le Règlement d'application de la Loi sur les assurances, la personne adhérente et ses personnes à charge, le cas échéant, ne devant subir aucun préjudice dû au changement de contrat, que la personne adhérente soit au travail ou non.

Ainsi, toute personne assurée aux termes du contrat antérieur ne peut voir son adhésion refusée ni être privée de prestations uniquement en raison d'une exclusion pour cause d'antécédents médicaux qui a été inopérante ou qui n'était pas prévue dans le contrat antérieur ou parce que la personne adhérente n'est pas au travail à la date de l'entrée en vigueur du nouveau contrat.

Également, toute personne assurée aux termes du contrat antérieur est couverte de plein droit par le présent contrat à compter de la résiliation du contrat antérieur si la cessation de son assurance n'est attribuable qu'à cette résiliation et que la personne adhérente appartient à une catégorie de personnes adhérentes couvertes par le présent contrat.

- 2.5.2 Dans le cas d'une personne adhérente qui, antérieurement à sa demande d'adhésion, était assurée en vertu d'un contrat antérieur, l'Assureur n'est pas responsable du paiement de prestations qui pourraient être dues par l'assureur précédent en vertu d'une clause de prolongation, d'exonération ou de transformation ou autrement.

2.6 Modification des prestations

- 2.6.1 Si un changement de salaire ou autre entraîne une modification des prestations à l'égard d'une personne adhérente, le Preneur doit, dans les 60 jours suivant ce changement, en aviser par écrit l'Assureur et lui fournir tous les renseignements nécessaires au calcul de cette modification. La modification prend alors effet à la date dudit changement avec effet rétroactif, et ce, à moins d'entente contraire entre le Preneur et l'Assureur. Cependant, si des preuves d'assurabilité sont requises, la modification ne prendra effet qu'à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur.

En contrepartie des ajustements rétroactifs des prestations, les primes doivent être perçues sur les ajustements rétroactifs de salaire.

- 2.6.2 Si une personne adhérente n'est pas au travail actif à plein temps en raison d'une invalidité à la date où la modification à son égard aurait pris effet, celle-ci ne prend effet qu'à la date de son retour au travail actif à plein temps. Cependant, si des preuves d'assurabilité sont requises, la modification ne prendra effet qu'à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur, à la condition que la personne adhérente soit alors effectivement au travail.

2.7 Continuation de l'assurance en cas d'interruption de travail

- 2.7.1 Dans le cas d'une **absence temporaire avec traitement**, l'assurance demeure en vigueur en autant que les primes continuent à être versées de façon habituelle à l'Assureur.

- 2.7.2 Dans le cas d'une **absence temporaire sans traitement** autre qu'un congé sans solde d'une durée inférieure à 30 jours, la personne adhérente peut exercer l'une des options suivantes :

- 2.7.2.1 Maintenir en vigueur l'ensemble de ses protections. Dans un tel cas, la personne adhérente doit en faire la demande écrite à l'Assureur avant le début de l'absence temporaire sans traitement ou au plus tard 30 jours après le début de ladite absence. L'ensemble des régimes auxquels participe la personne adhérente est alors maintenu tant et aussi longtemps que les primes continuent à être versées à l'Assureur.

Si une invalidité survient durant une absence temporaire sans traitement alors que la personne adhérente a maintenu sa participation au régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée, le délai de carence débute à compter de la date prévue de retour au travail et le paiement de la rente d'invalidité, le cas échéant, ne débute qu'à l'expiration de ce délai. Les prestations sont établies sur la base du traitement de la personne adhérente en vigueur le jour précédant le début de l'absence temporaire sans traitement.

- 2.7.2.2 Maintenir en vigueur uniquement sa protection en vertu du régime modulaire d'assurance maladie des personnes employées pour la durée de l'absence. Dans un tel cas, ses autres protections sont remises en vigueur automatiquement lors du retour au travail avec traitement. De plus, la période minimale de participation en cours pour le régime optionnel d'assurance soins dentaires des personnes employées, le cas échéant, est suspendue pour la durée de l'absence et reprend lors du retour au travail avec traitement.

Cette disposition s'applique automatiquement à toute personne adhérente qui n'a pas demandé le maintien de ses protections selon les modalités décrites à l'option précédente.

- 2.7.3 Dans le cas d'un **congé sans solde d'une durée inférieure à 30 jours**, l'ensemble des protections de la personne adhérente est automatiquement maintenu en vigueur et les primes afférentes doivent continuer à être versées à l'Assureur.
- 2.7.4 Dans le cas d'un **congé partiel sans traitement**, toutes les protections sont maintenues comme si la personne adhérente était au travail à plein temps et à plein traitement et les primes sont perçues selon cette même base.

Si une invalidité survient durant un congé partiel sans traitement, les prestations payables en vertu du régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée sont établies sur la base du traitement qu'aurait reçu la personne adhérente si elle avait été au travail à plein traitement et en considérant que les prestations d'assurance traitement de l'employeur sont également basées sur ce même traitement.

- 2.7.5 Relativement à la personne adhérente qui participe au régime de **congé à traitement différé** :

- 2.7.5.1 Pendant les périodes de travail de la personne adhérente, ses protections d'assurance et les primes y afférentes sont établies sur la base du traitement qu'aurait reçu la personne adhérente n'eût été de sa participation au régime de congé à traitement différé.

2.7.5.2 Pendant les périodes de congé de la personne adhérente, celle-ci peut exercer l'une des options suivantes :

- a) maintenir en vigueur l'ensemble de ses protections. Dans un tel cas, la personne adhérente doit en faire la demande écrite à l'Assureur avant le début de la période de congé ou au plus tard 30 jours après le début de ladite période. L'ensemble des régimes auxquels participe la personne adhérente est alors maintenu tant et aussi longtemps que les primes continuent à être versées à l'Assureur. Les protections d'assurance et les primes y afférentes sont alors établies sur la base du traitement qu'aurait reçu la personne adhérente n'eût été de sa participation au régime de congé à traitement différé.

Si une invalidité survient durant un congé à traitement différé alors que la personne adhérente a maintenu sa participation au régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée, les prestations payables en vertu de ce régime sont établies sur la base du traitement qu'aurait reçu la personne adhérente n'eût été de sa participation au régime de congé à traitement différé et en considérant que les prestations d'assurance traitement de l'employeur sont également basées sur ce même traitement. Le délai de carence débute à compter de la date prévue de retour au travail et le paiement de la rente d'invalidité, le cas échéant, ne débute qu'à l'expiration de ce délai.

- b) maintenir en vigueur uniquement sa protection en vertu du régime modulaire d'assurance maladie des personnes employées pour la durée de la période de congé. Dans un tel cas, ses autres protections sont remises en vigueur automatiquement lors du retour au travail avec traitement. De plus, la période minimale de participation en cours pour le régime optionnel d'assurance soins dentaires des personnes employées, le cas échéant, est suspendue pour la durée de l'absence et reprend lors du retour au travail avec traitement.

Cette disposition s'applique automatiquement à toute personne adhérente qui n'a pas demandé le maintien de ses protections selon les modalités décrites au paragraphe a).

2.7.6 Dans le cas où une personne adhérente est **congediée et que ce congédiement est contesté par voie de recours prévu par la Loi sur la Fonction publique**, règlement ou loi en matière de condition de travail, cette personne peut maintenir sa participation à l'ensemble de ses régimes et continuer d'être assurée de même que la personne conjointe ou les enfants à charge, s'il y a lieu, jusqu'à ce que la décision finale, incluant les procédures d'appel, le cas échéant, soit rendue et en payant elle-même à l'Assureur la prime prévue au contrat. Dans un tel cas, une demande écrite de maintien de protection doit être transmise à l'Assureur dans les 60 jours suivant la date du congédiement.

Une invalidité survenant durant cette période est reconnue en vertu du présent contrat seulement si la personne adhérente a maintenu sa participation au présent régime durant la période susmentionnée et le délai de carence s'applique à compter de la date réelle du début de l'invalidité.

Une personne adhérente ne peut recevoir une prestation que si son invalidité l'empêche d'accomplir tout travail rémunérateur auquel elle est raisonnablement apte suivant son éducation, son entraînement et son expérience.

De plus, les prestations sont versées en simulant les prestations qui auraient été payables par l'employeur s'il n'y avait pas eu de congédiement. Si la personne employée obtient gain de cause et est réintégrée à son emploi avec traitement, la définition d'invalidité normalement prévue au contrat s'applique rétroactivement à la date de début de l'invalidité.

- 2.7.7 Dans le cas de **grève ou lock-out**, l'assurance demeure en vigueur en autant que les primes continuent à être versées de façon habituelle à l'Assureur ou qu'une entente relative au paiement desdites primes intervienne entre le Preneur et l'Assureur.

Si une invalidité survient durant une grève ou un lock-out alors que le régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée est demeuré en vigueur, le délai de carence débute le jour suivant la date de la fin de la grève ou du lock-out.

2.8 Preuves d'invalidité

Lorsqu'une personne adhérente devient invalide tel que défini aux présentes, elle doit faire parvenir, au siège social de l'Assureur, un avis avant l'expiration d'un délai de 31 jours du début de l'invalidité. De même, elle devra fournir des preuves écrites de la maladie ou de l'accident dont elle a été victime et de son invalidité avant l'expiration d'un délai de 90 jours du début de l'invalidité.

Les délais mentionnés sont de rigueur. Toutefois, s'il ne s'est pas écoulé plus de 12 mois depuis l'expiration des délais pour la présentation des preuves écrites et que la personne adhérente prouve à la satisfaction de l'Assureur qu'elle a été dans l'impossibilité d'agir plus tôt et dans ce cas seulement, la personne adhérente ne perd pas le droit aux protections stipulées aux présentes.

Par la suite, les preuves de persistance de l'invalidité doivent être soumises chaque fois que l'Assureur le demande.

Dans le cas d'un différend entre la personne adhérente et l'Assureur, la personne adhérente doit fournir des preuves supplémentaires, et ce, aux frais de l'Assureur; le fait pour une personne adhérente de ne pas fournir lesdites preuves ou de ne pas se soumettre à un examen médical dans les 31 jours de la demande écrite, prive cette personne adhérente du droit de se prévaloir de tout privilège octroyé en vertu du présent contrat relativement à l'invalidité en cause pour la période s'étendant de la fin de ce délai de 31 jours jusqu'à la date de la réception effective par l'Assureur des preuves supplémentaires ou de l'examen médical demandé.

En aucun cas, le délai de présentation des preuves d'invalidité ne doit se prolonger au-delà de 12 mois après la date de terminaison du contrat.

ARTICLE 3 - RÉGIME MODULAIRE D'ASSURANCE MALADIE DES PERSONNES EMPLOYÉES

Les frais admissibles sont les frais raisonnablement engagés et justifiés par la gravité du cas, la pratique courante de la médecine et les tarifs usuels de la région.

Le présent régime couvre les frais engagés par une personne assurée pourvu qu'ils s'appliquent à des fournitures ou des services admissibles, qu'ils soient prescrits par une ou un médecin, sauf si spécifié autrement au **Tableau des garanties**, et qu'ils soient nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure. Les fournitures ou services requis en raison d'une grossesse ou de ses suites sont également admissibles.

Les frais couverts sont uniquement ceux expressément indiqués au **Tableau des garanties** de la catégorie de personne admissible à laquelle la personne assurée appartient. Ces frais sont remboursables selon la coassurance, la franchise par achat, la franchise annuelle et les maximums qui y sont indiqués, et selon le régime choisi. Les maximums admissibles ou remboursables sont par personne assurée, sauf s'il y a indication à l'effet contraire. Les articles à la suite de ces tableaux offrent une description détaillée des frais couverts.

3.1 Tableau des garanties

Frais de médicaments *

Garanties	Régime de base	Régime intermédiaire	Régime enrichi
Coassurance	75 %*	80 %*	80 %*
	* jusqu'à concurrence de la contribution maximale annuelle prévue par le régime public d'assurance médicaments et 100 % de l'excédent pour la personne adhérente et ses enfants à charge, et jusqu'à concurrence de la contribution maximale annuelle prévue par le régime public d'assurance médicaments et 100 % de l'excédent pour la personne conjointe		
Franchise par achat (ticket modérateur)	5 \$ par médicament prescrit ou service pharmaceutique	5 \$ par médicament prescrit ou service pharmaceutique	5 \$ par médicament prescrit ou service pharmaceutique
Liste de médicaments	Disponibles sur prescription seulement (liste régulière)	Disponibles sur prescription seulement (liste régulière)	Disponibles sur prescription seulement (liste régulière)

Garanties	Régime de base	Régime intermédiaire	Régime enrichi
Substances administrées pour raisons médicales (acte médical non couvert)	Maximum admissible de 20 \$ par séance d'injections, par personne assurée*	Maximum admissible de 20 \$ par séance d'injections, par personne assurée*	Maximum admissible de 20 \$ par séance d'injections, par personne assurée*
	* franchise par achat non applicable, remboursement non compris dans le calcul de la contribution maximale annuelle		
Stérilet	Couvert*	Couvert*	Couvert*
	* franchise par achat non applicable, remboursement non compris dans le calcul de la contribution maximale annuelle		
Produits antitabac	Jusqu'à concurrence du maximum prévu par le RGAM	Jusqu'à concurrence du maximum prévu par le RGAM	Jusqu'à concurrence du maximum prévu par le RGAM
Médicaments servant au traitement de l'obésité	Remboursement maximal viager de 5 000 \$	Remboursement maximal viager de 5 000 \$	Remboursement maximal viager de 5 000 \$
Substitution	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire

* Une prescription médicale est requise

Frais d'hospitalisation

Garanties	Régime de base	Régime intermédiaire	Régime enrichi
Coassurance	Sans objet	100 %	100 %
Franchise	Sans objet	Aucune	Aucune
Type de chambre	Sans objet	À deux lits	À un lit

Assurance voyage et assurance annulation de voyage

Garanties	Régime de base	Régime intermédiaire	Régime enrichi
Coassurance	100 %	100 %	100 %
Franchise	Aucune	Aucune	Aucune
Assurance voyage	Séjour maximal : 30 jours par voyage Maximum viager, par personne assurée : 5 000 000 \$	Séjour maximal : tant que la personne assurée est couverte par la RAMQ Maximum viager, par personne assurée : 5 000 000 \$	Séjour maximal : tant que la personne assurée est couverte par la RAMQ Maximum viager, par personne assurée : 5 000 000 \$
Assurance annulation de voyage	Maximum par voyage, par personne assurée : 5 000 \$	Maximum par voyage, par personne assurée : 5 000 \$	Maximum par voyage, par personne assurée : 5 000 \$

Soins oculaires

Garanties	Régime de base	Régime intermédiaire	Régime enrichi
Coassurance	Sans objet	Sans objet	80 %
Franchise	Sans objet	Sans objet	Aucune
Lunettes, lentilles cornéennes, chirurgie au laser	Non offert	Non offert	Maximum admissible de 300 \$ par 24 mois consécutifs
Examen de la vue	Non offert	Non offert	Maximum admissible de 75 \$ par 24 mois consécutifs

Fournitures et autres frais admissibles

Garanties	Régime de base	Régime intermédiaire	Régime enrichi
Coassurance (maximum combiné avec celui prévu pour les professionnelles et professionnels de la santé)	65 % des premiers 3 350 \$ admissibles par certificat et 100 % de l'excédent	65 % des premiers 3 350 \$ admissibles par certificat et 100 % de l'excédent	80 % des premiers 5 500 \$ admissibles par certificat et 100 % de l'excédent
Franchise annuelle, selon le statut de protection (franchise combinée avec celle prévue pour les professionnelles et professionnels de la santé)	Individuel 50 \$ Monoparental 75 \$ Familial 100 \$	Individuel 50 \$ Monoparental 75 \$ Familial 100 \$	Individuel 50 \$ Monoparental 75 \$ Familial 100 \$
Ambulance	Non offert	Couvert	Couvert
Analyse de laboratoire, radiographie, électrocardiogramme et échographie *	Non offert	Couvert	Couvert, incluant les frais de thermographie
Appareil auditif	Non offert	Maximum admissible de 1 100 \$ par 48 mois consécutifs	Maximum admissible de 1 100 \$ par 48 mois consécutifs
Appareil orthopédique *	Non offert	Couvert	Couvert
Appareil thérapeutique *	Remboursement maximal viager de 15 000 \$	Remboursement maximal viager de 15 000 \$	Remboursement maximal viager de 15 000 \$
Bas à compression moyenne ou forte *	Non offert	3 paires par année civile	3 paires par année civile

Garanties	Régime de base	Régime intermédiaire	Régime enrichi
Chaussures orthopédiques *	Non offert	Couvert	Couvert
Chirurgie esthétique à la suite d'un accident*	Non offert	Remboursement maximal de 5 000 \$ par accident	Remboursement maximal de 5 000 \$ par accident
Cure de désintoxication *	Non offert	Maximum admissible de 100 \$ par jour et remboursement maximal de 1 000 \$ par année civile	Maximum admissible de 100 \$ par jour et remboursement maximal de 1 000 \$ par année civile
Fauteuil roulant ou lit d'hôpital *	Non offert	Couvert	Couvert
Glucomètre *	Non offert	Maximum admissible de 300 \$ par 60 mois consécutifs	Maximum admissible de 300 \$ par 60 mois consécutifs
Lecteur de glucose en continu *	Maximum admissible de 5 000 \$ par année civile	Maximum admissible de 5 000 \$ par année civile	Maximum admissible de 5 000 \$ par année civile
Maison de convalescence *	Non offert	Maximum admissible de 125 \$ par jour, jusqu'à concurrence d'un maximum de 30 jours par hospitalisation	Maximum admissible de 125 \$ par jour, jusqu'à concurrence d'un maximum de 30 jours par hospitalisation
Membre artificiel	Maximum admissible de 5 000 \$ par 36 mois consécutifs	Maximum admissible de 5 000 \$ par 36 mois consécutifs	Maximum admissible de 5 000 \$ par 36 mois consécutifs
Neurostimulateur transcutané *	Non offert	Maximum admissible de 1 000 \$ par 60 mois consécutifs	Maximum admissible de 1 000 \$ par 60 mois consécutifs
Orthèse plantaire *	Non offert	Couvert	Couvert

Garanties	Régime de base	Régime intermédiaire	Régime enrichi
Pompe à insuline			
- appareil *	Maximum admissible de 6 000 \$ par 60 mois consécutifs	Maximum admissible de 6 000 \$ par 60 mois consécutifs	Maximum admissible de 6 000 \$ par 60 mois consécutifs
- entretien (tubulures, cathéters)	Maximum admissible de 2 400 \$ par année civile	Maximum admissible de 2 400 \$ par année civile	Maximum admissible de 2 400 \$ par année civile
Prothèse capillaire*	Non offert	Remboursement maximal viager de 300 \$	Remboursement maximal viager de 300 \$
Soins et services à domicile – Protection Multiservices *	Non offert	Couvert	Couvert
- Soins infirmiers		Maximum admissible de 60 \$ par jour	Maximum admissible de 60 \$ par jour
- Services d'aide à domicile		Maximum admissible de 60 \$ par jour	Maximum admissible de 60 \$ par jour
- Frais de transport		Maximum admissible de 30 \$ par déplacement, jusqu'à concurrence de 3 déplacements (aller et retour) par semaine	Maximum admissible de 30 \$ par déplacement, jusqu'à concurrence de 3 déplacements (aller et retour) par semaine
- Frais de garde d'enfants		Maximum admissible de 25 \$ par jour, par enfant	Maximum admissible de 25 \$ par jour, par enfant

Garanties	Régime de base	Régime intermédiaire	Régime enrichi
Soins infirmiers après une hospitalisation *	Non offert	Maximum admissible de 300 \$ par jour, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 10 000 \$ par année civile	Maximum admissible de 300 \$ par jour, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 10 000 \$ par année civile
Traitements spéciaux non offerts au Québec *			
- Hospitalisation	Non offert	Les frais excédant les prestations payées en vertu de la Loi sur l'assurance hospitalisation, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal équivalent à celui remboursé en vertu de cette loi.	Les frais excédant les prestations payées en vertu de la Loi sur l'assurance hospitalisation, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal équivalent à celui remboursé en vertu de cette loi.
- Honoraires professionnels de médecin	Non offert	Les frais excédant les prestations payées par la RAMQ, jusqu'à concurrence de 3 fois les prestations payées par la RAMQ.	Les frais excédant les prestations payées par la RAMQ, jusqu'à concurrence de 3 fois les prestations payées par la RAMQ.
Vaccins préventifs	Non offert	Non offert	Maximum admissible de 200 \$ par année civile

* Une prescription médicale est requise

Professionnelles et professionnels de la santé

Garanties	Régime de base	Régime intermédiaire	Régime enrichi
Coassurance (maximum combiné avec celui prévu pour les autres frais admissibles)	65 % des premiers 3 350 \$ admissibles par certificat et 100 % de l'excédent	65 % des premiers 3 350 \$ admissibles par certificat et 100 % de l'excédent	80 % des premiers 5 500 \$ admissibles par certificat et 100 % de l'excédent
Franchise annuelle, selon le statut de protection (franchise combinée avec celle prévue pour les autres frais admissibles)	Individuel 50 \$ Monoparental 75 \$ Familial 100 \$	Individuel 50 \$ Monoparental 75 \$ Familial 100 \$	Individuel 50 \$ Monoparental 75 \$ Familial 100 \$
Acupunctrice ou acupuncteur, naturopathe et homéopathe	Non offert	Maximum admissible de 50 \$ par traitement, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 700 \$ par année civile pour l'ensemble de ces professionnels	Maximum admissible de 50 \$ par traitement, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 700 \$ par année civile pour l'ensemble de ces professionnels
Chiropraticienne ou chiropraticien et radiographies	Non offert	Maximum admissible de 40 \$ par traitement ou radiographie, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 500 \$ par année civile pour l'ensemble de ces frais	Maximum admissible de 40 \$ par traitement ou radiographie, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 500 \$ par année civile pour l'ensemble de ces frais
Dentiste à la suite d'un accident	Non offert	Couvert	Couvert

Garanties	Régime de base	Régime intermédiaire	Régime enrichi
Diététiste	Non offert	Maximum admissible de 55 \$ par traitement, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 500 \$ par année civile	Maximum admissible de 55 \$ par traitement, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 500 \$ par année civile
Ergothérapeute, orthophoniste et audiologiste	Non offert	Couvert	Couvert
Massothérapeute, kinésithérapeute et orthothérapeute	Non offert	Non offert	Maximum admissible de 45 \$ par traitement, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 600 \$ par année civile pour l'ensemble de ces professionnels
Ostéopathe, physiothérapeute et thérapeute en réadaptation physique	Non offert	Ostéopathe : maximum admissible de 65 \$ par traitement Physiothérapeute et thérapeute en réadaptation physique : maximum admissible de 55 \$ par traitement Remboursement maximal de 1 000 \$ par année civile pour l'ensemble de ces professionnels	Ostéopathe : maximum admissible de 65 \$ par traitement Physiothérapeute et thérapeute en réadaptation physique : maximum admissible de 55 \$ par traitement Remboursement maximal de 1 000 \$ par année civile pour l'ensemble de ces professionnels

Garanties	Régime de base	Régime intermédiaire	Régime enrichi
Podiatre	Non offert	Maximum admissible de 65 \$ par traitement, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 600 \$ par année civile	Maximum admissible de 65 \$ par traitement, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 600 \$ par année civile
Psychiatre, psychothérapeute, psychanalyste en clinique externe, psychologue et travailleuse sociale ou travailleur social	Non offert	Psychiatre : maximum admissible de 80 \$ par traitement Psychothérapeute : maximum admissible de 60 \$ par traitement Autres professionnels : maximum admissible de 70 \$ par traitement Remboursement maximal de 1 200 \$ par année civile pour l'ensemble de ces professionnels	Psychiatre : maximum admissible de 80 \$ par traitement Psychothérapeute : maximum admissible de 60 \$ par traitement Psychanalyste en clinique externe, psychologue et travailleuse sociale ou travailleur social : maximum admissible de 70 \$ par traitement
Psychoéducatrice ou psychoéducateur et sexologue	Non offert	Non offert	Psychoéducatrice ou psychoéducateur : maximum admissible de 75 \$ par traitement Sexologue : maximum admissible de 70 \$ par traitement Remboursement maximal de 1 200 \$ par année civile pour l'ensemble de ces professionnels

Le coût des services et fournitures décrits ci-après est remboursé selon la coassurance, la franchise par achat, la franchise annuelle et les maximums indiqués au **Tableau des garanties**, et ce, selon le régime d'assurance maladie choisi.

3.2 Frais de médicaments

Le coût des médicaments décrits ci-après est remboursé selon le pourcentage prévu au **Tableau des garanties**, selon le régime choisi, s'il y a lieu, après déduction de la franchise par achat applicable à ce régime.

3.2.1 Conditions d'admissibilité des médicaments

L'Assureur rembourse les médicaments satisfaisant à l'ensemble des conditions suivantes :

- a) Ils sont porteurs d'un numéro d'identification de médicament (DIN) valide délivré par Santé Canada et sont disponibles dans la province de résidence de la personne assurée.
- b) Ils sont obtenus exclusivement en pharmacie et vendus par un professionnel de la santé légalement autorisé à le faire.
- c) Ils sont médicalement requis et nécessaires au traitement de la personne assurée.
- d) Ils doivent être prescrits par un professionnel de la santé légalement autorisé à le faire et conformément aux indications thérapeutiques du fabricant ou, à défaut de celles-ci, aux indications des autorités gouvernementales compétentes.
- e) Ils doivent être approuvés et reconnus par l'Assureur pour leur efficacité et leur valeur thérapeutique.
- f) En ce qui concerne spécifiquement les médicaments inclus dans la liste de médicaments soumis à une autorisation préalable, ils doivent répondre aux critères déterminés par l'Assureur. À cette fin, la personne assurée doit faire remplir à ses frais par un professionnel de la santé, le formulaire prévu à cet effet. Ce formulaire est disponible auprès de l'Assureur.

Aux fins de la présente assurance médicaments, il est entendu que l'Assureur considère tout produit satisfaisant aux précédentes conditions comme un médicament.

3.2.2 Liste régulière de médicaments

L'Assureur rembourse les médicaments et les services pharmaceutiques qui ne peuvent être obtenus que sur prescription d'un professionnel de la santé légalement autorisé à le faire.

Sont également remboursés les médicaments et les services pharmaceutiques couverts en vertu des dispositions du régime public d'assurance médicaments.

Toutefois, ces services et médicaments ne sont pas couverts dans le cas d'une personne adhérente âgée de 65 ans ou plus et les personnes à sa charge, à moins que la personne adhérente n'en ait fait la demande expressément.

Finalement, sont également admissibles les frais engagés :

- pour les substances administrées pour des raisons médicales et non esthétiques. Seule la substance administrée est couverte et non l'acte médical;
- pour l'achat d'un stérilet;
- pour les produits antitabac couverts par le régime public d'assurance médicaments;
- pour les médicaments servant au traitement de l'obésité, pourvu que ces médicaments répondent aux critères déterminés par l'Assureur.

3.2.3 Substitution

Lorsque le **Tableau des garanties** indique que la substitution est obligatoire, seuls les frais pour l'achat du médicament le moins cher équivalent au médicament prescrit sont admissibles, et ce, même si le professionnel de la santé a inscrit sur l'ordonnance une mention à l'effet de ne pas substituer.

Si la personne assurée désire obtenir le remboursement du coût du médicament d'origine, elle doit faire remplir à ses frais, par un professionnel de la santé, le formulaire prévu à cet effet. Ce formulaire est disponible auprès de l'Assureur. Par la suite, la personne assurée doit transmettre ce formulaire à l'Assureur pour analyse.

3.2.4 Exclusions et réductions - Frais de médicaments

Sous réserve de toute loi applicable dans la province de résidence de la personne assurée, les médicaments ou produits suivants ne sont pas admissibles, à l'exception toutefois de ceux qui sont expressément indiqués comme étant admissibles.

En aucun cas, ces exclusions et réductions ne doivent rendre la présente garantie moins généreuse que les obligations légales prévues par tout régime public d'assurance médicaments à l'égard d'un régime privé.

- a) Les produits utilisés à des fins esthétiques, cosmétiques et d'hygiène corporelle.
- b) Les suppléments diététiques, produits et substances alimentaires. 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 applicable au régime public d'assurance médicaments de la province de résidence de la personne assurée, 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.
- c) Les préparations pour nourrissons.
- d) Les hormones de croissance. Toutefois, sur présentation à l'Assureur d'un rapport médical complet, les hormones de croissance peuvent être admissibles en vertu du présent contrat.
- e) Les produits homéopathiques et les produits naturels.
- f) Les écrans solaires. Toutefois, les écrans solaires répondant aux conditions d'une maladie requérant de tels produits peuvent être 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.
- g) Les médicaments administrés principalement à titre préventif. Aux fins de cette exclusion, un médicament servant à stabiliser ou régulariser un état pathologique diagnostiqué par un professionnel de la santé n'est pas considéré comme un médicament préventif.
- h) Les produits antitabac.
- i) Les médicaments et substances servant au traitement de la dysfonction érectile et de toute autre dysfonction sexuelle; les médicaments servant à traiter la dysfonction érectile, administrés uniquement par voie orale.
- j) Les médicaments servant au traitement de l'infertilité de même que tout produit et substance liés à l'insémination artificielle ou à la fécondation in vitro ou servant à des fins de procréation assistée.
- k) Les gélées, mousses et autres dispositifs à des fins contraceptives.

- l) Les médicaments reçus dans un centre hospitalier, que la personne assurée soit hospitalisée ou non.
- m) Les médicaments et produits de nature expérimentale, ceux reçus dans le cadre d'un projet de recherche et ceux obtenus en vertu d'un programme fédéral d'accès spécial à des produits médicaux.

De plus, les services pharmaceutiques sont soumis aux maximums admissibles prévus par le régime public d'assurance médicaments de la province de résidence de la personne assurée.

Enfin, sous réserve de toute loi applicable dans la province de résidence de la personne assurée, l'Assureur se réserve le droit d'adopter des mesures ayant pour effet d'exclure, de limiter, de cesser le remboursement d'un médicament ou d'en modifier ses critères d'admissibilité. Par ailleurs, l'Assureur, avec le consentement du Preneur, se réserve aussi le droit d'exclure un médicament dont le coût pourrait avoir une incidence significative sur le risque assuré de la présente garantie ou le droit de modifier les taux de cette dernière

3.3 Frais d'hospitalisation

Frais d'hospitalisation supportés au Canada et excédant les frais payables par tout régime étatique d'assurance, sans limites quant au nombre de jours, pourvu que l'hospitalisation ait débuté en cours d'assurance.

3.4 Assurance voyage

Les frais usuels et raisonnables et les services décrits ci-après sont admissibles s'ils sont engagés à la suite d'un décès ou d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie subite ou inattendue, survenue alors que la personne assurée est temporairement à l'extérieur de sa province de résidence et à la condition que la personne assurée soit couverte en vertu du programme gouvernemental d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation de sa province de résidence au Canada, et ce, tout au long de son séjour à l'extérieur de sa province de résidence.

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

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

Le remboursement maximal par personne assurée est indiqué au **Tableau des garanties**.

3.4.1 Frais admissibles

3.4.1.1 Frais hospitaliers, médicaux et paramédicaux

- a) Les frais d'hospitalisation en chambre semi-privée ou privée, excédant ceux qui sont remboursés ou remboursables par la Régie de l'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée.
- b) Les frais inhérents (téléphone, télévision, stationnement, etc.) à une hospitalisation, sur présentation de pièces justificatives, jusqu'à un maximum de 100 \$ par hospitalisation.
- c) Les honoraires professionnels d'un médecin pour des soins médicaux, chirurgicaux ou d'anesthésie autres que des honoraires pour des soins dentaires; les frais engagés sont payables uniquement pour la partie des frais qui excède les prestations payables en vertu du régime d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée.
- d) Le coût des médicaments obtenus sur ordonnance d'un médecin dans le cadre d'un traitement d'urgence.
- e) Les honoraires d'un infirmier diplômé membre en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative pour des soins infirmiers privés, donnés exclusivement au centre hospitalier, lorsqu'ils sont médicalement nécessaires et prescrits par le médecin traitant jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 5 000 \$. L'infirmier ne doit cependant avoir aucun lien de parenté avec la personne assurée, ni être un compagnon de voyage.
- f) La location d'équipement thérapeutique et l'achat de bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles, plâtres et autres appareils orthopédiques, lorsque prescrits par le médecin traitant.
- g) Les honoraires professionnels d'un chirurgien dentiste pour des lésions accidentelles aux dents naturelles, saines et vivantes, pour un accident qui est survenu en dehors de la province de résidence de la personne assurée, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 000 \$ par accident. Les frais couverts doivent être engagés dans les 12 mois suivant l'accident.

3.4.1.2 Frais de transport

- a) Les frais de transport par ambulance terrestre ou aérienne pour conduire la personne assurée jusqu'à l'établissement médical adéquat le plus proche. Ce service comprend également le transfert entre centres hospitaliers lorsque le médecin traitant et l'Assisteur estiment que les installations existantes sont inadéquates pour traiter le patient ou stabiliser sa condition.
- b) Les frais de rapatriement de la personne assurée à son lieu de résidence par un moyen de transport public adéquat pour qu'elle puisse y recevoir les soins appropriés, dès que son état de santé le permet et dans la mesure où le moyen de transport initialement prévu pour le retour ne peut être utilisé. Si son état l'exige, l'Assisteur envoie une escorte médicale sur place pour accompagner la personne assurée pendant le rapatriement. Le rapatriement doit être approuvé et planifié par l'Assisteur.
- c) Lorsque la personne assurée est rapatriée ou transportée, l'Assisteur organise et paie les frais pour le retour, selon le cas, de sa personne conjointe et de ses enfants à charge ou d'un compagnon de voyage de la personne assurée, dans la province de résidence de ce dernier, jusqu'à concurrence d'un billet d'avion de ligne régulière, train ou autobus, si les moyens de retour initialement prévus ne peuvent être utilisés.
- d) Lorsque l'état de santé de la personne assurée ne permet pas de rapatriement médical et que l'hospitalisation hors province doit dépasser 7 jours, l'Assisteur organise et paie les frais pour le transport aller-retour d'un proche parent résidant dans la province de résidence de la personne assurée, pour lui permettre de se rendre à son chevet. Le remboursement maximal est de 1 500 \$. Ces frais ne sont cependant pas admissibles au remboursement si la personne assurée était déjà accompagnée par un proche parent âgé de 18 ans ou plus, ou si la nécessité de la visite n'a pas été confirmée par le médecin traitant ou que la visite n'a pas été préalablement approuvée et planifiée par l'Assisteur.
- e) L'Assisteur prend les dispositions nécessaires pour le retour jusqu'à leur résidence, des enfants de moins de 18 ans accompagnant la personne assurée si, à la suite de l'accident ou de la maladie de la personne assurée, celle-ci ou un autre adulte accompagnateur se trouve dans l'incapacité de s'en occuper.

- f) Lorsqu'une personne assurée est dans l'impossibilité de conduire le véhicule automobile utilisé au cours d'un voyage, à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu au cours du voyage, et qu'aucune personne l'accompagnant ne peut conduire ledit véhicule, l'Assisteur paie les frais engagés, par une agence commerciale, pour le retour du véhicule personnel de la personne assurée ou d'un véhicule de location, à sa résidence ou à un établissement de l'agence de location le plus rapproché du lieu de l'événement, sous réserve d'un remboursement maximal de 1 000 \$.
- g) Dans le cas du décès de la personne assurée, lorsque nécessaire, l'Assisteur organise et paie les frais d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un proche parent d'aller identifier la dépouille avant le rapatriement, à condition qu'aucun proche parent âgé de 18 ans ou plus n'ait accompagné la personne assurée dans son voyage. Le remboursement maximal est de 1 500 \$.
- h) Dans le cas du décès de la personne assurée, l'Assisteur paie le coût de la préparation et du retour de la dépouille (excluant le coût du cercueil) jusqu'au lieu d'inhumation dans la province de résidence, sous réserve d'un remboursement maximal de 5 000 \$, ou jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 3 000 \$ pour le coût de crémation ou de l'enterrement sur place.

3.4.1.3 Allocations de subsistance

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

3.4.2 Service d'assistance voyage

L'Assisteur fournit, 24 heures sur 24, 365 jours par année, à toute personne assurée qui en fait la demande, un service d'assistance voyage dans le monde entier à l'exclusion des pays en état de guerre ou d'instabilité politique notoire rendant matériellement impossible l'intervention de l'Assisteur.

- a) Avance de fonds pour les frais couverts, en vertu de l'assurance voyage. Par la suite, l'Assisteur réclame le remboursement des frais engagés à la Régie d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée et à l'Assureur.

- b) En cas de maladie ou d'accident à l'étranger, l'Assisteur fournit toute information médicale sous forme de conseils simples et de renseignements ainsi que les coordonnées d'un centre médical. Si nécessaire, l'Assisteur facilite l'admission de la personne assurée dans une clinique ou un centre hospitalier approprié.
- c) Sous réserve des présentes et en cas de maladie ou d'accident de la personne assurée en dehors de sa province de résidence, aussitôt prévenu, l'Assisteur organise les contacts nécessaires entre son service médical, le médecin traitant, et éventuellement le médecin de famille, afin de prendre les décisions les mieux adaptées à la situation.
- d) L'Assisteur se charge de transmettre les messages urgents lorsque la personne assurée est dans l'impossibilité de les transmettre lui-même.
- e) L'Assisteur assume l'acheminement, dans la limite du possible, de médicaments indispensables à la poursuite d'un traitement en cours, dans le cas où il est impossible de se les procurer sur place ou d'obtenir leur équivalent.

Dans tous les cas, les médicaments sont payés par la personne assurée, pour ensuite être remboursés par l'Assureur si admissibles.

- f) Sur présentation de pièces justificatives, l'Assisteur rembourse à la personne assurée les frais d'appels téléphoniques et autres frais de communication engagés pour avoir accès à ces services en cas de difficulté à l'étranger.
- g) L'Assisteur fournit sur demande d'une personne assurée, toute information nécessaire en cas de problèmes importants durant le voyage de celle-ci, par suite de la perte de son passeport, visa, carte de crédit, etc.
- h) L'Assisteur offre à la personne assurée en difficulté à l'étranger, un service téléphonique d'interprètes polyglottes.
- i) Lorsque la personne assurée fait l'objet de poursuites judiciaires à la suite d'un accident de la circulation, d'infraction au Code de la sécurité routière ou de tout autre délit civil, l'Assisteur fournit une aide en référant des noms d'avocats. Ce service n'est applicable qu'au Canada ou aux États-Unis.

3.4.3 Obligations de la personne assurée

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

3.4.4 Exclusions et réduction de la garantie d'assurance voyage

En plus des exclusions et réduction du régime modulaire d'assurance maladie des personnes employées, aucune somme n'est payée, ni aucune assistance donnée à la personne assurée par l'Assureur ou l'Assisteuse dans les cas suivants :

- a) Lorsque le sinistre a lieu dans la province de résidence de la personne assurée.
- b) Lorsque la personne assurée refuse, sans raison médicale valable, de se conformer aux recommandations de l'Assisteuse quant à son rapatriement, au choix du centre hospitalier ou quant aux soins requis; par soins requis, on entend les traitements nécessaires à la stabilisation de la condition médicale de la personne assurée.
- c) S'il y a eu défaut de communiquer dès que possible avec l'Assisteuse en cas de consultation médicale ou d'hospitalisation, à la suite d'un accident ou d'une maladie subite.

- d) Lorsque les frais sont occasionnés par une grossesse et ses complications dans les deux mois précédant la date prévue de l'accouchement.
- e) L'Assureur se réserve le droit d'exclure une personne assurée de la protection d'assurance voyage si, selon son évaluation :
 - les conditions de santé de cette dernière sont instables; ou
 - les conditions de santé de cette dernière sont sujettes à des périodes d'aggravation soudaines qui ne peuvent être contrôlées par médication ou autrement.

Toutefois, si l'Assureur décide d'exclure une personne assurée alors que celle-ci est à l'extérieur de sa province de résidence, l'exclusion ne prend effet qu'à la date de retour de la personne assurée dans sa province de résidence.

- f) Lorsque les frais engagés hors de la province de résidence de la personne assurée auraient pu être engagés dans sa province de résidence, sans danger pour la vie ou la santé de la personne assurée, à l'exception des frais immédiatement nécessaires par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie subite. Le seul fait que les soins pouvant être prodigués dans la province de résidence soient de qualité inférieure à ceux qui peuvent l'être hors de cette province ne constitue pas, au sens de la présente exclusion, un danger pour la vie ou la santé de la personne assurée.
- g) Lorsque les frais hospitaliers sont engagés dans des centres hospitaliers pour malades chroniques, ou dans un service pour malades chroniques dans un centre hospitalier, ou pour des patients qui se trouvent dans des maisons de soins prolongés ou des stations thermales.
- h) Pour une chirurgie ou un traitement facultatif ou non urgent, ou si le voyage a été entrepris dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non.
- i) Pour un accident survenu lors de la participation de la personne assurée à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteur ou à tout genre d'épreuve de vitesse, au vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, au saut à l'élastique (bungee jumping) ou à toute autre activité dangereuse.
- j) Lorsqu'il y a absorption par la personne assurée de médicaments, de drogues ou d'alcool en quantité toxique.

- k) Pour les services de rapatriement et d'assistance voyage, lorsque le sinistre a lieu dans un pays en état de guerre déclarée ou non, d'instabilité politique notoire, lors d'émeute, de mouvement populaire, de représailles, de restrictions à la libre circulation, de grève, d'explosion, d'activité nucléaire, de radioactivité et autres cas de force majeure rendant matériellement impossible l'intervention de l'Assisteur, et ce, même si l'état de la personne assurée ne résulte pas de tels événements ou situations.
- l) Dans le cas de frais engagés par la personne assurée, postérieurement à la date de modification d'un niveau de risque d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs, spécifiant d'éviter :
- tout voyage dans un endroit où la personne assurée a prévu se rendre ou dans un endroit où elle se trouve déjà; ou
 - tout voyage à bord d'un navire de croisière, que la personne assurée s'y trouve déjà ou non.

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

S'il s'avère impossible pour la personne assurée de se conformer à l'avertissement, elle doit alors communiquer avec l'Assisteur avant l'expiration du délai de 14 jours.

Cette exclusion n'est toutefois pas applicable s'il est démontré à la satisfaction de l'Assisteur que des raisons indépendantes de la volonté de la personne assurée l'ont empêchée de se conformer à l'avertissement dans le délai précité.

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

3.4.6 Coordination

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

3.5 Assurance annulation de voyage

L'Assureur paie, selon les modalités décrites à la présente clause, les frais engagés par la personne assurée à la suite de l'annulation ou l'interruption d'un voyage dans la mesure où les frais engagés ont trait à des frais de voyage payés d'avance par la personne assurée alors que la présente garantie est en vigueur, et que cette dernière, au moment de finaliser les arrangements du voyage, ne connaît aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation ou l'interruption du voyage prévu.

Le remboursement maximal par personne assurée est indiqué au **Tableau des garanties**.

3.5.1 Causes d'annulation ou d'interruption

Le voyage doit être annulé ou interrompu en raison d'une des causes suivantes :

- 3.5.1.1 Une maladie ou un accident empêchant la personne assurée ou un de ses proches parents, son compagnon de voyage ou un de ses proches parents, ou son associé en affaires de remplir ses fonctions habituelles et qui est raisonnablement grave pour justifier l'annulation ou l'interruption du voyage.
- 3.5.1.2 Le décès de la personne assurée, de sa personne conjointe, d'un enfant de la personne assurée ou de sa personne conjointe, du compagnon de voyage ou d'un associé en affaires.
- 3.5.1.3 Le décès d'un proche parent de la personne assurée autre que sa personne conjointe ou son enfant ou d'un proche parent du compagnon de voyage si les funérailles ont lieu au cours de la période prévue du voyage ou dans les 14 jours qui la précèdent.
- 3.5.1.4 Le décès ou l'hospitalisation d'urgence de l'hôte à destination.

- 3.5.1.5 La convocation de la personne assurée ou de son compagnon de voyage à agir comme membre d'un jury, ou leur assignation comme témoin dans une cause à être entendue durant la période du voyage, à la condition que la personne concernée ne soit pas partie au litige et ait entrepris les démarches nécessaires pour obtenir le report de la cause.
- 3.5.1.6 La mise en quarantaine de la personne assurée ou de son compagnon de voyage, sauf si celle-ci se termine plus de 7 jours avant la date prévue du départ.
- 3.5.1.7 Le détournement de l'avion à bord duquel la personne assurée voyage.
- 3.5.1.8 Un sinistre rendant inhabitable la résidence principale de la personne assurée, du compagnon de voyage ou de l'hôte à destination, à la condition que la résidence soit toujours inhabitable 7 jours avant la date prévue du départ ou que le sinistre ait lieu au cours du voyage.
- 3.5.1.9 Le transfert de la personne assurée ou de son compagnon de voyage, pour le même employeur, à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel, si exigé dans les 30 jours précédant la date prévue du départ.
- 3.5.1.10 La modification à la hausse d'un niveau de risque d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs spécifiant d'éviter :
 - i) tout voyage ou tout voyage non essentiel dans un endroit où la personne assurée a prévu se rendre ou se trouve déjà; ou
 - ii) tout voyage à bord d'un navire de croisière, que la personne assurée s'y trouve déjà ou non.

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

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

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

- le niveau de risque d'un avertissement a été modifié après la date de départ en voyage de la personne assurée,

- le niveau de risque modifié de l'avertissement demeure inchangé au cours de la période prévue du voyage de la personne assurée,
- la personne assurée a pris les dispositions nécessaires pour se conformer à cet avertissement dans les 14 jours suivant la date de modification du niveau de risque.

S'il s'avère impossible pour la personne assurée de se conformer à l'avertissement, il doit alors communiquer avec l'Assisteur avant l'expiration du délai de 14 jours.

Cette condition n'est toutefois pas applicable s'il est démontré à la satisfaction de l'Assisteur que des raisons indépendantes de la volonté de la personne assurée l'ont empêché de se conformer à l'avertissement dans le délai précité.

3.5.1.11 Un départ manqué dû au retard du moyen de transport utilisé pour se rendre au point de départ, à la condition que l'horaire du moyen de transport utilisé prévoyait une arrivée au moins 3 heures avant le départ ou au moins 2 heures si la distance à parcourir était inférieure à 100 kilomètres. La cause du retard doit être soit les conditions atmosphériques, soit des difficultés mécaniques (sauf pour une automobile privée), soit un accident de la circulation, soit la fermeture d'urgence d'une route, chacune des deux dernières causes devant être appuyée par un rapport de police.

3.5.1.12 Les conditions atmosphériques qui sont telles :

- i) que le départ du transporteur public, au point de départ projeté, soit retardé d'au moins 30 % (minimum 48 heures) de la durée prévue du voyage; ou
- ii) que la personne assurée ne peut effectuer une correspondance prévue, après le départ, avec un autre transporteur pour autant que cette correspondance soit retardée d'au moins 30 % (minimum 48 heures) de la durée prévue du voyage.

3.5.1.13 Un sinistre survenant à la place d'affaires ou sur les lieux physiques où doit se tenir une activité à caractère commercial et rendant impossible la tenue de l'activité de sorte qu'un avis écrit annulant l'activité est émis par l'organisme officiel responsable de son organisation.

3.5.1.14 La perte involontaire de l'emploi de la personne assurée ou de sa personne conjointe, pourvu que la personne concernée était à l'emploi chez le même employeur depuis plus d'un an.

3.5.2 Frais couverts

Les frais couverts sont les suivants :

3.5.2.1 En cas d'annulation avant le départ :

- la portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance;
- les frais supplémentaires engagés par la personne assurée qui décide de voyager seul dans le cas où son compagnon de voyage doit annuler son voyage pour une des raisons prévues à la présente garantie, jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable à la personne assurée au moment où son compagnon de voyage doit annuler;
- la portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance, jusqu'à concurrence de 70 % desdits frais, si le départ de la personne assurée est retardé à cause des conditions atmosphériques et qu'elle décide de ne pas effectuer le voyage.

3.5.2.2 Si un départ est manqué, au début ou au cours du voyage, pour une des raisons prévues à la présente garantie, le coût supplémentaire exigé par un transporteur public à horaire fixe pour un billet en classe économique par la route la plus directe jusqu'à la destination prévue.

3.5.2.3 Si le retour est anticipé ou retardé :

- le coût supplémentaire d'un billet simple, en classe économique, par la route la plus directe pour le retour jusqu'au point de départ par le moyen de transport prévu initialement ou si ce dernier ne peut être utilisé, les frais exigés par un transporteur public à horaire fixe, en classe économique, selon le moyen de transport le plus économique, par la route la plus directe pour le retour jusqu'au point de départ; ces frais doivent au préalable être convenus avec l'Assureur;
- toutefois, si le retour de la personne assurée est retardé de plus de 7 jours à la suite d'une maladie ou d'un accident subi par la personne assurée ou son compagnon de voyage, les frais engagés sont couverts pour autant que la personne concernée ait été admise dans un centre hospitalier à titre de patient interne pendant plus de 48 heures à l'intérieur de ladite période de 7 jours;
- la portion non utilisée et non remboursable de la partie terrestre des frais de voyage payés d'avance.

3.5.3 Exclusions de la garantie d'assurance annulation de voyage

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

- 3.5.3.1 Si le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non.
- 3.5.3.2 Si le voyage est entrepris dans le but de visiter une personne malade ou ayant subi un accident et que l'annulation ou l'interruption du voyage résulte du décès ou d'une détérioration de la condition médicale de cette personne.
- 3.5.3.3 Une guerre, déclarée ou non, ou la participation active à une insurrection réelle ou appréhendée.
- 3.5.3.4 La participation active de la personne assurée ou de son compagnon de voyage à un acte criminel ou réputé tel.
- 3.5.3.5 La grossesse ou les complications en résultant dans les deux mois précédant la date prévue de l'accouchement.
- 3.5.3.6 Une blessure que la personne assurée ou son compagnon de voyage s'est infligée intentionnellement, un suicide ou une tentative de suicide, que la personne soit saine d'esprit ou non.
- 3.5.3.7 Lorsqu'il y a absorption par la personne assurée de médicaments, de drogues ou d'alcool en quantité toxique.
- 3.5.3.8 La participation à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteur ou à tout genre d'épreuve de vitesse, ou vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, au saut à l'élastique (bungee jumping) ou à toute autre activité dangereuse.
- 3.5.3.9 Une condition médicale pour laquelle la personne assurée ou son compagnon de voyage a été hospitalisé ou a reçu ou s'est fait prescrire un traitement médical ou pour laquelle elle a consulté un médecin dans les 90 jours précédant la date où les frais de voyage sont engagés, sauf s'il est prouvé à la satisfaction de l'Assureur que la condition de la personne concernée est stabilisée au moment où les frais ont été engagés. Un changement quant à un médicament, à sa posologie ou à son utilisation est considéré comme étant un traitement médical.

3.5.3.10 Lorsque le sinistre est relié à toute condition connue de la personne assurée ou de son compagnon de voyage et sujette à des périodes d'aggravation soudaine qui ne peuvent être contrôlées par médication ou autrement.

3.5.3.11 Dans le cas de frais engagés par la personne assurée, postérieurement à la date de modification d'un niveau de risque d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs, spécifiant d'éviter :

- tout voyage ou tout voyage non essentiel dans un endroit où la personne assurée a prévu se rendre ou dans un endroit où elle se trouve déjà; ou
- tout voyage à bord d'un navire de croisière, que la personne assurée s'y trouve déjà ou non.

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

S'il s'avère impossible pour la personne assurée de se conformer à l'avertissement, elle doit alors communiquer avec l'Assisteur avant l'expiration du délai de 14 jours.

Cette exclusion n'est toutefois pas applicable s'il est démontré à la satisfaction de l'Assisteur que des raisons indépendantes de la volonté de la personne assurée l'ont empêché de se conformer à l'avertissement dans le délai précité.

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

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

S'il s'avère impossible pour la personne assurée de se conformer à l'avertissement, elle doit alors communiquer avec l'Assisteur avant l'expiration du délai de 14 jours.

Cette exclusion n'est toutefois pas applicable s'il est démontré à la satisfaction de l'Assisteur que des raisons indépendantes de la volonté de la personne assurée l'ont empêchée de se conformer à l'avertissement dans le délai précité.

3.5.4 Délai pour demander l'annulation

Advenant une cause d'annulation avant le départ, le voyage doit être annulé auprès du fournisseur de services de voyage concerné dans un délai maximal de 48 heures, ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié, et l'Assisteur 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 d'annulation, ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié.

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

3.5.5 Coordination

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

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

Lors d'une demande de prestations, la personne assurée doit fournir les preuves justificatives suivantes :

- Les titres de transport inutilisés.
- Les reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires.
- Les reçus pour les arrangements terrestres et autres déboursés. Les reçus doivent inclure les contrats émis officiellement par l'intermédiaire d'un agent de voyage ou d'un commerce accrédité dans lesquels il est fait mention des montants non remboursables en cas d'annulation. Une preuve écrite de la demande de la personne assurée à cet effet de même que les résultats de sa demande doivent être transmis à l'Assureur.
- Les documents officiels attestant la cause de l'annulation. Si l'annulation est attribuable à des raisons médicales, la personne assurée doit fournir un certificat médical rempli par un médecin habilité par la loi et pratiquant dans la localité où survient la maladie ou l'accident; le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet qui confirme la nécessité par la personne assurée d'annuler, de retarder ou d'interrompre son voyage.
- Le rapport de police lorsque le retard du moyen de transport utilisé par la personne assurée est causé par un accident de la circulation ou la fermeture d'urgence de la route.
- Le rapport officiel émis par les autorités concernées portant sur les conditions atmosphériques.
- La preuve écrite émise par l'organisateur officiel de l'activité à caractère commercial confirmant que l'événement est annulé et indiquant les raisons précises de l'annulation de l'événement.

- Tout autre rapport exigé par l'Assureur et permettant de justifier la demande de prestations de la personne assurée.

3.6 Soins oculaires

Les frais admissibles sont ceux engagés pour l'achat de **lunettes** ou de **lentilles cornéennes** sur recommandation d'une ou d'un médecin ou d'une ou d'un optométriste, ainsi que les frais relatifs à une **chirurgie au laser** effectuée par une ou un ophtalmologiste, membre du Collège des médecins du Québec, dans le but de corriger la myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme et la presbytie.

Les honoraires pour un **examen de la vue** effectué par une ou un ophtalmologiste ou une ou un optométriste pour les personnes assurées âgées de 18 ans à 64 ans sont également admissibles.

3.7 Fournitures et autres frais admissibles

Le coût des services et fournitures décrits ci-après est remboursé selon le pourcentage et les maximums prévus au **Tableau des garanties**, selon le régime choisi par la personne adhérente et suivant la réduction de la franchise annuelle applicable à ce régime.

Les frais engagés par la personne assurée pour les services et fournitures suivants sont admissibles pourvu que ces fournitures ou services soient prescrits par une ou un médecin, sauf si spécifié autrement au **Tableau des garanties**, et qu'ils soient nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure. Les fournitures ou services requis en raison d'une grossesse ou de ses suites sont également admissibles.

3.7.1 Les frais de transport par **ambulance** en direction ou en provenance d'un centre hospitalier, y compris le transport par avion dans le cas où la nécessité médicale est prouvée à la satisfaction de l'Assureur et qu'une partie du trajet doit s'effectuer par ce moyen ainsi que les frais d'oxygénothérapie durant ou immédiatement avant le transport.

3.7.2 Les frais pour **analyses de laboratoire, radiographies, électrocardiogrammes et échographies** effectués à l'extérieur d'un centre hospitalier, à des fins de préventions ou de diagnostic.

3.7.3 Les frais d'achat, d'ajustement ou de remplacement d'un **appareil auditif** ou d'une prothèse auditive.

- 3.7.4 Les frais pour l'achat, la location ou le remplacement d'**appareils orthopédiques**. Les appareils orthopédiques comprennent notamment, mais sans s'y limiter et selon le cas, les **bandages herniaires**, les **pansements**, les **bandages spéciaux** dans les cas de brûlures graves, les **corsets**, les **béquilles**, les **attelles** et les **plâtres**.
- 3.7.5 Les frais de location ou d'achat, si ce dernier mode est plus économique, d'**appareils thérapeutiques**. Les frais de remplacement ou de réparation sont également couverts.
- Toutefois, les appareils de contrôle (tels que stéthoscope, thermomètre, sphygmomanomètre, etc.) ainsi que les accessoires domestiques (tels que le bain-tourbillon, purificateur d'air, humidificateur, climatiseur) et les autres appareils de même nature sont exclus. Lorsque le coût total des frais à encourir excède 2 000 \$, une autorisation de l'Assureur doit être obtenue avant d'engager les frais.
- 3.7.6 Les frais d'achat de **bas à compression moyenne ou forte** (20 mm de Hg ou plus).
- 3.7.7 Les frais d'achat de **chaussures orthopédiques** conçues et fabriquées sur mesure à partir d'un moulage dans le but de corriger un défaut du pied. Sont également couvertes, les chaussures ouvertes, évasées, droites ainsi que celles nécessaires au maintien des attelles dites de Dennis Browne. Ces chaussures doivent être obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé détenteur d'un permis émis par les autorités légales. Les modifications ou additions faites à des chaussures préfabriquées sont également couvertes. Toutefois, les chaussures profondes et les sandales sont exclues.
- 3.7.8 Les frais de **chirurgie esthétique** nécessaires à la réparation d'un préjudice esthétique attribuable à un accident survenu alors que cette assurance est en vigueur, à condition que les services soient engagés dans les 36 mois suivant l'accident et que les traitements débutent dans les 12 mois suivant la date de l'accident.
- 3.7.9 Les frais engagés pour une **cure de désintoxication** en clinique privée spécialisée dans le traitement de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou du jeu compulsif et reconnue comme telle, excluant toutefois le tabagisme.
- 3.7.10 Les frais de location ou d'achat d'un modèle de base, lorsque ce dernier mode est jugé plus économique par l'Assureur, de **fauteuil roulant non motorisé** ou de **lit d'hôpital**. Le fauteuil roulant et le lit d'hôpital doivent être tous deux semblables à ceux habituellement en usage dans un centre hospitalier et ne doivent servir qu'à combler un besoin temporaire.

- 3.7.11 Les frais d'achat, de remplacement ou de réparation d'un appareil destiné au contrôle du diabète (**glucomètre**, dextromètre ou tout appareil du même genre) et de la mallette permettant son déplacement, sur présentation d'un rapport complet du médecin traitant attestant que la personne assurée est insulino-dépendante.
- 3.7.12 Les frais d'achat d'un **lecteur de glucose en continu** (capteur et émetteur).
- 3.7.13 Le coût quotidien pour chambre et pension, incluant tous les soins et services reliés au séjour dans une **maison de convalescence** au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux offrant sur place les soins d'un infirmier licencié ou d'un médecin, et ce, 24 heures sur 24. Le séjour doit être consécutif à une hospitalisation ou à une chirurgie dite d'un jour et prescrit et justifié par un médecin. Seuls les frais engagés dans les 30 jours suivant immédiatement une hospitalisation ou une chirurgie dite d'un jour sont couverts.
- 3.7.14 Les frais d'achat ou de remplacement, selon le cas, d'un **membre artificiel** ainsi que l'achat d'autres prothèses externes.
- 3.7.15 Les frais d'achat, de location, de remplacement ou de réparation d'un **neurostimulateur transcutané**.
- 3.7.16 Les frais d'achat d'**orthèses plantaires** faites sur mesure. Ces frais sont limités aux montants prévus à la liste des prix de l'Association nationale des orthésistes du pied. Les orthèses plantaires doivent être obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé détenteur d'un permis émis par les autorités légales.
- 3.7.17 Les frais d'achat d'une **pompe à insuline** destinée au contrôle du diabète, si la condition médicale de la personne assurée nécessite l'utilisation d'un tel appareil. Les frais d'entretien (tubulures et cathéters) d'une telle pompe sont également couverts.
- 3.7.18 Les frais d'achat d'une **prothèse capillaire** initiale devenue nécessaire à la suite de traitements de chimiothérapie.
- 3.7.19 **Multiservices (soins et services à domicile)**

Les frais pour les services décrits ci-après, lorsqu'ils sont recommandés par une ou un médecin et rendus nécessaires à la suite d'une hospitalisation ou d'une chirurgie d'un jour, sont admissibles, pourvu qu'ils soient engagés dans les 30 jours pour une personne adhérente employée, ou dans les 45 jours pour une personne adhérente retraitée, suivant l'hospitalisation de la personne assurée ou suivant sa sortie de l'unité de chirurgie d'un jour ou de médecine de jour et pourvu qu'ils ne puissent être rendus par une personne qui réside avec la personne assurée. L'hospitalisation à la suite d'un accouchement n'est pas reconnue, sauf s'il y a complication et que le séjour dure quatre jours ou plus.

3.7.19.1 Les honoraires d'une infirmière ou d'un infirmier ou d'une infirmière ou d'un infirmier auxiliaire pour des soins infirmiers dispensés au domicile de la personne assurée. L'infirmière ou l'infirmier ne doit pas résider habituellement à la maison de la personne adhérente ni être une ou un proche parent de la personne adhérente. Les soins infirmiers comprennent, entre autres :

- l'enseignement après une intervention chirurgicale;
- la prise de la tension artérielle et des signes vitaux;
- le changement de pansements et le soin des plaies;
- l'administration de médicaments et la surveillance de soluté;
- l'exérèse de sutures et agrafes;
- les prélèvements (sang et autres).

3.7.19.2 Les honoraires pour des services d'aide à domicile pour aider la personne assurée à se laver, se nourrir, se vêtir, se déplacer et pourvoir à ses besoins élémentaires. Les services doivent être dispensés au domicile de la personne assurée et le fournisseur de service d'aide à domicile ne doit pas résider habituellement à la maison de la personne adhérente ni être une ou un proche parent de la personne adhérente.

Les services comprennent entre autres :

- soins personnels (aide au bain, habillage-déshabillage, hygiène générale, aide ou assistance pour manger, aide au lever-coucher, etc.); ménage (entretien ménager régulier, vaisselle, lessive);
- entretien général régulier du domicile (enlèvement de la neige, tonte de la pelouse, etc.) ;
- préparation des repas;
- accompagnement à des rendez-vous médicaux.

Par fournisseur de service d'aide à domicile, nous entendons, une personne travaillant moyennant une rémunération pour une coopérative ou une agence incorporée ou enregistrée, spécialisée en soins à domicile, une travailleuse ou un travailleur autonome recevant son contrat de ladite coopérative ou agence, de même qu'une travailleuse ou un travailleur autonome, seulement s'il n'y a pas d'agence ou de coopérative dans la région.

3.7.19.3 Les frais de transport de la personne assurée pour bénéficier de soins médicaux ou d'un suivi médical consécutif à une hospitalisation ou à la chirurgie dite d'un jour.

3.7.19.4 Pour la personne adhérente employée seulement :

Les honoraires pour des services de garde d'enfants mineurs de la personne adhérente. La personne qui dispense les services de garde ne doit pas résider habituellement à la maison de la personne adhérente ni être un proche parent de la personne adhérente. Seuls les frais en excédent de ceux habituellement engagés par la personne adhérente ou sa personne conjointe avant la période de convalescence de la personne assurée concernée sont couverts.

3.7.20 Les honoraires pour des soins médicaux rendus au domicile de la personne adhérente requis à la suite d'une hospitalisation, par des **infirmières et infirmiers** ou des **infirmières et infirmiers auxiliaires** membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative, à l'exclusion de toute personne qui réside habituellement à la maison de la personne adhérente ou qui est un proche parent.

3.7.21 Lorsqu'une personne assurée doit recevoir des **traitements spéciaux non offerts au Québec**, l'Assureur rembourse les frais médicaux et hospitaliers suivants :

3.7.21.1 Hospitalisation

Les frais d'hospitalisation, incluant les frais de chambre, pension, services généraux de l'hôpital, médicaments, radiographies et analyses de laboratoire, engagés à l'extérieur du Québec pour des soins acceptés par la Régie de l'assurance maladie du Québec parce que non disponibles au Québec. Les frais doivent faire l'objet de prestations en vertu de la Loi sur l'assurance hospitalisation du Québec. Les frais couverts sont ceux qui excèdent les prestations payées en vertu de la Loi sur l'assurance hospitalisation du Québec, jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement équivalent à celui remboursé en vertu de cette loi.

3.7.21.2 Honoraires professionnels de médecins

Les honoraires professionnels de médecins engagés à l'extérieur du Québec pour des soins médicaux, chirurgicaux et d'anesthésie acceptés par la Régie de l'assurance maladie du Québec parce que non disponibles au Québec. Ces frais doivent faire l'objet de prestations par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Les frais couverts sont ceux qui excèdent les prestations payées par la Régie de l'assurance maladie du Québec, jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement équivalent à 3 fois les prestations effectivement payées par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

3.7.22 Les frais de l'acte médical et de la substance injectée pour des **vaccins préventifs** ou des produits immunisants qui, inoculés à des fins préventives, confèrent à la personne assurée l'immunité contre une maladie microbienne ou virale.

3.8 Professionnelles et professionnels de la santé

Les frais pour les soins et traitements engagés auprès des professionnelles et professionnels de la santé décrits ci-après sont remboursés selon le pourcentage et les maximums prévus au **Tableau des garanties**, selon le régime choisi par la personne adhérente et suivant la réduction de la franchise annuelle applicable à ce régime.

Les frais engagés par la personne assurée pour les soins et traitements suivants sont admissibles pourvu qu'ils soient nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure. Les soins et traitements requis en raison d'une grossesse ou de ses suites sont également admissibles.

3.8.1 Les honoraires d'**acupunctrices** ou d'**acupuncteurs**, de **naturopathes** et d'**homéopathes**, s'ils sont membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative ou d'une association professionnelle reconnue par l'Assureur. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestation.

En ce qui concerne les consultations auprès d'une ou d'un naturopathe, les frais couverts sont ceux reliés à un bilan de santé, aux conseils alimentaires ou à la prise de produits naturels. Les produits dits naturels, les massages, les bains, la posturologie, les exercices physiques ou toute autre consultation non reconnue par l'Assureur ne sont pas couverts.

- 3.8.2 Les honoraires de **chiropraticiennes** ou de **chiropraticiens**, s'ils sont membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestation. Les **radiographies** sont également admissibles. L'examen initial rendu par la chiropraticienne ou le chiropraticien est admissible au même titre qu'un traitement, même si effectué la même journée.
- 3.8.3 Les honoraires d'une ou d'un **dentiste à la suite d'un accident** survenu en cours d'assurance, pour le traitement d'une mâchoire facturée ou de lésions à des dents saines, naturelles et vivantes.

Cependant, s'il existe plus d'un type de traitement pour la condition dentaire de la personne assurée, l'Assureur rembourse les frais pour le traitement normal et approprié le moins cher. Les services doivent avoir été rendus dans les 12 mois de la date de l'accident. Les frais couverts sont limités aux montants prévus au guide des tarifs des actes buccodentaires approuvés par l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec (A.C.D.Q) pour l'année au cours de laquelle les soins sont rendus. Tout acte, traitement ou prothèse, de quelque nature que ce soit, relié à un implant est exclu.

- 3.8.4 Les honoraires de **diététistes**, s'ils sont membres en règle d'une association professionnelle reconnue par l'Assureur. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestation.
- 3.8.5 Les honoraires d'**ergothérapeutes**, d'**orthophonistes** et d'**audiologistes**, s'ils sont membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestation.
- 3.8.6 Les honoraires de **massothérapeutes**, **kinésithérapeutes** et **orthothérapeutes** membres en règle de leur ordre professionnel reconnu par l'autorité législative ou d'une association professionnelle reconnue par l'Assureur. Une seule consultation par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestation.
- 3.8.7 Les honoraires d'**ostéopathes**, de **physiothérapeutes** et de **thérapeutes en réadaptation physique** sous supervision d'un physiothérapeute ou d'un psychiatre, s'ils sont membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative ou d'une association professionnelle reconnue par l'Assureur. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestation.

Les frais d'un **rapport d'évaluation** préparé par un des professionnels décrits précédemment sont inclus dans le maximum de remboursement pour ces professionnels indiqué au **Tableau des garanties**.

3.8.8 Les honoraires de **podiatres**, s'ils sont membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestation.

3.8.9 Les honoraires de **psychiatres, psychothérapeutes, psychanalystes en clinique externe, psychologues et travailleuses sociales ou travailleurs sociaux** membres en règle de leur ordre professionnel reconnu par l'autorité législative ou d'une association professionnelle reconnue par l'Assureur. Une seule consultation par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestation.

Le maximum de remboursement inclus également les frais d'un rapport d'évaluation à la demande d'un médecin et dans la mesure où le rapport s'avère nécessaire au traitement d'une maladie, d'une blessure ou requis lors ou à la suite d'une grossesse.

Les services de psychiatres sont seulement ceux rendus comme traitements de psychanalyse et dans la mesure où ces professionnels font partie de la Société canadienne de psychanalyse.

3.8.10 Les honoraires de **psychoéducatrices ou psychoéducateurs** et de **sexologues** membres en règle de leur ordre professionnel reconnu par l'autorité législative. Une seule consultation par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestation.

3.9 Exclusions et réduction du régime

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

3.9.1 Pour des prothèses dentaires ou leur ajustement, sauf si nécessités à la suite d'un accident.

3.9.2 Pour des injections dans le cadre d'une cure d'amaigrissement.

3.9.3 Pour une chirurgie, des traitements ou des prothèses à des fins esthétiques, sauf à la suite d'un accident.

3.9.4 Pour des soins prodigués principalement aux fins d'esthétique, les lunettes de protection ou de soleil et les soins prodigués gratuitement.

3.9.5 Pour tout produit ou service non médicalement requis.

3.9.6 Pour un examen de l'ouïe.

- 3.9.7 En raison d'une blessure ou d'une mutilation que que la personne assurée s'est infligée volontairement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
- 3.9.8 Pour des soins et services administrés par un proche parent de la personne assurée ou par une personne qui réside avec cette dernière.
- 3.9.9 Pour un examen médical périodique, ou pour un examen médical pour fins d'emploi, pour fins d'admission à une institution scolaire, pour fins d'assurance ou pour voyage de santé.
- 3.9.10 Pour une condition survenue alors que la personne assurée est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays.
- 3.9.11 En raison d'une guerre déclarée ou non, ou de participation active à une insurrection réelle ou appréhendée.
- 3.9.12 Pour une condition survenue lors de sa participation à un acte criminel ou réputé tel;
- 3.9.13 Pour tous frais relatifs à l'insémination.
- 3.9.14 Pour tous frais relatifs au traitement de l'infertilité.
- 3.9.15 Pour tout ticket modérateur, franchise ou coassurance exigé par tout régime public sur des produits et services admissibles en vertu du présent régime.
- 3.9.16 Services, fournitures, examens ou soins qui ne sont pas conformes aux normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante des professions de la santé impliquées ou qui sont exigés par un tiers ou reçus collectivement;
- 3.9.17 Pour les produits, appareils ou services utilisés ou offerts à des fins expérimentales ou au stade de recherche médicale ou dont l'utilisation n'est pas conforme aux indications approuvées par les autorités compétentes ou à défaut de telles autorités, aux indications données par le fabricant;

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

Pour la garantie d'assurance annulation de voyage, seules les exclusions et réductions stipulées à l'article relatif aux exclusions de la garantie d'assurance annulation de voyage s'appliquent.

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

Finalement, sont exclus les frais engagés pour des soins, services ou fournitures pour lesquels la personne assurée n'est pas tenue de payer, qu'elle ne serait pas tenue de payer si elle s'était prévalu des dispositions de tout régime public ou ne serait pas tenue de payer en l'absence du présent régime.

3.10 **Demande de prestations**

L'Assureur est tenu de payer en vertu du présent régime s'il y a eu présentation d'une demande de prestations avant l'expiration d'un délai de 12 mois suivant la date à laquelle les frais admissibles ont été engagés. Les frais sont considérés comme engagés à la date à laquelle les services ont été rendus ou les articles ont été fournis.

Le délai stipulé ci-dessus est de rigueur. Toutefois, si la personne adhérente prouve, à la satisfaction de l'Assureur, qu'elle était dans l'impossibilité d'agir avant l'expiration du délai et que la demande fut présentée dès qu'a cessé l'empêchement, alors la personne assurée pourra bénéficier du présent régime.

3.11 **Coordination des prestations**

Le montant total des prestations versées en vertu du présent régime et d'autres régimes d'assurance ou de régimes étatiques s'appliquant à une même personne ne peut jamais excéder le montant des frais assurés effectivement engagés.

Si la personne assurée en vertu du présent contrat est aussi assurée en vertu d'un autre régime, 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 assurée 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 personnes conjointes assurées 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 personne conjointe.

3.12 Renseignements

L'Assureur peut exiger tous renseignements, détails et dossiers, y compris l'histoire du cas, concernant le diagnostic, le traitement ou les services rendus à chaque personne assurée soit avant ou après la date d'entrée en vigueur de son assurance, et la personne assurée convient, comme condition de la responsabilité de l'Assureur en vertu du présent régime, de lui fournir ou de lui faire fournir tous ces renseignements, détails et dossiers et autorise tout centre hospitalier, ou toute personne rendant ou ayant rendu ces services à les fournir directement à l'Assureur. Tous ces renseignements sont considérés strictement confidentiels par l'Assureur.

3.13 Renonciation à la responsabilité

Le paiement des prestations en vertu de ce contrat libère l'Assureur de toute responsabilité pour tout acte ou omission de tout centre hospitalier ou de toute personne rendant n'importe lequel des services mentionnés dans ce contrat.

3.14 Exonération des primes en cas d'invalidité totale

Si avant l'âge de 65 ans, une personne adhérente est atteinte d'invalidité totale alors que ce régime est en vigueur, l'Assureur renonce au paiement de toute prime à son égard dès que la personne adhérente a droit aux prestations d'assurance traitement prévues à ses conditions de travail pour la période donnant droit à ces prestations d'assurance traitement, après l'expiration de ladite période d'invalidité, l'exonération des primes s'applique lorsque l'invalidité donne droit aux prestations en vertu du régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée ou y aurait donné droit si la personne adhérente avait choisi d'être assurée en vertu dudit régime, tant que dure l'invalidité totale.

L'exonération des primes, pour toute invalidité donnant droit à des prestations d'assurance traitement de la Société d'assurance automobile du Québec ou de la Commission de la santé et de la sécurité au travail du Québec, est accordée à la personne adhérente dès le début de son invalidité.

L'exonération des primes se termine à la première des dates suivantes :

- la fin de l'invalidité totale;
- la date du 65^e anniversaire de naissance de la personne adhérente;
- la date de mise à la retraite de la personne adhérente;
- la date de la fin du contrat ou de la fin du régime.

3.15 Prolongation

Lors de la terminaison de l'assurance d'une personne adhérente, l'Assureur rembourse, pour la personne adhérente totalement invalide ou la personne à sa charge assurée hospitalisée lors de la terminaison de l'assurance, pendant les 3 mois qui suivent immédiatement la date de cette terminaison, les frais admissibles engagés par suite de la maladie, ou de l'accident ou de la grossesse qui a causé l'invalidité totale ou l'hospitalisation, à condition que :

3.15.1 Avant la date de terminaison de son assurance, la personne adhérente ait engagé des frais admissibles par suite de la maladie, ou de l'accident ou de la grossesse qui a causé son invalidité totale ou l'hospitalisation de la personne à charge assurée.

3.15.2 L'invalidité totale ou l'hospitalisation se continue de façon ininterrompue.

3.16 Prolongation en cas de transformation

Cette protection à l'égard d'une personne adhérente, sa personne conjointe ou ses enfants à charge, est prolongée pendant toute la période au cours de laquelle elle a le droit d'exercer son droit de transformation.

3.17 Transformation

La personne adhérente, sa personne conjointe ou ses enfants à charge qui cesse d'être assuré aux termes de ce régime pour une raison autre que la retraite peut obtenir, sans preuves d'assurabilité, une police d'assurance maladie individuelle d'un genre alors émis aux taux et conditions fixés par l'Assureur dans ces circonstances, à condition d'en faire la demande par écrit au siège social de l'Assureur dans les 31 jours de l'un des événements suivants :

- a) la personne adhérente cesse d'être admissible au présent régime avant la terminaison du contrat. Le droit de transformation peut alors être exercé pour la personne adhérente elle-même et pour sa personne conjointe ou ses enfants à charge, si la personne était assurée;
- b) la personne conjointe ou l'enfant à charge cesse de répondre à la définition prévue au présent contrat;
- c) 6 mois après le décès de la personne adhérente.

3.18 Prolongation de l'assurance des personnes à charge à la suite du décès de la personne adhérente

Au décès d'une personne adhérente, l'assurance de ses personnes à charge est prolongée sans paiement de prime jusqu'à la première des dates suivantes :

3.18.1 la date coïncidant avec la fin d'une période de 6 mois suivant immédiatement le décès de la personne adhérente;

3.18.2 la date à laquelle l'assurance des personnes à charge aurait pris fin n'eut été le décès de la personne adhérente;

3.18.3 la date de fin du contrat ou du régime.

3.19 Prolongation en cas de retraite

Cette protection à l'égard d'une personne adhérente qui prend sa retraite est prolongée pendant la période de 60 jours suivant sa date de mise à la retraite.

3.20 Modalité de paiement

Pour l'achat de ses médicaments, la personne assurée peut se servir de la carte de paiement automatisé direct.

3.21 Fin de l'assurance

3.21.1 L'assurance de la personne adhérente se termine à la première des dates suivantes :

3.21.1.1 La date de la fin du contrat.

3.21.1.2 La date à laquelle la personne adhérente termine son emploi pour une autre raison que la retraite, sous réserve des articles relatifs à la prolongation et à la prolongation en cas de transformation.

3.21.1.3 La date à laquelle la personne adhérente cesse d'être admissible à l'assurance.

3.21.1.4 Dans le cas où la prime n'est pas payée, sous réserve de l'article relatif à l'exonération des primes en cas d'invalidité totale, 31 jours après l'envoi d'un avis à cet effet par l'Assureur à la dernière adresse de la personne adhérente.

- 3.21.1.5 La date à laquelle l'exonération des primes prend fin, si la personne adhérente n'a pas repris le paiement de la prime en tant que personne employée admissible ou si elle n'a pas adhéré au régime d'assurance collective à l'intention des personnes retraitées.
- 3.21.1.6 La date de mise à la retraite, sous réserve de l'article relatif à la prolongation en cas de retraite; aux fins du présent contrat, la mise à la retraite d'une personne adhérente invalide survient au plus tard à la date à laquelle elle atteint l'âge de 65 ans.
- 3.21.1.7 La date de sa mise à pied pour une personne employée temporaire.
- 3.21.1.8 La date du décès de la personne adhérente.
- 3.21.2 L'assurance des personnes à charge se termine à la première des dates suivantes :
 - 3.21.2.1 La date de la fin de l'assurance de la personne adhérente, sous réserve des articles relatifs à la prolongation et à la prolongation de l'assurance des personnes à la suite du décès de la personne adhérente.
 - 3.21.2.2 La date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge.
 - 3.21.2.3 La date à laquelle la personne adhérente change sa protection familiale ou monoparentale en une protection monoparentale ou individuelle selon les dispositions de l'article relatif à la participation au régime modulaire d'assurance maladie des personnes employées.

ARTICLE 4 - RÉGIME MODULAIRE D'ASSURANCE MALADIE DES PERSONNES RETRAITÉES

Les frais admissibles sont les frais raisonnablement engagés et justifiés par la gravité du cas, la pratique courante de la médecine et les tarifs usuels de la région.

Le présent régime couvre les frais engagés par une personne assurée pourvu qu'ils s'appliquent à des fournitures ou des services admissibles, qu'ils soient prescrits par une ou un médecin, sauf si spécifié autrement au **Tableau des garanties**, et qu'ils soient nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure. Les fournitures ou services requis en raison d'une grossesse ou de ses suites sont également admissibles.

Les frais couverts sont uniquement ceux expressément indiqués au **Tableau des garanties** de la catégorie de personne admissible à laquelle la personne assurée appartient. Ces frais sont remboursables selon la coassurance, la franchise par achat, la franchise annuelle et les maximums qui y sont indiqués, et selon le module choisi. Les maximums admissibles ou remboursables sont par personne assurée, sauf s'il y a indication à l'effet contraire. Les articles à la suite de ce tableau offrent une description détaillée des frais couverts.

4.1 Tableau des garanties

Frais de médicaments *

Garanties			
Modules	Allégé	Complet 90 jours	Complet 182 jours
Coassurance	70 %*	80%*	
	* jusqu'à concurrence de la contribution maximale annuelle prévue par le régime public d'assurance médicaments et 100 % de l'excédent pour la personne adhérente et ses enfants à charge, et jusqu'à concurrence de la contribution maximale annuelle prévue par le régime public d'assurance médicaments et 100 % de l'excédent pour la personne conjointe		
Franchise par achat (ticket modérateur)	5 \$ par médicament prescrit ou service pharmaceutique	5 \$ par médicament prescrit ou service pharmaceutique	5 \$ par médicament prescrit ou service pharmaceutique
Liste de médicaments	Disponibles sur prescription seulement (liste régulière)		

Garanties			
Modules	Allégé	Complet 90 jours	Complet 182 jours
Substances administrées pour raisons médicales (acte médical non couvert)	Non couvert	Maximum admissible de 20 \$ par séance d'injections, par personne assurée*	Maximum admissible de 20 \$ par séance d'injections, par personne assurée*
	* franchise par achat non applicable, remboursement non compris dans le calcul de la contribution maximale annuelle		
Sterilet	Non couvert	Couvert*	Couvert*
	* franchise par achat non applicable, remboursement non compris dans le calcul de la contribution maximale annuelle		
Produits antitabac	Jusqu'à concurrence du maximum prévu par le régime public d'assurance médicaments		
Médicaments servant au traitement de l'obésité	Remboursement maximal viager de 5 000 \$		
Substitution	Obligatoire		

*** Une prescription médicale est requise**

Frais d'hospitalisation

Garanties			
Modules	Allégé	Complet 90 jours	Complet 182 jours
Coassurance	100 %		
Franchise	Aucune		
Type de chambre	À 2 lits		
Maximum	90 jours	Aucun	

Assurance voyage et assurance annulation de voyage

Garanties			
Modules	Allégé	Complet 90 jours	Complet 182 jours
Coassurance	100 %		
Franchise	Aucune		
Assurance voyage	Durée de protection de 30 jours par voyage Maximum viager, par personne assurée : 5 000 000 \$	Durée de protection de 90 jours par voyage Maximum viager, par personne assurée : 5 000 000 \$	Durée de protection : 182 jours ou tant que la personne assurée est couverte par la RAMQ Maximum viager, par personne assurée : 5 000 000 \$
Assurance annulation de voyage	Maximum par voyage, par personne assurée : 2 000 \$	Maximum par voyage, par personne assurée : 5 000 \$	

Fournitures et autres frais admissibles

Garanties			
Modules	Allégé	Complet 90 jours	Complet 182 jours
Coassurance (le maximum est combiné avec celui prévu pour les professionnelles et professionnels de la santé)	Non couvert	65 % des premiers 3 350 \$ admissibles par certificat et 100 % de l'excédent	
Franchise	Non couvert	Aucune	
Ambulance	Non couvert	Couvert	
Analyse de laboratoire, radiographie, électrocardiogramme et échographie*	Non couvert	Couvert	

Garanties			
Modules	Allégé	Complet 90 jours	Complet 182 jours
Appareil auditif	Non couvert	Maximum admissible de 1 100 \$ par 48 mois consécutifs	
Appareil orthopédique*	Non couvert	Couvert	
Appareil thérapeutique*	Non couvert	Remboursement maximal viager de 15 000 \$	
Bas à compression moyenne ou forte*	Non couvert	3 paires par année civile	
Chaussures orthopédiques*	Non couvert	Couvert	
Chirurgie esthétique à la suite d'un accident*	Non couvert	Remboursement maximal de 5 000 \$ par accident	
Cure de désintoxication*	Non couvert	Maximum admissible de 100 \$ par jour et remboursement maximal de 1 000 \$ par année civile	
Fauteuil roulant ou lit d'hôpital*	Non couvert	Couvert	
Glucomètre*	Non couvert	Maximum admissible de 300 \$ par 60 mois consécutifs	
Lecteur de glucose en continu*	Non couvert	Maximum admissible de 5 000 \$ par année civile	
Maison de convalescence*	Non couvert	Maximum admissible de 125 \$ par jour, jusqu'à concurrence d'un maximum de 30 jours par hospitalisation	
Membre artificiel	Non couvert	Maximum admissible de 5 000 \$ par 36 mois consécutifs	
Neurostimulateur transcutané*	Non couvert	Maximum admissible de 1 000 \$ par 60 mois consécutifs	
Orthèse plantaire*	Non couvert	Couvert	

Garanties			
Modules	Allégé	Complet 90 jours	Complet 182 jours
Pompe à insuline - appareil* - entretien (tubulures, cathéters)	Non couvert	Maximum admissible de 6 000 \$ par 60 mois consécutifs Maximum admissible de 2 400 \$ par année civile	
Prothèse capillaire*	Non couvert	Remboursement maximal viager de 300 \$	
Soins et services à domicile – Protection Multiservices* - Soins infirmiers - Services d'aide à domicile - Frais de transport	Non couvert	Maximum admissible de 60 \$ par jour Maximum admissible de 60 \$ par jour Maximum admissible de 30 \$ par déplacement, jusqu'à concurrence de 3 déplacements (aller et retour) par semaine	
Soins infirmiers après une hospitalisation*	Non couvert	Maximum admissible de 300 \$ par jour, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 10 000 \$ par année civile	
Traitements spéciaux non offerts au Québec* - Hospitalisation - Honoraires professionnels de médecin	Non couvert	Les frais excédant les prestations payées en vertu de la loi sur l'assurance hospitalisation, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal équivalent à celui remboursé en vertu de cette loi. Les frais excédant les prestations payées par la RAMQ, jusqu'à concurrence de 3 fois les prestations payées par la RAMQ.	
Vaccins préventifs	Non couvert	Maximum admissible de 200 \$ par année civile	

*** Une prescription médicale est requise**

Professionnelles et professionnels de la santé

Garanties			
Modules	Allégé	Complet 90 jours	Complet 182 jours
Coassurance (le maximum est combiné avec celui prévu pour les fournitures et autres frais)	Non couvert	65 % des premiers 3 350 \$ admissibles par certificat et 100 % de l'excédent	
Franchise	Non couvert	Aucune	
Acupunctrice ou acupuncteur, naturopathe et homéopathe	Non couvert	Maximum admissible de 50 \$ par traitement, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 700 \$ par année civile pour l'ensemble de ces professionnels	
Chiropraticienne ou chiropraticien et radiographie	Non couvert	Maximum admissible de 40 \$ par traitement ou par radiographie Remboursement maximal de 500 \$ par année civile pour l'ensemble de ces frais	
Dentiste à la suite d'un accident	Non couvert	Couvert	
Diététiste	Non couvert	Maximum admissible de 55 \$ par traitement, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 500 \$ par année civile	
Ergothérapeute, orthophoniste et audiologiste	Non couvert	Couvert	
Ostéopathe Physiothérapeute et thérapeute en réadaptation physique	Non couvert	Ostéopathe : maximum admissible de 65 \$ par traitement Physiothérapeute et thérapeute en réadaptation physique : maximum admissible de 55 \$ par traitement Remboursement maximal de 1 000 \$ par année civile pour l'ensemble de ces professionnels	

Garanties			
Modules	Allégé	Complet 90 jours	Complet 182 jours
Podiatre	Non couvert	Maximum admissible de 65 \$ par traitement, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 600 \$ par année civile	
Psychiatre, psychothérapeute, psychanalyste en clinique externe, psychologue et travailleuse sociale ou travailleur social	Non couvert	Psychiatre : maximum admissible de 80 \$ par traitement Psychanalyste en clinique externe, psychologue, travailleuse sociale ou travailleur social : maximum admissible de 70 \$ par traitement Psychothérapeute : maximum admissible de 60 \$ par traitement Remboursement maximal de 1 200 \$ par année civile pour l'ensemble de ces professionnels	

Le coût des services et fournitures décrits ci-après est remboursé selon la coassurance, la franchise par achat, la franchise annuelle et les maximums indiqués au **Tableau des garanties**, selon le module choisi.

4.2 Frais de médicaments

Le coût des médicaments décrits ci-après est remboursé selon le pourcentage prévu au **Tableau des garanties**, selon le module choisi, et après déduction de la franchise par achat applicable.

4.2.1 Conditions d'admissibilité des médicaments

L'Assureur rembourse les médicaments satisfaisant à l'ensemble des conditions suivantes :

- Ils sont porteurs d'un numéro d'identification de médicament (DIN) valide délivré par Santé Canada et sont disponibles dans la province de résidence de la personne assurée.
- Ils sont obtenus exclusivement en pharmacie et vendus par un professionnel de la santé légalement autorisé à le faire.

- c) Ils sont médicalement requis et nécessaires au traitement de la personne assurée.
- d) Ils doivent être prescrits par un professionnel de la santé légalement autorisé à le faire et conformément aux indications thérapeutiques du fabricant ou, à défaut de celles-ci, aux indications des autorités gouvernementales compétentes.
- e) Ils doivent être approuvés et reconnus par l'Assureur pour leur efficacité et leur valeur thérapeutique.
- f) En ce qui concerne spécifiquement les médicaments inclus dans la liste de médicaments soumis à une autorisation préalable, ils doivent répondre aux critères déterminés par l'Assureur. À cette fin, la personne assurée doit faire remplir à ses frais par un professionnel de la santé, le formulaire prévu à cet effet. Ce formulaire est disponible auprès de l'Assureur.

Aux fins de la présente assurance médicaments, il est entendu que l'Assureur considère tout produit satisfaisant aux précédentes conditions comme un médicament.

4.2.2 Liste régulière de médicaments

L'Assureur rembourse les médicaments et les services pharmaceutiques qui ne peuvent être obtenus que sur prescription d'un professionnel de la santé légalement autorisé à le faire.

Sont également remboursés les médicaments et les services pharmaceutiques couverts en vertu des dispositions du régime public d'assurance médicaments.

Toutefois, ces services et médicaments ne sont pas couverts dans le cas d'une personne adhérente âgée de 65 ans ou plus et les personnes à sa charge, à moins que la personne adhérente n'en ait fait la demande expressément.

Finalement, sont également admissibles les frais engagés :

- pour les substances administrées pour des raisons médicales et non esthétiques. Seule la substance administrée est couverte et non l'acte médical;
- pour l'achat d'un stérilet;
- pour les produits antitabac couverts par le régime public d'assurance médicaments;
- pour les médicaments servant au traitement de l'obésité, pourvu que ces médicaments répondent aux critères déterminés par l'Assureur.

4.2.3 Substitution

Seuls les frais pour l'achat du médicament le moins cher équivalent au médicament prescrit sont admissibles, et ce, même si le professionnel de la santé a inscrit sur l'ordonnance une mention à l'effet de ne pas substituer.

Si la personne assurée désire obtenir le remboursement du coût du médicament d'origine, elle doit faire remplir à ses frais, par un professionnel de la santé, le formulaire prévu à cet effet. Ce formulaire est disponible auprès de l'Assureur. Par la suite, la personne assurée doit transmettre ce formulaire à l'Assureur pour analyse.

4.2.4 Exclusions et réductions - Frais de médicaments

Sous réserve de toute loi applicable dans la province de résidence de la personne assurée, les médicaments ou produits suivants ne sont pas admissibles, à l'exception toutefois de ceux qui sont expressément indiqués comme étant admissibles.

En aucun cas, ces exclusions et réductions ne doivent rendre la présente garantie moins généreuse que les obligations légales prévues par tout régime public d'assurance médicaments à l'égard d'un régime privé.

- a) Les produits utilisés à des fins esthétiques, cosmétiques et d'hygiène corporelle.
- b) Les suppléments diététiques, produits et substances alimentaires. 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 applicable au régime public d'assurance médicaments de la province de résidence de la personne assurée, 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.
- c) Les préparations pour nourrissons.
- d) Les hormones de croissance. Toutefois, sur présentation à l'Assureur d'un rapport médical complet, les hormones de croissance peuvent être admissibles en vertu du présent contrat.
- e) Les produits homéopathiques et les produits naturels.
- f) Les écrans solaires. Toutefois, les écrans solaires répondant aux conditions d'une maladie requérant de tels produits peuvent être 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.

- g) Les médicaments administrés principalement à titre préventif. Aux fins de cette exclusion, un médicament servant à stabiliser ou régulariser un état pathologique diagnostiqué par un professionnel de la santé n'est pas considéré comme un médicament préventif.
- h) Les produits antitabac.
- i) Les médicaments et substances servant au traitement de la dysfonction érectile et de toute autre dysfonction sexuelle; les médicaments servant à traiter la dysfonction érectile, administrés uniquement par voie orale.
- j) Les médicaments servant au traitement de l'infertilité de même que tout produit et substance liés à l'insémination artificielle ou à la fécondation in vitro ou servant à des fins de procréation assistée.
- k) Les gelées, mousses et autres dispositifs à des fins contraceptives.
- l) Les médicaments reçus dans un centre hospitalier, que la personne assurée soit hospitalisé ou non.
- m) Les médicaments et produits de nature expérimentale, ceux reçus dans le cadre d'un projet de recherche et ceux obtenus en vertu d'un programme fédéral d'accès spécial à des produits médicaux.

De plus, les services pharmaceutiques sont soumis aux maximums admissibles prévus par le régime public d'assurance médicaments de la province de résidence de la personne assurée.

Enfin, sous réserve de toute loi applicable dans la province de résidence de la personne assurée, l'Assureur se réserve le droit d'adopter des mesures ayant pour effet d'exclure, de limiter, de cesser le remboursement d'un médicament ou d'en modifier ses critères d'admissibilité. Par ailleurs, l'Assureur, avec le consentement du Preneur, se réserve aussi le droit d'exclure un médicament dont le coût pourrait avoir une incidence significative sur le risque assuré de la présente garantie ou le droit de modifier les taux de cette dernière.

4.3 Frais d'hospitalisation

Frais d'hospitalisation supportés au Canada et excédant les frais payables par tout régime étatique d'assurance et pourvu que l'hospitalisation ait débuté en cours d'assurance. La limite quant au nombre de jours couverts, s'il y a lieu, est indiquée au **Tableau des garanties**, selon le module choisi.

4.4 Assurance voyage

Les frais usuels et raisonnables et les services décrits ci-après sont admissibles s'ils sont engagés à la suite d'un décès ou d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie subite ou inattendue, survenue alors que la personne assurée est temporairement à l'extérieur de sa province de résidence et à la condition que la personne assurée soit couverte en vertu du programme gouvernemental d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation de sa province de résidence au Canada, et ce, tout au long de son séjour à l'extérieur de sa province de résidence.

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

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

Le remboursement maximal par personne assurée est indiqué au **Tableau des garanties**.

4.4.1 Frais admissibles

4.4.1.1 Frais hospitaliers, médicaux et paramédicaux

- a) Les frais d'hospitalisation en chambre semi-privée ou privée, excédant ceux qui sont remboursés ou remboursables par la Régie de l'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée.
- b) Les frais inhérents (téléphone, télévision, stationnement, etc.) à une hospitalisation, sur présentation de pièces justificatives, jusqu'à un maximum de 100 \$ par hospitalisation.
- c) Les honoraires professionnels d'un médecin pour des soins médicaux, chirurgicaux ou d'anesthésie autres que des honoraires pour des soins dentaires; les frais engagés sont payables uniquement pour la partie des frais qui excède les prestations payables en vertu du régime d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée.
- d) Le coût des médicaments obtenus sur ordonnance d'un médecin dans le cadre d'un traitement d'urgence.

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

4.4.1.2 Frais de transport

- a) Les frais de transport par ambulance terrestre ou aérienne pour conduire la personne assurée jusqu'à l'établissement médical adéquat le plus proche. Ce service comprend également le transfert entre centres hospitaliers lorsque le médecin traitant et l'Assisteuse estiment que les installations existantes sont inadéquates pour traiter le patient ou stabiliser sa condition.
- b) Les frais de rapatriement de la personne assurée à son lieu de résidence par un moyen de transport public adéquat pour qu'elle puisse y recevoir les soins appropriés, dès que son état de santé le permet et dans la mesure où le moyen de transport initialement prévu pour le retour ne peut être utilisé. Si son état l'exige, l'Assisteuse envoie une escorte médicale sur place pour accompagner la personne assurée pendant le rapatriement. Le rapatriement doit être approuvé et planifié par l'Assisteuse.
- c) Lorsque la personne assurée est rapatriée ou transportée, l'Assisteuse organise et paie les frais pour le retour, selon le cas, de sa personne conjointe et de ses enfants à charge ou d'un compagnon de voyage de la personne assurée, dans la province de résidence de cette dernière, jusqu'à concurrence d'un billet d'avion de ligne régulière, train ou autobus, si les moyens de retour initialement prévus ne peuvent être utilisés.

- d) Lorsque l'état de santé de la personne assurée ne permet pas de rapatriement médical et que l'hospitalisation hors province doit dépasser 7 jours, l'Assisteur organise et paie les frais pour le transport aller-retour d'un proche parent résidant dans la province de résidence de la personne assurée, pour lui permettre de se rendre à son chevet. Le remboursement maximal est de 1 500 \$. Ces frais ne sont cependant pas admissibles au remboursement si la personne assurée était déjà accompagnée par un proche parent âgé de 18 ans ou plus, ou si la nécessité de la visite n'a pas été confirmée par le médecin traitant ou que la visite n'a pas été préalablement approuvée et planifiée par l'Assisteur.
- e) L'Assisteur prend les dispositions nécessaires pour le retour jusqu'à leur résidence, des enfants de moins de 18 ans accompagnant la personne assurée si, à la suite de l'accident ou de la maladie de la personne assurée, celle-ci ou un autre adulte accompagnateur se trouve dans l'incapacité de s'en occuper.
- f) Lorsqu'une personne assurée est dans l'impossibilité de conduire le véhicule automobile utilisé au cours d'un voyage, à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu au cours du voyage et qu'aucune personne l'accompagnant ne peut conduire ledit véhicule, l'Assisteur paie les frais engagés par une agence commerciale pour le retour du véhicule personnel de la personne assurée ou d'un véhicule de location, à sa résidence ou à un établissement de l'agence de location le plus rapproché du lieu de l'événement, sous réserve d'un remboursement maximal de 1 000 \$.
- g) Dans le cas du décès de la personne assurée, lorsque nécessaire, l'Assisteur organise et paie les frais d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un proche parent d'aller identifier la dépouille avant le rapatriement, à condition qu'aucun proche parent âgé de 18 ans ou plus n'ait accompagné la personne assurée dans son voyage. Le remboursement maximal est de 1 500 \$.
- h) Dans le cas du décès de la personne assurée, l'Assisteur paie le coût de la préparation et du retour de la dépouille (excluant le coût du cercueil) jusqu'au lieu d'inhumation dans la province de résidence, sous réserve d'un remboursement maximal de 5 000 \$, ou jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 3 000 \$ pour le coût de crémation ou de l'enterrement sur place.

4.4.1.3 Allocations de subsistance

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

4.4.2 Service d'assistance voyage

L'Assisteur fournit, 24 heures sur 24, 365 jours par année, à toute personne assurée qui en fait la demande, un service d'assistance voyage dans le monde entier à l'exclusion des pays en état de guerre ou d'instabilité politique notoire rendant matériellement impossible l'intervention de l'Assisteur.

- a) Avance de fonds pour les frais couverts en vertu de l'assurance voyage. Par la suite, l'Assisteur réclame le remboursement des frais engagés à la Régie d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée et à l'Assureur.
- b) En cas de maladie ou d'accident à l'étranger, l'Assisteur fournit toute information médicale sous forme de conseils simples et de renseignements, ainsi que les coordonnées d'un centre médical. Si nécessaire, l'Assisteur facilite l'admission de la personne assurée dans une clinique ou un centre hospitalier approprié.
- c) Sous réserve des présentes et en cas de maladie ou d'accident de la personne assurée en dehors de sa province de résidence, aussitôt prévenu, l'Assisteur organise les contacts nécessaires entre son service médical, le médecin traitant et éventuellement le médecin de famille, afin de prendre les décisions les mieux adaptées à la situation.
- d) L'Assisteur se charge de transmettre les messages urgents lorsque la personne assurée est dans l'impossibilité de les transmettre lui-même.
- e) L'Assisteur assume l'acheminement, dans la limite du possible, de médicaments indispensables à la poursuite d'un traitement en cours, dans le cas où il est impossible de se les procurer sur place ou d'obtenir leur équivalent.

Dans tous les cas, les médicaments sont payés par la personne assurée, pour ensuite être remboursés par l'Assureur si admissibles.

- f) Sur présentation de pièces justificatives, l'Assisteur rembourse à la personne assurée les frais d'appels téléphoniques et autres frais de communication engagés pour avoir accès à ces services en cas de difficulté à l'étranger.
- g) L'Assisteur fournit, sur demande d'une personne assurée, toute information nécessaire en cas de problèmes importants durant le voyage de celle-ci, par suite de la perte de son passeport, visa, carte de crédit, etc.
- h) L'Assisteur offre à la personne assurée en difficulté à l'étranger, un service téléphonique d'interprètes polyglottes.
- i) Lorsque la personne assurée fait l'objet de poursuites judiciaires à la suite d'un accident de la circulation, d'infraction au Code de la sécurité routière ou de tout autre délit civil, l'Assisteur fournit une aide en référant des noms d'avocats. Ce service n'est applicable qu'au Canada ou aux États-Unis.

4.4.3 Obligations de la personne assurée

- a) **AVIS** : la personne assurée a l'obligation d'aviser l'Assisteur, dès que possible, de la survenance de l'incident, de l'accident ou de la maladie.
- b) **RESTRICTION** : la personne assurée, dès qu'elle est en mesure de le faire, doit obtenir l'accord préalable de l'Assisteur avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense. Si la personne assurée manque à cette obligation, l'Assisteur sera relevé de ses obligations envers celle-ci.
- c) **BILLETS NON UTILISÉS** : lorsqu'une personne assurée a bénéficié d'un rapatriement aux termes de la garantie d'assurance voyage, l'Assisteur se réserve le droit de réclamer à celle-ci le titre de transport qu'elle détient et non utilisé du fait des services rendus par l'Assisteur.
- d) **SUBROGATION** : aux fins de la présente garantie et pour toute somme avancée ou remboursée par l'Assisteur, la personne assurée cède et subroge l'Assisteur dans tous ses droits et recours à tout remboursement dont elle bénéficie ou prétend bénéficier selon tout régime public ou privé de services assurés similaires à ceux pour lesquels les avances ou les frais ont été engagés par l'Assisteur. Les personnes assurées conviennent de signer tout document et exécuter tout acte requis par l'Assisteur afin de donner plein et entier effet à la présente cession et subrogation et mandatent spécialement à cette fin l'Assisteur à titre de procureur et de représentant pour soumettre toute réclamation et encaisser tout remboursement.

4.4.4 Exclusions et réduction de la garantie d'assurance voyage

En plus des exclusions et réduction du régime modulaire d'assurance maladie des personnes retraitées, aucune somme n'est payée, ni aucune assistance donnée à la personne assurée par l'Assureur ou l'Assisteur dans les cas suivants :

- a) Lorsque le sinistre a lieu dans la province de résidence de la personne assurée.
- b) Lorsque la personne assurée refuse, sans raison médicale valable, de se conformer aux recommandations de l'Assisteur quant à son rapatriement, au choix du centre hospitalier ou quant aux soins requis; par soins requis, on entend les traitements nécessaires à la stabilisation de la condition médicale de la personne assurée.
- c) S'il y a eu défaut de communiquer dès que possible avec l'Assisteur en cas de consultation médicale ou d'hospitalisation, à la suite d'un accident ou d'une maladie subite.
- d) Lorsque les frais sont occasionnés par une grossesse et ses complications dans les deux mois précédant la date prévue de l'accouchement.
- e) L'Assureur se réserve le droit d'exclure une personne assurée de la protection d'assurance voyage si, selon son évaluation :
 - les conditions de santé de cette dernière sont instables; ou
 - les conditions de santé de cette dernière sont sujettes à des périodes d'aggravation soudaines qui ne peuvent être contrôlées par médication ou autrement.

Toutefois, si l'Assureur décide d'exclure une personne assurée alors que celle-ci est à l'extérieur de sa province de résidence, l'exclusion ne prend effet qu'à la date de retour de la personne assurée dans sa province de résidence.

- f) Lorsque les frais engagés hors de la province de résidence de la personne assurée auraient pu être engagés dans sa province de résidence, sans danger pour la vie ou la santé de la personne assurée, à l'exception des frais immédiatement nécessaires par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie subite. Le seul fait que les soins pouvant être prodigués dans la province de résidence soient de qualité inférieure à ceux qui peuvent l'être hors de cette province ne constitue pas, au sens de la présente exclusion, un danger pour la vie ou la santé de la personne assurée.

- g) Lorsque les frais hospitaliers sont engagés dans des centres hospitaliers pour malades chroniques, ou dans un service pour malades chroniques dans un centre hospitalier, ou pour des patients qui se trouvent dans des maisons de soins prolongés ou des stations thermales.
- h) Pour une chirurgie ou un traitement facultatif ou non urgent, ou si le voyage a été entrepris dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non.
- i) Pour un accident survenu lors de la participation de la personne assurée à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteur ou à tout genre d'épreuve de vitesse, au vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, au saut à l'élastique (*bungee jumping*) ou à toute autre activité dangereuse.
- j) Lorsqu'il y a absorption par la personne assurée de médicaments, de drogues ou d'alcool en quantité toxique.
- k) Pour les services de rapatriement et d'assistance voyage, lorsque le sinistre a lieu dans un pays en état de guerre déclarée ou non, d'instabilité politique notoire, lors d'émeute, de mouvement populaire, de représailles, de restrictions à la libre circulation, de grève, d'explosion, d'activité nucléaire, de radioactivité et autres cas de force majeure rendant matériellement impossible l'intervention de l'Assisteur, et ce, même si l'état de la personne assurée ne résulte pas de tels événements ou situations.
- l) Dans le cas de frais engagés par la personne assurée, postérieurement à la date de modification d'un niveau de risque d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs, spécifiant d'éviter :
 - tout voyage dans un endroit où la personne assurée a prévu se rendre ou dans un endroit où elle se trouve déjà; ou
 - tout voyage à bord d'un navire de croisière, que la personne assurée s'y trouve déjà ou non.

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

S'il s'avère impossible pour la personne assurée de se conformer à l'avertissement, elle doit alors communiquer avec l'Assisteur avant l'expiration du délai de 14 jours.

Cette exclusion n'est toutefois pas applicable s'il est démontré à la satisfaction de l'Assisteur que des raisons indépendantes de la volonté de la personne assurée l'ont empêchée de se conformer à l'avertissement dans le délai précité.

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

4.4.6 Coordination

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

4.5 Assurance annulation de voyage

L'Assureur paie, selon les modalités décrites à la présente clause, les frais engagés par la personne assurée à la suite de l'annulation ou l'interruption d'un voyage dans la mesure où les frais engagés ont trait à des frais de voyage payés d'avance par la personne assurée alors que la présente garantie est en vigueur, et que ce dernier, au moment de finaliser les arrangements du voyage, ne connaît aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation ou l'interruption du voyage prévu.

Le remboursement maximal par personne assurée est indiqué au **Tableau des garanties**, selon le module choisi.

4.5.1 Causes d'annulation ou d'interruption

Le voyage doit être annulé ou interrompu en raison d'une des causes suivantes :

4.5.1.1 Une maladie ou un accident empêchant la personne assurée ou un de ses proches parents, son compagnon de voyage ou un de ses proches parents, ou son associé en affaires de remplir ses fonctions habituelles et qui est raisonnablement grave pour justifier l'annulation ou l'interruption du voyage.

- 4.5.1.2 Le décès de la personne assurée, de sa personne conjointe, d'un enfant de la personne assurée ou de sa personne conjointe, du compagnon de voyage ou d'un associé en affaires.
- 4.5.1.3 Le décès d'un proche parent de la personne assurée autre que sa personne conjointe ou son enfant ou d'un proche parent du compagnon de voyage, si les funérailles ont lieu au cours de la période prévue du voyage ou dans les 14 jours qui la précèdent.
- 4.5.1.4 Le décès ou l'hospitalisation d'urgence de l'hôte à destination.
- 4.5.1.5 La convocation de la personne assurée ou de son compagnon de voyage à agir comme membre d'un jury, ou leur assignation comme témoin dans une cause à être entendue durant la période du voyage, à la condition que la personne concernée ne soit pas partie au litige et ait entrepris les démarches nécessaires pour obtenir le report de la cause.
- 4.5.1.6 La mise en quarantaine de la personne assurée ou de son compagnon de voyage, sauf si celle-ci se termine plus de 7 jours avant la date prévue du départ.
- 4.5.1.7 Le détournement de l'avion à bord duquel la personne assurée voyage.
- 4.5.1.8 Un sinistre rendant inhabitable la résidence principale de la personne assurée, du compagnon de voyage ou de l'hôte à destination, à la condition que la résidence soit toujours inhabitable 7 jours avant la date prévue du départ ou que le sinistre ait lieu au cours du voyage.
- 4.5.1.9 Le transfert de la personne assurée ou de son compagnon de voyage, pour le même employeur, à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel, si exigé dans les 30 jours précédant la date prévue du départ.
- 4.5.1.10 La modification à la hausse d'un niveau de risque d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs spécifiant d'éviter :
 - i) tout voyage ou tout voyage non essentiel dans un endroit où la personne assurée a prévu se rendre ou se trouve déjà; ou
 - ii) tout voyage à bord d'un navire de croisière, que la personne assurée s'y trouve déjà ou non.

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

- le niveau de risque d'un avertissement a été modifié après que les frais de voyage aient été engagés,

- le niveau de risque modifié de l'avertissement demeure inchangé à la date de départ en voyage de la personne assurée.

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

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

S'il s'avère impossible pour la personne assurée de se conformer à l'avertissement, il doit alors communiquer avec l'Assisteur avant l'expiration du délai de 14 jours.

Cette condition n'est toutefois pas applicable s'il est démontré à la satisfaction de l'Assisteur que des raisons indépendantes de la volonté de la personne assurée l'ont empêchée de se conformer à l'avertissement dans le délai précité.

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

4.5.1.14 La perte involontaire de l'emploi de la personne assurée ou de sa personne conjointe, pourvu que la personne concernée était à l'emploi chez le même employeur depuis plus d'un an.

4.5.2 Frais couverts

Les frais couverts sont les suivants :

4.5.2.1 En cas d'annulation avant le départ :

- la portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance;
- les frais supplémentaires engagés par la personne assurée qui décide de voyager seule dans le cas où son compagnon de voyage doit annuler son voyage pour une des raisons prévues à la présente garantie, jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable à la personne assurée au moment où son compagnon de voyage doit annuler;
- la portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance, jusqu'à concurrence de 70 % desdits frais, si le départ de la personne assurée est retardé à cause des conditions atmosphériques et qu'elle décide de ne pas effectuer le voyage.

4.5.2.2 Si un départ est manqué, au début ou au cours du voyage, pour une des raisons prévues à la présente garantie, le coût supplémentaire exigé par un transporteur public à horaire fixe pour un billet en classe économique par la route la plus directe jusqu'à la destination prévue.

4.5.2.3 Si le retour est anticipé ou retardé :

- le coût supplémentaire d'un billet simple, en classe économique, par la route la plus directe pour le retour jusqu'au point de départ par le moyen de transport prévu initialement ou si ce dernier ne peut être utilisé, les frais exigés par un transporteur public à horaire fixe, en classe économique, selon le moyen de transport le plus économique, par la route la plus directe pour le retour jusqu'au point de départ; ces frais doivent au préalable être convenus avec l'Assureur;
- toutefois, si le retour de la personne assurée est retardé de plus de 7 jours à la suite d'une maladie ou d'un accident subi par la personne assurée ou son compagnon de voyage, les frais engagés sont couverts pour autant que la personne concernée ait été admise dans un centre hospitalier à titre de patient interne pendant plus de 48 heures à l'intérieur de ladite période de 7 jours;

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

4.5.3 Exclusions de la garantie d'assurance annulation de voyage

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

- 4.5.3.1 Si le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non.
- 4.5.3.2 Si le voyage est entrepris dans le but de visiter une personne malade ou ayant subi un accident et que l'annulation ou l'interruption du voyage résulte du décès ou d'une détérioration de la condition médicale de cette personne.
- 4.5.3.3 Une guerre, déclarée ou non, ou la participation active à une insurrection réelle ou appréhendée.
- 4.5.3.4 La participation active de la personne assurée ou de son compagnon de voyage à un acte criminel ou réputé tel.
- 4.5.3.5 La grossesse ou les complications en résultant dans les deux mois précédant la date prévue de l'accouchement.
- 4.5.3.6 Une blessure que la personne assurée ou son compagnon de voyage s'est infligée intentionnellement, un suicide ou une tentative de suicide, que la personne soit saine d'esprit ou non.
- 4.5.3.7 Lorsqu'il y a absorption par la personne assurée de médicaments, de drogues ou d'alcool en quantité toxique.
- 4.5.3.8 La participation à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteur ou à tout genre d'épreuve de vitesse, ou vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, au saut à l'élastique (*bungee jumping*) ou à toute autre activité dangereuse.

- 4.5.3.9 Une condition médicale pour laquelle la personne assurée ou son compagnon de voyage a été hospitalisé ou a reçu ou s'est fait prescrire un traitement médical ou pour laquelle il a consulté un médecin dans les 90 jours précédant la date où les frais de voyage sont engagés, sauf s'il est prouvé, à la satisfaction de l'Assureur, que la condition de la personne concernée est stabilisée au moment où les frais ont été engagés. Un changement quant à un médicament, à sa posologie ou à son utilisation est considéré comme étant un traitement médical.
- 4.5.3.10 Lorsque le sinistre est relié à toute condition connue de la personne assurée ou de son compagnon de voyage et sujette à des périodes d'aggravation soudaine qui ne peuvent être contrôlées par médication ou autrement.
- 4.5.3.11 Dans le cas de frais engagés par la personne assurée, postérieurement à la date de modification d'un niveau de risque d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs, spécifiant d'éviter :
- tout voyage ou tout voyage non essentiel dans un endroit où la personne assurée a prévu se rendre ou dans un endroit où elle se trouve déjà; ou
 - tout voyage à bord d'un navire de croisière, que la personne assurée s'y trouve déjà ou non.

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

S'il s'avère impossible pour la personne assurée de se conformer à l'avertissement, elle doit alors communiquer avec l'Assisteur avant l'expiration du délai de 14 jours.

Cette exclusion n'est toutefois pas applicable s'il est démontré à la satisfaction de l'Assisteur que des raisons indépendantes de la volonté de la personne assurée l'ont empêché de se conformer à l'avertissement dans le délai précité.

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

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

S'il s'avère impossible pour la personne assurée de se conformer à l'avertissement, elle doit alors communiquer avec l'Assisteur avant l'expiration du délai de 14 jours.

Cette exclusion n'est toutefois pas applicable s'il est démontré à la satisfaction de l'Assisteur que des raisons indépendantes de la volonté de la personne assurée l'ont empêché de se conformer à l'avertissement dans le délai précité.

4.5.4 Délai pour demander l'annulation

Advenant une cause d'annulation avant le départ, le voyage doit être annulé auprès du fournisseur de services de voyage concerné dans un délai maximal de 48 heures, ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié, et l'Assisteur 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 d'annulation, ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié.

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

4.5.5 Coordination

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

4.5.6 Demande de prestations pour la garantie d'assurance annulation de voyage

Lors d'une demande de prestations, la personne assurée doit fournir les preuves justificatives suivantes :

4.5.6.1 les titres de transport inutilisés.

4.5.6.2 les reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires.

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

4.5.6.4 les documents officiels attestant la cause de l'annulation. Si l'annulation est attribuable à des raisons médicales, la personne assurée doit fournir un certificat médical rempli par un médecin habilité par la loi et pratiquant dans la localité où survient la maladie ou l'accident; le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet qui confirme la nécessité par la personne assurée d'annuler, de retarder ou d'interrompre son voyage.

4.5.6.5 le rapport de police lorsque le retard du moyen de transport utilisé par la personne assurée est causé par un accident de la circulation ou la fermeture d'urgence de la route.

4.5.6.6 le rapport officiel émis par les autorités concernées portant sur les conditions atmosphériques.

4.5.6.7 la preuve écrite émise par l'organisateur officiel de l'activité à caractère commercial confirmant que l'événement est annulé et indiquant les raisons précises de l'annulation de l'événement.

4.5.6.8 tout autre rapport exigé par l'Assureur et permettant de justifier la demande de prestations de la personne assurée.

4.6 Fournitures et autres frais admissibles

Le coût des services et fournitures décrits ci-après est remboursé selon le pourcentage et les maximums prévus au **Tableau des garanties**, selon le module choisi.

Les frais engagés par la personne assurée pour les services et fournitures suivants sont admissibles pourvu que ces fournitures ou services soient prescrits par une ou un médecin, sauf si spécifié autrement au **Tableau des garanties**, et qu'ils soient nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure. Les fournitures ou services requis en raison d'une grossesse ou de ses suites sont également admissibles.

4.6.1 Les frais de transport par **ambulance** en direction ou en provenance d'un centre hospitalier, y compris le transport par avion dans le cas où la nécessité médicale est prouvée à la satisfaction de l'Assureur et qu'une partie du trajet doit s'effectuer par ce moyen, ainsi que les frais d'**oxygénothérapie** durant ou immédiatement avant le transport.

4.6.2 Les frais pour **analyses de laboratoire, radiographies, électrocardiogrammes et échographies** effectuées à l'extérieur d'un centre hospitalier, à des fins de préventions ou de diagnostic.

4.6.3 Les frais d'achat, d'ajustement ou de remplacement d'un **appareil auditif** ou d'une prothèse auditive.

4.6.4 Les frais pour l'achat, la location ou le remplacement d'**appareils orthopédiques**. Les appareils orthopédiques comprennent notamment, mais sans s'y limiter et selon le cas, les **bandages herniaires**, les **pansements**, les **bandages spéciaux** dans les cas de brûlures graves, les **corsets**, les **béquilles**, les **attelles**, et les **plâtres**.

4.6.5 Les frais de location ou d'achat, si ce dernier mode est plus économique, d'**appareils thérapeutiques**. Les frais de remplacement ou de réparation sont également couverts.

Toutefois, les appareils de contrôle (tels que stéthoscope, thermomètre, sphygmomanomètre, etc.) ainsi que les accessoires domestiques (tels que le bain-tourbillon, purificateur d'air, humidificateur, climatiseur) et les autres appareils de même nature sont exclus. Lorsque le coût total des frais à encourir excède 2 000 \$, une autorisation de l'Assureur doit être obtenue avant d'engager les frais.

- 4.6.6 Les frais d'achat de **bas à compression moyenne ou forte** (20 mm de Hg ou plus).
- 4.6.7 Les frais d'achat de **chaussures orthopédiques** conçues et fabriquées sur mesure à partir d'un moulage dans le but de corriger un défaut du pied. Sont également couvertes, les chaussures ouvertes, évasées, droites ainsi que celles nécessaires au maintien des attelles dites de Dennis Browne. Ces chaussures doivent être obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé détenteur d'un permis émis par les autorités légales. Les modifications ou additions faites à des chaussures préfabriquées sont également couvertes. Toutefois, les chaussures profondes et les sandales sont exclues.
- 4.6.8 Les frais de **chirurgie esthétique** nécessaires à la réparation d'un préjudice esthétique attribuable à un accident survenu alors que cette assurance est en vigueur, à condition que les services soient engagés dans les 36 mois suivant l'accident et que les traitements débutent dans les 12 mois suivant la date de l'accident.
- 4.6.9 Les frais engagés pour une **cure de désintoxication** en clinique privée spécialisée dans le traitement de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou du jeu compulsif et reconnue comme telle, excluant toutefois le tabagisme.
- 4.6.10 Les frais de location ou d'achat d'un modèle de base, lorsque ce dernier mode est jugé plus économique par l'Assureur, de **fauteuil roulant non motorisé** ou de **lit d'hôpital**. Le fauteuil roulant et le lit d'hôpital doivent être tous deux semblables à ceux habituellement en usage dans un centre hospitalier et ne doivent servir qu'à combler un besoin temporaire.
- 4.6.11 Les frais d'achat, de remplacement ou de réparation d'un appareil destiné au contrôle du diabète (**glucomètre**, dextromètre ou tout appareil du même genre) et de la mallette permettant son déplacement, sur présentation d'un rapport complet du médecin traitant attestant que la personne assurée est insulino-dépendante.
- 4.6.12 Les frais d'achat d'un **lecteur de glucose en continu** (capteur et émetteur).

- 4.6.13 Le coût quotidien pour chambre et pension, incluant tous les soins et services reliés au séjour dans une **maison de convalescence** au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux offrant sur place les soins d'un infirmier licencié ou d'un médecin, et ce, 24 heures sur 24. Le séjour doit être consécutif à une hospitalisation ou à une chirurgie dite d'un jour et prescrit et justifié par un médecin. Seuls les frais engagés dans les 30 jours suivant immédiatement une hospitalisation ou une chirurgie dite d'un jour sont couverts.
- 4.6.14 Les frais d'achat ou de remplacement, selon le cas, d'un **membre artificiel** ainsi que l'achat d'autres prothèses externes.
- 4.6.15 Les frais d'achat, de location, de remplacement ou de réparation d'un **neurostimulateur transcutané**.
- 4.6.16 Les frais d'achat d'**orthèses plantaires** faites sur mesure. Ces frais sont limités aux montants prévus à la liste des prix de l'Association nationale des orthésistes du pied. Les orthèses plantaires doivent être obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé détenteur d'un permis émis par les autorités légales.
- 4.6.17 Les frais d'achat d'une **pompe à insuline** destinée au contrôle du diabète, si la condition médicale de la personne assurée nécessite l'utilisation d'un tel appareil. Les frais d'entretien (tubulures et cathéters) d'une telle pompe sont également couverts.
- 4.6.18 Les frais d'achat d'une **prothèse capillaire** initiale devenue nécessaire à la suite de traitements de chimiothérapie.
- 4.6.19 **Multiservices (soins et services à domicile)**

Les frais pour les services décrits ci-après, lorsqu'ils sont recommandés par une ou un médecin et rendus nécessaires à la suite d'une hospitalisation ou d'une chirurgie d'un jour, sont admissibles, pourvu qu'ils soient engagés dans les 30 jours pour une personne adhérente employée, ou dans les 45 jours pour une personne adhérente retraitée, suivant l'hospitalisation de la personne assurée ou suivant sa sortie de l'unité de chirurgie d'un jour ou de médecine de jour et pourvu qu'ils ne puissent être rendus par une personne qui réside avec la personne assurée. L'hospitalisation à la suite d'un accouchement n'est pas reconnue, sauf s'il y a complication et que le séjour dure 4 jours ou plus.

- 4.6.19.1 Les honoraires d'une infirmière ou d'un infirmier ou d'une infirmière ou d'un infirmier auxiliaire pour des soins infirmiers dispensés au domicile de la personne assurée. L'infirmière ou l'infirmier ne doit pas résider habituellement à la maison de la personne adhérente ni être une ou un proche parent de la personne adhérente. Les soins infirmiers comprennent, entre autres :

- l'enseignement après une intervention chirurgicale;
- la prise de la tension artérielle et des signes vitaux;
- le changement de pansements et le soin des plaies;
- l'administration de médicaments et la surveillance de soluté;
- l'exérèse de sutures et agrafes;
- les prélèvements (sang et autres).

4.6.19.2 Les honoraires pour des services d'aide à domicile pour aider la personne assurée à se laver, se nourrir, se vêtir, se déplacer et pourvoir à ses besoins élémentaires. Les services doivent être dispensés au domicile de la personne assurée et le fournisseur de service d'aide à domicile ne doit pas résider habituellement à la maison de la personne adhérente ni être une ou un proche parent de la personne adhérente.

Les services comprennent entre autres :

- soins personnels (aide au bain, habillage-déshabillage, hygiène générale, aide ou assistance pour manger, aide au lever-coucher, etc.); ménage (entretien ménager régulier, vaisselle, lessive);
- entretien général régulier du domicile (enlèvement de la neige, tonte de la pelouse, etc.) ;
- préparation des repas;
- accompagnement à des rendez-vous médicaux.

Par fournisseur de service d'aide à domicile, nous entendons, une personne travaillant moyennant une rémunération pour une coopérative ou une agence incorporée ou enregistrée, spécialisée en soins à domicile, une travailleuse ou un travailleur autonome recevant son contrat de ladite coopérative ou agence, de même qu'une travailleuse ou un travailleur autonome, seulement s'il n'y a pas d'agence ou de coopérative dans la région.

4.6.19.3 Les frais de transport de la personne assurée pour bénéficier de soins médicaux ou d'un suivi médical consécutif à une hospitalisation ou à la chirurgie dite d'un jour.

4.6.19.4 Pour la personne adhérente employée seulement :

Les honoraires pour des services de garde d'enfants mineurs de la personne adhérente. La personne qui dispense les services de garde ne doit pas résider habituellement à la maison de la personne adhérente ni être un proche parent de la personne adhérente. Seuls les frais en excédent de ceux habituellement engagés par la personne adhérente ou sa personne conjointe avant la période de convalescence de la personne assurée concernée sont couverts.

4.6.20 Les honoraires pour des soins médicaux rendus au domicile de la personne adhérente requis à la suite d'une hospitalisation, par des **infirmières** et **infirmiers** ou des **infirmières** et **infirmiers auxiliaires** membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative, à l'exclusion de toute personne qui réside habituellement à la maison de la personne adhérente ou qui est un proche parent.

4.6.21 Lorsqu'une personne assurée doit recevoir des **traitements spéciaux non offerts au Québec**, l'Assureur rembourse les frais médicaux et hospitaliers suivants :

4.6.21.1 Hospitalisation

Les frais d'hospitalisation, incluant les frais de chambre, pension, services généraux de l'hôpital, médicaments, radiographies et analyses de laboratoire, engagés à l'extérieur du Québec pour des soins acceptés par la Régie de l'assurance maladie du Québec parce que non disponibles au Québec. Les frais doivent faire l'objet de prestations en vertu de la Loi sur l'assurance hospitalisation du Québec. Les frais couverts sont ceux qui excèdent les prestations payées en vertu de la Loi sur l'assurance hospitalisation du Québec, jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement équivalent à celui remboursé en vertu de cette loi.

4.6.21.2 Honoraires professionnels de médecins

Les honoraires professionnels de médecins engagés à l'extérieur du Québec pour des soins médicaux, chirurgicaux et d'anesthésie acceptés par la Régie de l'assurance maladie du Québec parce que non disponibles au Québec. Ces frais doivent faire l'objet de prestations par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Les frais couverts sont ceux qui excèdent les prestations payées par la Régie de l'assurance maladie du Québec, jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement équivalent à 3 fois les prestations effectivement payées par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

- 4.6.22 Les frais de l'acte médical et de la substance injectée pour des **vaccins préventifs** ou des produits immunisants qui, inoculés à des fins préventives, confèrent à la personne assurée l'immunité contre une maladie microbienne ou virale.

4.7 Professionnelles et professionnels de la santé

Les frais pour les soins et traitements engagés auprès des professionnelles et professionnels de la santé décrits ci-après sont remboursés selon le pourcentage et les maximums prévus au **Tableau des garanties**, selon le module choisi.

Les frais engagés par la personne assurée pour les soins et traitements suivants sont admissibles pourvu qu'ils soient nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure. Les soins et traitements requis en raison d'une grossesse ou de ses suites sont également admissibles.

- 4.7.1 Les honoraires d'**acupunctrices** ou d'**acupuncteurs**, de **naturopathes** et d'**homéopathes**, s'ils sont membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative ou d'une association professionnelle reconnue par l'Assureur. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestation.

En ce qui concerne les consultations auprès d'une ou d'un naturopathe, les frais couverts sont ceux reliés à un bilan de santé, aux conseils alimentaires ou à la prise de produits naturels. Les produits dits naturels, les massages, les bains, la posturologie, les exercices physiques ou toute autre consultation non reconnue par l'Assureur ne sont pas couverts.

- 4.7.2 Les honoraires de **chiropraticiennes** ou de **chiropraticiens**, s'ils sont membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestation. Les **radiographies** sont également admissibles. L'examen initial rendu par la chiropraticienne ou le chiropraticien est admissible au même titre qu'un traitement, même si effectué la même journée.

- 4.7.3 Les honoraires d'une ou d'un **dentiste à la suite d'un accident** survenu en cours d'assurance, pour le traitement d'une mâchoire facturée ou de lésions à des dents saines, naturelles et vivantes.

Cependant, s'il existe plus d'un type de traitement pour la condition dentaire de la personne assurée, l'Assureur rembourse les frais pour le traitement normal et approprié le moins cher. Les services doivent avoir été rendus dans les 12 mois de la date de l'accident. Les frais couverts sont limités aux montants prévus au guide des tarifs des actes buccodentaires approuvés par l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec (A.C.D.Q) pour l'année au cours de laquelle les soins sont rendus. Tout acte, traitement ou prothèse, de quelque nature que ce soit, relié à un implant est exclu.

- 4.7.4 Les honoraires de **diététistes**, s'ils sont membres en règle d'une association professionnelle reconnue par l'Assureur. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestation.
- 4.7.5 Les honoraires d'**ergothérapeutes**, d'**orthophonistes** et d'**audiologistes**, s'ils sont membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestation.
- 4.7.6 Les honoraires d'**ostéopathes**, de **physiothérapeutes** et de **thérapeutes en réadaptation physique** sous supervision d'un physiothérapeute ou d'un psychiatre, s'ils sont membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative ou d'une association professionnelle reconnue par l'Assureur. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestation.

Les frais d'un **rapport d'évaluation** préparé par un des professionnels décrits précédemment sont inclus dans le maximum de remboursement pour ces professionnels indiqué au **Tableau des garanties**.

- 4.7.7 Les honoraires de **podiatres**, s'ils sont membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestation.
- 4.7.8 Les honoraires de **psychiatres**, **psychothérapeutes**, **psychanalystes en clinique externe**, **psychologues** et **travailleuses sociales ou travailleurs sociaux** membres en règle de leur ordre professionnel reconnu par l'autorité législative ou d'une association professionnelle reconnue par l'Assureur. Une seule consultation par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestation.

Le maximum de remboursement inclus également les frais d'un rapport d'évaluation à la demande d'un médecin et dans la mesure où le rapport s'avère nécessaire au traitement d'une maladie, d'une blessure ou requis lors ou à la suite d'une grossesse.

Les services de psychiatres sont seulement ceux rendus comme traitements de psychanalyse et dans la mesure où ces professionnels font partie de la Société canadienne de psychanalyse.

4.8 Exclusions et réduction du régime

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

- 4.8.1 Pour des prothèses dentaires, lunettes, verres de contact, chirurgie au laser ou leur ajustement, sauf si nécessités à la suite d'un accident.
- 4.8.2 Pour des injections dans le cadre d'une cure d'amaigrissement.
- 4.8.3 Pour une chirurgie, des traitements ou des prothèses à des fins esthétiques, sauf à la suite d'un accident.
- 4.8.4 Pour des soins prodigués principalement aux fins d'esthétique, les lunettes de protection ou de soleil et les soins prodigués gratuitement.
- 4.8.5 Pour tout produit ou service non médicalement requis.
- 4.8.6 Pour examen de la vue ou de l'ouïe.
- 4.8.7 En raison d'une blessure ou d'une mutilation que la personne assurée s'est infligée volontairement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
- 4.8.8 Pour des soins et services administrés par un proche parent de la personne assurée ou par une personne qui réside avec cette dernière.
- 4.8.9 Pour un examen médical périodique, ou pour un examen médical pour fins d'emploi, pour fins d'admission à une institution scolaire, pour fins d'assurance ou pour voyage de santé.
- 4.8.10 Pour une condition survenue alors que la personne assurée est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays.
- 4.8.11 En raison d'une guerre déclarée ou non, ou de participation active à une insurrection réelle ou appréhendée.
- 4.8.12 Pour une condition survenue lors de sa participation à un acte criminel ou réputé tel;
- 4.8.13 Pour tous frais relatifs à l'insémination.
- 4.8.14 Pour tous frais relatifs au traitement de l'infertilité.
- 4.8.15 Pour tout ticket modérateur, franchise ou coassurance exigé par tout régime public sur des produits et services admissibles en vertu du présent régime.

4.8.16 Services, fournitures, examens ou soins qui ne sont pas conformes aux normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante des professions de la santé impliquées ou qui sont exigés par un tiers ou reçus collectivement;

4.8.17 Pour les produits, appareils ou services utilisés ou offerts à des fins expérimentales ou au stade de recherche médicale ou dont l'utilisation n'est pas conforme aux indications approuvées par les autorités compétentes ou à défaut de telles autorités, aux indications données par le fabricant.

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

Pour la garantie d'assurance annulation de voyage, seules les exclusions et réductions stipulées à l'article relatif aux exclusions de la garantie d'assurance annulation de voyage s'appliquent.

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

Finalement, sont exclus les frais engagés pour des soins, services ou fournitures pour lesquels la personne assurée n'est pas tenue de payer, qu'elle ne serait pas tenue de payer si elle s'était prévalu des dispositions de tout régime public ou ne serait pas tenue de payer en l'absence du présent régime.

4.9 Demande de prestations

L'Assureur est tenu de payer en vertu du présent régime s'il y a eu présentation d'une demande de prestations avant l'expiration d'un délai de 12 mois suivant la date à laquelle les frais admissibles ont été engagés. Les frais sont considérés comme engagés à la date à laquelle les services ont été rendus ou les articles ont été fournis.

Le délai stipulé ci-dessus est de rigueur. Toutefois, si la personne adhérente prouve, à la satisfaction de l'Assureur, qu'elle était dans l'impossibilité d'agir avant l'expiration du délai et que la demande fut présentée dès qu'a cessé l'empêchement, alors la personne assurée pourra bénéficier du présent régime d'assurance.

4.10 **Coordination des prestations**

Le montant total des prestations versées en vertu du présent régime et d'autres régimes d'assurance ou de régimes étatiques s'appliquant à une même personne ne peut jamais excéder le montant des frais assurés effectivement engagés.

Si la personne assurée en vertu du présent contrat est aussi assurée en vertu d'un autre régime, 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 assurée 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 celle des deux personnes conjointes assurées 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 personne conjointe.

4.11 **Renseignements**

L'Assureur peut exiger tous renseignements, détails et dossiers, y compris l'histoire du cas, concernant le diagnostic, le traitement ou les services rendus à chaque personne assurée soit avant ou après la date d'entrée en vigueur de son assurance, et la personne assurée convient, comme condition de la responsabilité de l'Assureur en vertu du présent régime, de lui fournir ou de lui faire fournir tous ces renseignements, détails et dossiers et autorise tout centre hospitalier, ou toute personne rendant ou ayant rendu ces services à les fournir directement à l'Assureur. Tous ces renseignements sont considérés strictement confidentiels par l'Assureur.

4.12 **Renonciation à la responsabilité**

Le paiement des prestations en vertu de ce contrat libère l'Assureur de toute responsabilité pour tout acte ou omission de tout centre hospitalier ou de toute personne rendant n'importe lequel des services mentionnés dans ce contrat.

4.13 **Prolongation en cas de transformation**

Cette protection à l'égard de la personne conjointe ou des enfants à charge est prolongée pendant toute la période au cours de laquelle ils ont le droit d'exercer leur droit de transformation.

4.14 **Transformation**

La personne conjointe ou les enfants à charge d'une personne adhérente qui cesse d'être assurée aux termes de ce régime peut obtenir, sans preuves d'assurabilité, une police d'assurance maladie individuelle d'un genre alors émis aux taux et conditions fixés par l'Assureur dans ces circonstances, à condition d'en faire la demande par écrit au siège social de l'Assureur dans les 31 jours de l'un des événements suivants :

- a) la personne conjointe ou l'enfant à charge cesse de répondre à la définition prévue au présent contrat;
- b) 6 mois après le décès de la personne adhérente.

4.15 **Prolongation de l'assurance des personnes à charge à la suite du décès de la personne adhérente**

Lors du décès d'une personne adhérente, la participation de la personne conjointe ou des enfants à charge au régime modulaire d'assurance maladie des personnes retraitées qu'ils détiennent alors est maintenue en vigueur sans paiement de primes pour une période de six mois.

Après cette période de six mois, la personne conjointe ou les enfants à charge dont la protection à titre de personne conjointe ou d'enfants à charge d'une personne retraitée décédée a débuté avant le 1^{er} juillet 1999, peuvent continuer leur participation au régime modulaire d'assurance maladie des personnes retraitées en payant la prime requise.

4.16 **Modalité de paiement**

Pour l'achat de ses médicaments, la personne assurée peut se servir de la carte de paiement automatisé direct.

4.17 **Fin de l'assurance**

4.17.1 L'assurance de la personne adhérente se termine à la première des dates suivantes :

4.17.1.1 La date de la fin du contrat.

4.17.1.2 La date à laquelle la personne adhérente cesse d'être admissible à l'assurance.

- 4.17.1.3 Dans le cas où la prime n'est pas payée, 31 jours après l'envoi d'un avis à cet effet par l'Assureur à la dernière adresse de la personne adhérente.
- 4.17.1.4 Le premier jour du mois suivant la date de la réception par l'Assureur de l'avis écrit d'une personne adhérente qui désire mettre fin à l'assurance.
- 4.17.1.5 La date du décès de la personne adhérente.
- 4.17.2 L'assurance des personnes à charge se termine à la première des dates suivantes :
 - 4.17.2.1 La date de la fin de l'assurance de la personne adhérente, sous réserve des articles relatifs à la prolongation en cas de transformation et à la prolongation de l'assurance des personnes à charge à charge à la suite du décès de la personne adhérente.
 - 4.17.2.2 La date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge.
 - 4.17.2.3 La date à laquelle la personne adhérente change sa protection familiale ou monoparentale en une protection monoparentale ou individuelle selon les dispositions de l'article relatif à la participation au régime modulaire d'assurance maladie des personnes retraitées.

ARTICLE 5 - RÉGIME OPTIONNEL D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES DES PERSONNES EMPLOYÉES

5.1 Tableau de la garantie

Franchise annuelle	50 \$ par certificat, applicable sur les modules A, B, C et D
Module A : Soins préventifs - Fréquence : examen de rappel, polissage et application de fluorure	80 % 1 par période de 12 mois consécutifs, par personne assurée
Module B : Restaurations de base	80 %
Module C : Restaurations majeures	60 %
Maximum de remboursement annuel (Applicable sur les modules B et C seulement)	- 1 ^{ère} année civile : 500 \$ par personne assurée, au prorata du nombre de mois complets restant dans l'année civile - 2 ^e année civile : 700 \$ par personne assurée - 3 ^e année civile et suivantes : 1 000 \$ par personne assurée
Module D : Orthodontie	50 %, maximum 1 000 \$ remboursable viager, par personne assurée
Guide des tarifs	De l'année courante

5.2 Frais admissibles

Les frais admissibles sont les frais raisonnablement engagés, recommandés par un dentiste et justifiés par la pratique courante de l'art dentaire pour les soins décrits ci-après, et dont le coût n'excède pas les tarifs des actes buccodentaires indiqués dans le Guide des tarifs et nomenclature des actes buccodentaires publié par l'Association des chirurgiens dentistes du Québec (ACDQ) de l'année en cours, tel que prévu au **Tableau de la garantie**.

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

5.3 Modalités de remboursement

L'Assureur paie les frais admissibles selon le pourcentage de remboursement indiqué au **Tableau de la garantie** jusqu'à concurrence du maximum prévu à ce même tableau.

S'il existe plus d'un type de traitement pour la condition dentaire de la personne assurée, l'Assureur rembourse les frais pour le traitement normal et approprié le moins cher.

Les frais de laboratoire admissibles sont limités à 50 % des tarifs du Guide des tarifs et nomenclature des actes buccodentaires publié par l'Association des chirurgiens dentistes du Québec (ACDQ) de l'année en cours.

5.4 Frais admissibles

5.4.1 Module A - Soins préventifs

5.4.1.1 Diagnostic

- a) Examen buccal clinique
 - i) examen complet : un examen par période de 36 mois consécutifs
 - ii) examen de rappel : un examen par période indiquée au **Tableau de la garantie**
 - iii) examen buccal des enfants à charge, non remboursable par le régime public d'assurance maladie de la province de résidence : un examen par période de 12 mois consécutifs
 - iv) examen d'urgence ou examen d'aspect particulier : un seul de ces examens par période de 6 mois consécutifs
 - v) examen parodontal complet, examen des dysfonctions du système stomatognathique ou examen prosthodontique : un seul de ces examens par période de 36 mois consécutifs
 - vi) examen parodontal de contrôle
- b) Radiographies
 - i) radiographies intraorales
 - ii) radiographies extraorales, à l'exception des scanographies et des radiographies de l'articulation temporo-mandibulaire

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

Quant aux frais pour la radiographie céphalométrique et celle de la main et du poignet, ils sont admissibles en vertu des soins d'orthodontie.

- c) Examens de laboratoire et tests
 - i) test pulpaire
 - ii) test bactériologique
 - iii) test de susceptibilité à la carie
 - iv) biopsie de tissu mou ou dur (par incision, excision ou ponction)
 - v) test cytologique
 - vi) photographie diagnostique
 - vii) consultation

5.4.1.2 Prévention

- a) Services usuels de prévention
 - i) polissage de la partie coronaire des dents : un polissage par période indiquée au **Tableau de la garantie**
 - ii) application topique de fluorure pour les enfants à charge âgés de moins de 16 ans : une application par période indiquée au **Tableau de la garantie**
 - iii) finition d'obturation et ablation de matériau obturateur
 - iv) scellant de puits et fissures pour les enfants à charge âgés de moins de 16 ans
 - v) meulage interproximal et améloplastie
 - vi) détartrage : 10 unités de temps par période de 12 mois consécutifs
 - vii) appareil de maintien d'espace pour les enfants à charge âgés de moins de 19 ans
 - viii) contrôle des habitudes buccales pour les enfants à charge âgés de moins de 19 ans

5.4.2 Module B - Restaurations de base

5.4.2.1 Restaurations

- a) Pansement sédatif
- b) Meulage et polissage d'une dent traumatisée
- c) Collage et cimentation de fragment de dent brisée
- d) Restauration en amalgame
- e) Restauration en résine ou en composite
- f) Facette fabriquée au fauteuil
- g) Fermeture de diastème
- h) Tenon, pour restauration
- i) Supplément pour une obturation sous la structure d'un appareil ou d'une prothèse partielle amovible existante
- j) Couronnes complètes préfabriquées
- k) Restaurations complètes préfabriquées

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

5.4.2.2 Endodontie

- a) Urgence endodontique
- b) Traitements endodontiques généraux
- c) Thérapie canalaire
- d) Chirurgie endodontique
- e) Blanchiment d'une dent dévitalisée

Limitation : le remboursement des frais pour le blanchiment d'une dent dévitalisée est limité à deux séances par année civile.

- f) Autres services endodontiques
 - i) supplément pour un traitement à travers une couronne
 - ii) tentative infructueuse de compléter un traitement de canal

5.4.2.3 Parodontie

- a) Traitement d'une infection ou d'une inflammation
- b) Désensibilisation

Limitation : le remboursement des frais de désensibilisation est limité à trois unités par année civile ou à deux séances par année civile, selon la province de résidence de la personne assurée.

- c) Équilibrage mineur de l'occlusion

Limitation : le remboursement des frais pour l'équilibrage mineur de l'occlusion est limité à six unités de temps par année civile ou à six séances par année civile, selon la province de résidence de la personne assurée.

- d) Équilibrage majeur de l'occlusion

Limitation : le remboursement des frais pour l'équilibrage majeur de l'occlusion est limité à trois unités de temps par année civile ou à une séance par année civile, selon la province de résidence de la personne assurée.

- e) Services parodontaux, chirurgicaux

Limitation : le remboursement des frais pour le surfaçage radiculaire est limité à six unités de temps par année civile ou une fois par dent par période de 24 mois consécutifs, selon la province de résidence de la personne assurée.

- f) Traitements parodontaux d'appoint

- i) jumelage
- ii) appareil intraoral pour contrôler une parafunction

Limitations : le remboursement des frais pour l'achat d'un appareil intraoral est limité à un appareil par période de 60 mois consécutifs. Le remboursement des frais de réparation et de regarnissage est limité à une fois par année civile.

- iii) irrigation
- iv) application d'agent anti-microbien

5.4.2.4 **Chirurgie buccale**

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

5.4.2.5 **Services généraux**

- a) Anesthésie locale aux fins de diagnostic
- b) Sédation consciente
- c) Visites au cabinet dentaire en dehors des heures normales

5.4.2.6 **Prothèses amovibles, services complémentaires**

- a) Ajustement mineur
- b) Remontage et équilibrage
- c) Réparation
- d) Ajout de structure à une prothèse partielle
- e) Regarnissage et rebasage
- f) Garnissage temporaire thérapeutique

g) Remplacement des dents d'une prothèse

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

5.4.3 Module C - Restaurations majeures

5.4.3.1 Modèles de diagnostic

5.4.3.2 Prothèses amovibles

- a) Prothèse complète
- b) Prothèse partielle
- c) Réfection, prothèse partielle

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

5.4.3.3 Prothèse fixe

- a) Facette fabriquée en laboratoire
- b) Aurifications
- c) Incrustations en métal, porcelaine, résine ou céramique : tenons de rétention dans l'incrustation
- d) Couronne individuelle et actes complémentaires
- e) Reconstitution d'une dent en vue d'une couronne
- f) Ablation, recimentation et réparation d'une couronne, d'une incrustation ou d'une facette
- g) Pivot radiculaire

h) Ponts fixes et actes complémentaires

- i) pontique
- ii) pilier
- iii) ablation et décimentation
- iv) sectionnement
- v) immobilisation
- vi) recimentation
- vii) réparation

i) Autres services de prothèse

- i) couronne télescopique
- ii) attache de semi-précision ou de précision

Exclusions et limitations :

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

5.4.4 Module D - Orthodontie

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

5.5 Exclusions et réduction du régime

Sont exclus du présent régime et aucun remboursement n'est effectué par l'Assureur pour les cas suivants :

- a) Pour des frais engagés par suite de blessures que la personne assurée s'inflige intentionnellement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
- b) Pour des frais qui sont payables par l'État, par un organisme gouvernemental ou par un autre assureur;
- c) Pour des frais qui sont à la charge d'un tiers responsable, sauf en cas de subrogation;
- d) Pour des frais engagés pour des traitements à des fins esthétiques et qui ne sont pas expressément couverts par l'assurance. À cet égard, 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;
- e) Pour des frais dont la personne adhérente ne peut pas prouver que la personne assurée les a engagés;

- f) Pour des frais engagés en rapport avec des traitements expérimentaux ou des services qui sont à un stade de recherche médicale;
- g) Pour des frais engagés pour subir des examens médicaux à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification;
- h) Pour des frais engagés en rapport avec des services qui ne sont pas reçus pendant que la personne est assurée;
- i) Pour des implants ou pour tout acte, traitement ou prothèse lié à un implant. Les frais pour les prothèses sur les implants sont toutefois admissibles selon les modalités applicables aux soins de restaurations majeures;
- j) Pour un appareil intra-oral ou pour des services connexes résultant d'une dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire ou de la correction de la dimension verticale; cependant, une partie des frais engagés pour un appareil intra-oral est admissible, soit celle qui équivaut au tarif suggéré par l'association professionnelle du dentiste à l'égard des plaques pour le bruxisme;
- k) Pour le remplacement d'appareils ou prothèses perdus ou volés;
- l) 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;
- m) Pour un protecteur buccal;
- n) Pour des frais que la personne assurée n'aurait pas eu à assumer si elle n'avait pas été assurée;
- o) Pour un appareil dentaire servant à traiter le ronflement ou l'apnée du sommeil;
- p) Pour des chapes de transferts, des duplicatas de prothèses et des traitements palliatifs de douleurs dentaires;
- q) Pour des pontiques et piliers de transition;
- r) Pour des traitements et services liés aux tests ou analyses microbiologiques;
- s) Pour des photographies diagnostiques.

5.6 Demande de prestations

L'Assureur est tenu de payer en vertu du présent régime s'il y a eu présentation d'une demande de prestations avant l'expiration d'un délai de 12 mois suivant la date à laquelle les frais admissibles ont été engagés. Les frais sont considérés comme engagés à la date à laquelle les services ont été rendus ou les articles ont été fournis.

Le délai stipulé ci-dessus est de rigueur. Toutefois, si la personne adhérente prouve, à la satisfaction de l'Assureur, qu'elle était dans l'impossibilité d'agir avant l'expiration du délai et que la demande fut présentée dès qu'a cessé l'empêchement, alors la personne assurée pourra bénéficier du présent régime.

5.7 Coordination des prestations

Le montant total des prestations versées en vertu du présent régime et d'autres régimes d'assurance ou de régimes étatiques s'appliquant à une même personne ne peut jamais excéder le montant des frais assurés effectivement engagés.

Si la personne assurée en vertu du présent contrat est aussi assurée en vertu d'un autre régime, 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 assurée 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 personnes conjointes assurées 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 personne conjointe.

5.8 Renseignements

L'Assureur peut exiger tous renseignements, détails et dossiers, y compris l'histoire du cas, concernant le diagnostic, le traitement ou les services rendus à chaque personne assurée soit avant ou après la date d'entrée en vigueur de son assurance, et la personne assurée convient, comme condition de la responsabilité de l'Assureur en vertu du présent régime, de lui fournir ou de lui faire fournir tous ces renseignements, détails et dossiers et autorise tout centre hospitalier, ou toute personne rendant ou ayant rendu ces services à les fournir directement à l'Assureur. Tous ces renseignements sont considérés strictement confidentiels par l'Assureur.

5.9 Renonciation à la responsabilité

Le paiement des prestations en vertu de ce contrat libère l'Assureur de toute responsabilité pour tout acte ou omission de toute personne rendant n'importe lequel des services mentionnés dans ce contrat.

5.10 Exonération des primes en cas d'invalidité totale

Si avant l'âge de 65 ans, une personne adhérente est atteinte d'invalidité totale alors que ce régime est en vigueur, l'Assureur renonce au paiement de toute prime à son égard dès que la personne adhérente a droit aux prestations d'assurance traitement prévues à ses conditions de travail pour la période donnant droit à ces prestations d'assurance traitement, après l'expiration de ladite période d'invalidité, l'exonération des primes s'applique lorsque l'invalidité donne droit aux prestations en vertu du régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée ou y aurait donné droit si la personne adhérente avait choisi d'être assurée en vertu dudit régime, tant que dure l'invalidité totale.

L'exonération des primes, pour toute invalidité donnant droit à des prestations d'assurance traitement de la Société d'assurance automobile du Québec ou de la Commission de la santé et de la sécurité au travail du Québec, est accordée à la personne adhérente dès le début de son invalidité.

L'exonération des primes se termine à la première des dates suivantes :

- a) la fin de l'invalidité totale;
- b) la date du 65^e anniversaire de naissance de la personne adhérente;
- c) la date de mise à la retraite de la personne adhérente;
- d) la date de la fin du contrat ou de la fin du régime.

5.11 Fin de l'assurance

5.11.1 L'assurance de la personne adhérente se termine à la première des dates suivantes :

- a) La date de la fin du contrat.
- b) La date à laquelle la personne adhérente termine son emploi pour une autre raison que la retraite.
- c) La date à laquelle la personne adhérente cesse d'être admissible à l'assurance.

- d) La date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée, sous réserve des dispositions relatives à l'exonération des primes en cas d'invalidité totale.
- e) La date à laquelle l'exonération des primes prend fin, si la personne adhérente n'a pas repris le paiement de la prime en tant que personne admissible.
- f) La date de mise à la retraite; aux fins du présent contrat, la mise à la retraite d'une personne adhérente invalide survient au plus tard à la date à laquelle elle atteint l'âge de 65 ans.
- g) La date de sa mise à pied pour une personne employée temporaire.
- h) La date du début de la première période de paie complète qui suit ou qui coïncide avec la date de réception, par l'employeur, de l'avis écrit d'une personne adhérente qui désire mettre fin à son assurance en vertu de ce régime, et ce, pourvu que la période minimale de participation au régime soit terminée.
- i) La date du décès de la personne adhérente.

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

- a) La date de la fin de l'assurance de la personne adhérente.
- b) La date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge.
- c) La date à laquelle la personne adhérente change sa protection familiale ou monoparentale en une protection monoparentale ou individuelle selon les dispositions de l'article relatif à la participation au régime optionnel d'assurance soins dentaires des personnes employées.

ARTICLE 6 - RÉGIME OPTIONNEL D'ASSURANCE VIE DES PERSONNES EMPLOYÉES

6.1 Régime d'assurance vie de base de la personne adhérente

6.1.1 Montant de la prestation

Pourvu que ce régime soit en vigueur, le montant d'assurance vie de base payable au décès de la personne adhérente assurée est le suivant :

6.1.1.1 Personne adhérente employée âgée de moins de 65 ans

L'Assureur paie au bénéficiaire une prestation égale à une fois le traitement annuel de la personne adhérente, arrondie au multiple de 5 \$ le plus près.

6.1.1.2 Personne adhérente employée âgée de 65 ans ou plus

L'Assureur paie au bénéficiaire une prestation égale à 25 %, 50 %, 75 % ou 100 % du traitement annuel de la personne adhérente, selon l'option choisie par cette dernière, arrondie au multiple de 5 \$ le plus près. Cette prestation est sujette à un maximum de 75 % du traitement annuel à compter de l'âge de 70 ans de la personne adhérente et de 50 % du traitement annuel à compter de l'âge de 75 ans de la personne adhérente.

6.1.2 Preuves d'assurabilité

Des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'Assureur sont requises lorsque la demande d'adhésion est reçue plus de 30 jours après la date d'admissibilité de la personne employée au présent contrat.

Cependant, une personne adhérente employée transférée d'un poste à un autre au sein d'un employeur reconnu par le Preneur qui ne participait pas au régime d'assurance vie de base de la personne adhérente dans son poste antérieur doit soumettre des preuves d'assurabilité si elle désire participer à ce régime dans le cadre de son nouveau poste.

6.1.3 Indexation

Tant que la personne adhérente a droit à l'exonération des primes, le montant d'assurance vie de base de la personne adhérente est augmenté de 3 % le 1^{er} janvier de chaque année, à compter du 1^{er} janvier suivant le début de l'exonération.

6.1.4 Exclusion et réduction du régime

Aucune prestation n'est payable en cas de suicide de la personne adhérente en vertu du présent régime pour les montants d'assurance demandés plus de 30 jours après la date d'admissibilité de la personne adhérente si ladite personne décède dans les 12 mois suivant la mise en vigueur desdits montants d'assurance.

6.2 Régime d'assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelles de la personne adhérente

6.2.1 Montant de la prestation

Pourvu que ce régime soit en vigueur, lorsqu'une personne employée âgée de moins de 65 ans subit l'une des pertes décrites au **Tableau des pertes admissibles**, l'Assureur verse une prestation équivalant au pourcentage du traitement annuel de la personne adhérente indiqué pour cette perte, arrondie au multiple de 5 \$ le plus près. Le pourcentage du traitement annuel pour chacune des pertes est également décrit au **Tableau des pertes admissibles**.

Afin de donner lieu à une prestation payable en vertu de ce régime, la perte doit résulter directement d'un accident survenu alors que ce régime est en vigueur et au cours des 365 jours suivant la date de cet accident.

L'Assureur verse la prestation payable à la personne adhérente ou, en cas de décès de la personne adhérente, à son bénéficiaire désigné.

De plus, les prestations payables pour un même accident, ou pour plus d'un accident survenant durant une seule et même période de 365 jours, ne peuvent excéder 100 % du dernier traitement annuel déclaré par l'employeur.

Tableau des pertes admissibles

Perte	Pourcentage
– de la vie	100 %
– des deux mains, des deux pieds ou de la vue des deux yeux	100 %
– d'une main et d'un pied	100 %
– d'une main ou d'un pied avec la perte de la vue d'un œil	100 %
– d'une main ou d'un pied	50 %
– de la vue d'un œil	50 %

La perte d'un membre signifie soit la perte d'usage totale et définitive, soit la séparation complète à l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus.

La perte de la vision d'un œil signifie la perte totale et irrémédiable de la vue de cet œil à laquelle aucune intervention chirurgicale ne pourrait remédier.

6.2.2 Preuves d'assurabilité

Des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'Assureur sont requises lorsque la demande d'adhésion est reçue plus de 30 jours après la date d'admissibilité de la personne employée au présent contrat.

Cependant, une personne adhérente employée transférée d'un poste à un autre au sein d'un employeur reconnu par le Preneur qui ne participait pas au régime d'assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelles de la personne adhérente dans son poste antérieur doit soumettre des preuves d'assurabilité si elle désire participer à ce régime dans le cadre de son nouveau poste.

6.2.3 Exclusions et réduction du régime

Ce régime ne s'applique pas et aucune prestation n'est payable à la personne adhérente si la perte subie survient dans les cas suivants :

- 6.2.3.1 En raison d'une tentative de suicide ou du suicide de la personne adhérente, ou d'une blessure ou d'une mutilation que la personne adhérente s'est volontairement infligée, qu'elle soit saine d'esprit ou non.
- 6.2.3.2 Lors de sa participation à un acte criminel ou réputé tel, y compris le fait de conduire un véhicule, bateau ou aéronef avec un taux d'alcoolémie qui dépasse la limite permise par la loi en vigueur au lieu de l'accident.
- 6.2.3.3 En raison d'émeute, insurrection, hostilités ou guerre déclarée ou non.
- 6.2.3.4 Alors qu'elle exerce toute fonction de l'équipage d'un aéronef ou qu'elle exerce une fonction quelconque se rapportant au vol.
- 6.2.3.5 Lésions ne présentant aucune blessure ou contusion visible sur l'extérieur du corps (sauf la noyade et les lésions internes révélées par intervention chirurgicale ou autopsie), empoisonnement ou intoxication, sauf dans les cas découlant d'un accident de travail.
- 6.2.3.6 Pour une condition survenue alors que la personne adhérente est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays.
- 6.2.3.7 En raison d'une maladie se manifestant lors d'un accident mais ne résultant pas de cet accident.
- 6.2.3.8 À la suite d'un traitement médical ou dentaire, d'une intervention chirurgicale ou d'une anesthésie.

- 6.2.3.9 Lors de la conduite d'un véhicule, bateau ou aéronef sous l'effet de drogue ou de médicaments pris non conformément à la prescription ou à la posologie recommandée par le fabricant.

6.3 Régime d'assurance vie de base des personnes à charge

6.3.1 Montant de la prestation

Pourvu que ce régime soit en vigueur, la prestation payable à la personne adhérente au décès d'une personne à charge assurée est la suivante :

6.3.1.1 s'il s'agit de la personne conjointe : 6 000 \$;

6.3.1.2 s'il s'agit d'un enfant à charge : 6 000 \$ à compter de l'âge de 24 heures.

6.3.2 Preuves d'assurabilité

Des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'Assureur sont requises lorsque la demande d'adhésion est reçue plus de 30 jours après la date d'admissibilité de la personne employée au présent contrat.

Cependant, une personne adhérente employée transférée d'un poste à un autre au sein d'un employeur reconnu par le Preneur qui ne participait pas au régime d'assurance vie de base des personnes à charge dans son poste antérieur doit soumettre des preuves d'assurabilité pour celles-ci, si elle désire participer à ce régime dans le cadre de son nouveau poste.

6.3.3 Exclusion et réduction de la garantie

Aucune prestation n'est payable en cas de suicide de la personne assurée en vertu du présent régime pour les montants d'assurance demandés plus de 30 jours après la date d'admissibilité de cette personne si elle décède dans les 12 mois suivant la mise en vigueur desdits montants d'assurance.

6.4 Régime d'assurance vie additionnelle de la personne adhérente et de la personne conjointe

6.4.1 Montant de la prestation

Pourvu que ce régime soit en vigueur, le montant d'assurance vie additionnelle payable au décès de la personne assurée qui s'est prévalu de ce régime est établi de la façon suivante :

6.4.1.1 Personne adhérente employée âgée de moins de 65 ans

L'Assureur paie au bénéficiaire une prestation égale à 1, 2, 3, 4 ou 5 fois le traitement annuel de la personne adhérente, selon l'option choisie par cette dernière, arrondie au multiple de 5 \$ le plus près.

6.4.1.2 Personne conjointe

Une personne adhérente employée âgée de moins de 65 ans peut opter pour un montant additionnel d'assurance vie pour sa personne conjointe pouvant varier de 1 à 10 tranches de 10 000 \$, selon l'option choisie par la personne adhérente.

Ce montant d'assurance supplémentaire est réduit à 10 000 \$ lorsque la personne adhérente atteint l'âge de 65 ans.

6.4.2 Preuves d'assurabilité

Des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'Assureur sont requises pour toute demande d'adhésion au régime d'assurance vie additionnelle de la personne adhérente et de la personne conjointe. Des preuves d'assurabilité sont également exigées lors de l'ajout de tranches supplémentaires de montant d'assurance.

Toutefois, certains montants d'assurance vie additionnelle sont disponibles sans preuves d'assurabilité lorsque la personne adhérente employée ou sa personne conjointe adhère dans les 30 jours suivant la date de leur admissibilité au présent contrat. Ces montants sont indiqués dans les tableaux ci-dessous.

Cependant, une personne adhérente employée transférée d'un poste à un autre au sein d'un employeur reconnu par le Preneur qui ne participait pas au régime d'assurance vie additionnelle de la personne adhérente et de la personne conjointe dans son poste antérieur doit soumettre des preuves d'assurabilité pour elle-même et sa personne conjointe, le cas échéant, si elle désire participer à ce régime dans le cadre de son nouveau poste.

6.4.2.1 Personne adhérente employée :

Âge de la personne adhérente	Montant d'assurance vie additionnelle exprimé en multiples du traitement annuel				
	1 fois	2 fois	3 fois	4 fois	5 fois
Moins de 40 ans	sans preuves	sans preuves	sans preuves	avec preuves	avec preuves
40 à 54 ans	sans preuves	avec preuves	avec preuves	avec preuves	avec preuves
55 ans et plus	avec preuves	avec preuves	avec preuves	avec preuves	avec preuves

6.4.2.2 Personne conjointe :

Âge de la personne adhérente	Montant d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe			
	10 000 \$	20 000 \$	30 000 \$	40 000 \$ à 100 000 \$
Moins de 40 ans	sans preuves	sans preuves	sans preuves	avec preuves
40 à 49 ans	sans preuves	sans preuves	avec preuves	avec preuves
50 ans ou plus	sans preuves	avec preuves	avec preuves	avec preuves

6.4.3 Exclusion et réduction du régime

Ce régime ne s'applique pas si la personne assurée meurt par suite de suicide ou des suites de toute tentative de suicide pour les montants d'assurance demandés plus de 30 jours après la date d'admissibilité de la personne adhérente, si ladite personne décède dans les 12 premiers mois qui suivent la date de prise d'effet du présent régime, de sa remise en vigueur ou de toute augmentation du montant du d'assurance, qu'elle soit saine d'esprit ou non lors du suicide ou de la tentative de suicide, l'assurance ou l'augmentation, selon le cas, est nulle et sans effet et la responsabilité de l'Assureur est limitée au remboursement des primes perçues.

6.5 Régime d'assurance maladies redoutées de la personne adhérente et de la personne conjointe

L'Assureur paie le pourcentage indiqué ci-après du montant d'assurance et selon les conditions énoncées ci-après, lorsqu'un médecin procède à une intervention chirurgicale couverte par le régime ou qu'un diagnostic conforme aux descriptions ci-après d'une maladie grave couverte par le régime est posé par un médecin pour la première fois.

Les prestations payables en vertu du présent régime sont limitées à 100 % du montant d'assurance viager pour l'ensemble des interventions chirurgicales et maladies concernées relativement à chaque personne assurée.

Le montant de prestations est payable uniquement si la personne assurée survit à une période de 30 jours suivant immédiatement la date de l'intervention chirurgicale ou la date du diagnostic de la maladie couverte et pour autant que le diagnostic demeure inchangé tout au long de cette période.

De plus, le régime doit être en vigueur à la date du diagnostic ou de l'intervention chirurgicale, selon le cas, pour que la prestation soit payable. Toutefois, lorsque la maladie grave ou l'intervention chirurgicale découle directement d'un accident, la date de l'accident fait foi de l'assurance.

6.5.1 Montant d'assurance

La personne adhérente et sa personne conjointe peuvent chacune souscrire de 5 à 30 tranches d'assurance de 5 000 \$, pour un maximum de 150 000 \$.

6.5.2 Preuves d'assurabilité

Des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'Assureur sont requises lors de l'adhésion et de l'ajout de tranches supplémentaires d'assurance pour le régime d'assurance maladies redoutées de la personne adhérente et de la personne conjointe.

6.5.3 Interventions chirurgicales et maladies donnant droit à des prestations

6.5.3.1 Prestation de 100 % du montant d'assurance

a) Sclérose en plaques

Désigne le diagnostic sans équivoque, posé par un médecin neurologue, d'au moins deux épisodes d'anomalies neurologiques bien définies dont l'une a été d'une durée d'au moins six mois consécutifs, et confirmé par des techniques modernes d'imagerie.

b) Dystrophie musculaire

Désigne le diagnostic sans équivoque et définitif posé par un médecin dûment qualifié, d'une atteinte suffisamment sévère qu'elle a empêché la personne assurée de vaquer aux activités habituelles d'une personne du même âge pendant au moins six mois. Le diagnostic doit être confirmé par une électromyographie et une biopsie musculaire.

c) Paralysie

Désigne un diagnostic de perte totale et permanente de l'usage de deux membres ou plus, à la suite d'une paralysie physique ayant persisté pendant une période continue de 180 jours ou plus sans interruption.

d) Maladie d'Alzheimer

Désigne le diagnostic d'une maladie neurodégénérative progressive posé par un médecin neurologue ou gériatre. La personne assurée doit présenter une diminution des facultés intellectuelles, notamment en ce qui a trait à la mémoire et au jugement résultant en des facultés mentales ainsi qu'une capacité de fonctionner en société tellement réduites qu'il doit faire l'objet d'une surveillance constante.

e) Maladie de Parkinson

Désigne le diagnostic de maladie de Parkinson idiopathique et dégénératrice posé par un médecin neurologue et présentant au moins deux des caractéristiques suivantes :

- rigidité;
- tremblements;
- akinésie.

f) Affection du neurone moteur

Désigne le diagnostic sans équivoque d'une des maladies suivantes :

- sclérose latérale amyotrophique (ALS ou maladie de Lou Gehrig);
- sclérose latérale primaire;
- atrophie spinale progressive;
- paralysie bulbaire progressive;
- paralysie pseudo bulbaire.

g) Cécité

Désigne la perte totale et irréversible de la vision des deux yeux, confirmée par un médecin ophtalmologiste. L'acuité visuelle corrigée doit être plus faible que 20/200 ou les champs visuels doivent être de moins de 20 degrés, et ce, dans les deux yeux.

h) Infection occupationnelle par le VIH

Désigne une infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) survenant après la date de prise d'effet de la garantie, découlant d'un accident ou d'une blessure se produisant au Canada durant l'exercice des fonctions normales de l'occupation de la personne assurée, exposant celle-ci à du sang ou d'autres fluides corporels contaminés par le VIH.

Tout accident ou blessure pouvant entraîner une infection par le VIH doit être rapporté à l'Assureur dans les 14 jours après l'événement. Des prélèvements sanguins obtenus dans les 14 jours après l'événement doivent confirmer que la personne assurée est alors négative pour le VIH. Entre 3 et 6 mois après l'événement, des tests sanguins doivent confirmer que la personne assurée est alors positive pour le VIH.

L'Assureur doit avoir accès à un test indépendant de tous les échantillons de sang prélevés et a le droit d'exiger tout autre prélèvement de sang qu'il juge nécessaire.

L'accident doit être rapporté, enquêté et documenté selon les procédures établies pour l'occupation en question.

6.5.3.2 Prestation de 50 % du montant d'assurance

a) Accident vasculaire cérébral

Désigne tout traumatisme vasculaire cérébral produisant des séquelles neurologiques considérées permanentes et résultant en une paralysie ou autres déficits neurologiques mesurables persistant pendant au moins 30 jours suivant le traumatisme.

b) Insuffisance rénale

Désigne le diagnostic d'une insuffisance permanente et irréversible des deux reins et nécessitant un traitement régulier par hémodialyse ou dialyse péritonéale.

c) Brûlures graves

Désigne un diagnostic par un médecin qui est un chirurgien plasticien diplômé, de brûlures au troisième degré couvrant au moins 20 % du corps.

d) Transplantation d'un organe vital

Désigne la mise en place par chirurgie dans le corps de la personne assurée, à la suite de l'altération irréversible de sa fonction, d'un des organes vitaux suivants, prélevé du corps d'un donneur convenable selon les pratiques médicales généralement reconnues :

- le cœur;
- le foie;
- la moelle osseuse excluant toutefois l'autogreffe;
- les deux poumons;
- les deux reins;
- le pancréas.

6.5.3.3 Prestation de 35 % du montant d'assurance

a) Infarctus du myocarde

Désigne la nécrose d'une partie du muscle cardiaque résultant d'un apport inadéquat de flux sanguin vers la région touchée.

Le diagnostic doit être confirmé par les deux éléments suivants :

- changements électrocardiographiques (ECG) indiquant un infarctus du myocarde ou tableau clinique nouveau et typique, uniquement dans les cas où l'électrocardiogramme ne peut pas être interprété (bloc de branche complet, syndrome de Wolff-Parkinson-White, stimulateur cardiaque), et
- changements caractéristiques dans deux répétitions consécutives des marqueurs biochimiques cardiaques (troponine ou CPK ou MB-CPK) à des niveaux correspondant à un infarctus aigu du myocarde.

b) Cancer

Désigne le diagnostic de tumeur maligne caractérisée par le développement et la propagation incontrôlés de cellules malignes qui envahissent les tissus.

c) Coma

Désigne le diagnostic, confirmé par un médecin neurologue, d'un état profond d'inconscience duquel la personne assurée ne peut émerger et ayant persisté de façon continue pendant au moins 96 heures, et pour lequel toute stimulation extérieure ne provoque que des réponses réflexes d'évitement primitives.

d) Pontage coronarien

Désigne une intervention chirurgicale recommandée par un médecin interniste ou cardiologue et pratiquée par un médecin chirurgien afin de corriger le rétrécissement ou le blocage d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen de pontages par greffe ou anastomose.

6.5.3.4 Prestation de 25 % du montant d'assurance

a) Surdité

Désigne le diagnostic de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles, pour laquelle le seuil auditif est de plus de 90 décibels, confirmé par un médecin oto-rhino-laryngologiste.

b) Perte de la parole

Désigne le diagnostic de la perte totale, permanente et irréversible de la parole, résultant de dommages corporels ou d'une maladie physique. Des preuves médicales attestant qu'il y a eu perte de la parole pendant 365 jours consécutifs doivent être fournies au moment du diagnostic pour avoir droit à l'indemn .

6.5.4 Exclusions et restrictions générales du régime

Sont exclues du régime d'assurance maladies redoutées de la personne adhérente et de la personne conjointe, et ne donnent droit à aucune prestation, les situations suivantes :

6.5.4.1 Blessures que la personne assurée s'est inflig es volontairement ou résultant d'une tentative de suicide, que la personne assurée soit saine d'esprit ou non.

- 6.5.4.2 Toute blessure ou maladie contractée lors de la participation de la personne assurée à un acte criminel ou réputé tel, y compris le fait de conduire un véhicule, bateau ou aéronef lorsque la personne assurée :
- a un taux d'alcoolémie qui dépasse la limite permise par la loi en vigueur au lieu de l'accident; ou
 - est sous l'effet de drogues ou de médicaments pris non conformément à la prescription ou à la posologie recommandée par le fabricant.
- 6.5.4.3 Toute condition résultant directement ou indirectement d'un abus d'alcool, d'utilisation de drogues ou de prise de médicaments non conformément à la prescription ou à la posologie recommandée par le fabricant.
- 6.5.4.4 Blessure ou maladie découlant d'une guerre déclarée ou non ou d'une participation active à une insurrection réelle ou appréhendée.
- 6.5.4.5 Toute condition pour laquelle la personne assurée a refusé ou négligé de suivre les traitements appropriés à son état.
- 6.5.4.6 Toute condition survenue alors que la personne assurée est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays.
- 6.5.4.7 Si la personne assurée décède dans les 30 jours suivant la date du diagnostic ou de l'intervention assurés.

De plus, aucune prestation n'est payable pour les cas suivants :

- 6.5.4.8 Maladie d'Alzheimer : les autres syndromes cérébraux organiques et les troubles psychiatriques sont explicitement exclus.
- 6.5.4.9 Maladie de Parkinson : tous les autres types de Parkinsonisme sont spécifiquement exclus.
- 6.5.4.10 Affection du neurone moteur : les autres variations de la maladie du neurone moteur sont exclues.
- 6.5.4.11 Accident vasculaire cérébral : les accidents ischémiques et l'insuffisance vertébrobasilaire sont exclus.

6.5.4.12 Infarctus du myocarde :

- infarctus du myocarde survenant dans les 48 heures suivant une revascularisation facultative, à moins qu'il ne soit accompagné de nouvelles ondes Q pathologiques.
- infarctus du myocarde diagnostiqué par une autre méthode, à moins que le diagnostic ne soit confirmé de la façon décrite ci-dessus.

6.5.4.13 Pontage coronarien : les techniques non chirurgicales telles l'angioplastie à ballonnet, le soulagement d'une occlusion par laser ou toute autre technique sans pontage ou anastomose.

6.5.4.14 Perte de la parole : tous les cas reliés à la psychiatrie sont exclus.

6.5.5 Exclusions, restrictions et réduction afférentes à une infection occupationnelle par le VIH :

Toute infection au VIH résultant de ou transmise par toute autre cause incluant, de façon non limitative, une activité sexuelle ou l'usage de drogues, est spécifiquement exclue du régime.

De plus, la prestation n'est pas payable si la personne assurée avait refusé d'utiliser tout vaccin offrant une protection contre le VIH devenu disponible avant l'accident ou la blessure.

Par ailleurs, si un traitement curatif pour le SIDA devenait disponible après la date de prise d'effet du régime, la présente protection pour infection accidentelle par le VIH deviendra nulle et sans effet, de plein droit, à compter de la date de disponibilité de ce traitement.

6.5.6 Exclusions, restrictions et réduction afférentes au cancer :

Ce régime ne s'applique pas pour tout diagnostic de cancer posé dans les 90 premiers jours suivant le début de l'assurance de la personne assurée ou si des signes, symptômes ou problèmes se manifestent durant cette période.

De plus, aucune prestation n'est payable pour les formes de cancer suivantes :

- 6.5.6.1 Tout type de cancer classifié TX, TO ou Tis (in situ) selon la classification TNM; pour le cancer de la prostate, la classification T1N0M0 est aussi exclue;
- 6.5.6.2 Lésions précancéreuses, tumeurs bénignes ou polypes;

6.5.6.3 Tout type de cancer de la peau, sauf le mélanome malin envahissant le derme ou se développant plus en profondeur, soit à plus de 1.0 mm;

6.5.6.4 Toute tumeur en présence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH);

6.5.7 Preuves et examens

Les preuves requises doivent être présentées à la satisfaction de l'Assureur dans les 90 jours suivant la date à laquelle l'intervention chirurgicale ou la maladie satisfait aux conditions stipulées dans le présent régime, à défaut de quoi aucune prestation n'est payable.

L'Assureur peut en tout temps faire examiner, par un médecin de son choix, la personne assurée pour qui une demande de prestations est présentée.

6.6 Prolongation en cas de transformation

Les régimes d'assurance vie de base et d'assurance vie additionnelle à l'égard de la personne adhérente et des personnes à charge sont maintenus pendant toute la période au cours de laquelle ils ont le droit de faire la demande d'une police d'assurance vie individuelle en vertu de l'article relatif à la transformation des régimes d'assurance vie de base de la personne adhérente, vie de base des personnes à charge et vie additionnelle de la personne adhérente et de la personne conjointe.

6.7 Transformation des régimes d'assurance vie de base de la personne adhérente, vie de base des personnes à charge et vie additionnelle de la personne adhérente et de la personne conjointe

Lorsqu'une personne adhérente cesse d'être admissible au présent régime du fait de la cessation de son emploi ou de son appartenance au groupe, ou lorsqu'une de ses personnes à charge cesse d'être admissible au présent régime du fait de la terminaison de l'assurance de la personne adhérente par suite de son décès, de la cessation de son emploi ou de son appartenance au groupe ou du fait que la personne à charge ne répond plus à la définition prévue au présent contrat, cette personne a le droit, si elle en fait la demande par écrit à l'Assureur dans les 31 jours de la cessation de son admissibilité, de transformer sans preuves d'assurabilité le présent régime en une police individuelle d'assurance « vie entière » ou « temporaire à 65 ans » dont la prime pour la première année d'assurance est égale à celle d'une assurance temporaire d'un an.

Le montant d'assurance vie transformée est égal ou inférieur au montant d'assurance vie que lui accorde les régimes d'assurance vie de base et de vie additionnelle, réduit du montant d'assurance prévu dans un autre contrat collectif auquel la personne est devenue admissible au moment d'exercer son droit de transformation. Le montant d'assurance transformée ne peut excéder 400 000 \$.

La police individuelle ne comporte pas d'exonération de prime et la prime en est calculée suivant les taux alors en vigueur, tels qu'établis par l'Assureur. La première prime doit être reçue dans les 31 jours de la cessation de son admissibilité et l'assurance individuelle entre en vigueur à la date de réception de la prime.

La personne adhérente et ses personnes à charge ne peuvent exercer le droit de transformation qu'une fois en vertu du présent contrat. Néanmoins, ils peuvent transformer la différence entre le montant d'assurance vie individuelle qu'ils détiennent en vertu de tout exercice antérieur au droit de transformation et le montant qu'ils ont droit de transformer en vertu des régimes d'assurance vie de base et de vie additionnelle, si ce dernier est supérieur au montant déjà transformé.

En cas d'échéance du contrat, la personne adhérente assurée depuis au moins 5 ans et qui bénéficie d'un montant de protection d'assurance vie d'au moins 10 000 \$, a le droit de transformer, en tout ou en partie, sa protection d'assurance sur la vie en une assurance individuelle sur sa vie dans les 31 jours de l'échéance du présent contrat s'il n'est pas remplacé ou si le contrat de remplacement prévoit un montant d'assurance moindre. Le montant d'assurance pouvant être transformé est d'au moins 10 000 \$ ou 25 % du montant d'assurance sur la vie de la personne adhérente à l'échéance du contrat, selon le plus élevé des deux. La personne adhérente peut exercer ce droit en faisant une demande écrite à l'Assureur avant l'expiration d'un délai de 31 jours qui suit la date d'échéance du présent contrat, sans avoir à justifier de son assurabilité.

6.8 Exonération des primes en cas d'invalidité totale

Si avant l'âge de 65 ans, une personne adhérente est atteinte d'invalidité totale alors que ce régime est en vigueur, l'Assureur renonce au paiement de toute prime à son égard dès que la personne adhérente a droit aux prestations d'assurance traitement prévues à ses conditions de travail pour la période donnant droit à ces prestations d'assurance traitement, après l'expiration de ladite période d'invalidité. L'exonération des primes s'applique lorsque l'invalidité donne droit aux prestations en vertu du régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée où y aurait donné droit si la personne adhérente avait choisi d'être assurée en vertu dudit régime, tant que dure l'invalidité totale.

Le montant d'assurance vie de base de la personne adhérente sujet à l'exonération des primes est celui établi en fonction du traitement de la personne adhérente employée au début de son invalidité. Toutefois, le montant d'assurance vie de base de la personne adhérente est indexé de 3 % le 1^{er} janvier de chaque année, à compter du 1^{er} janvier qui suit le début de l'exonération.

Les montants d'assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelles de la personne adhérente, d'assurance vie de base des personnes à charge et d'assurance vie additionnelle de la personne adhérente et de la personne conjointe sujets à l'exonération des primes sont ceux en vigueur au moment où la personne adhérente employée devient invalide.

Les montants d'assurance maladies redoutées de la personne adhérente et de la personne conjointe sujets à l'exonération des primes sont ceux en vigueur au moment où la personne adhérente employée devient invalide.

L'exonération des primes, pour toute invalidité donnant droit à des indemnités de remplacement de revenu de la Société d'assurance automobile du Québec ou de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, est accordée à la personne adhérente dès le début de son invalidité.

L'exonération des primes se termine à la première des dates suivantes :

- la fin de l'invalidité totale, telle que définie à l'article relatif aux définitions, pour tous les régimes;
- la date du 65^e anniversaire de naissance de la personne adhérente pour tous les régimes;
- la date de la retraite de la personne adhérente pour le régime d'assurance maladies redoutées de la personne adhérente et de la personne conjointe;
- la date de la fin du contrat ou de la fin du régime pour le régime d'assurance maladies redoutées de la personne adhérente et de la personne conjointe.

6.9 Bénéficiaire

Toute personne adhérente peut désigner un seul bénéficiaire ou changer le bénéficiaire déjà désigné sur déclaration écrite et déposée au siège social de l'Assureur. L'Assureur n'est pas responsable de la validité de tout changement de bénéficiaire.

Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant la personne adhérente retournent à cette dernière. Si, au moment du décès de la personne adhérente, cette dernière n'a pas désigné de bénéficiaire par écrit, le montant d'assurance fait partie du patrimoine de la personne adhérente.

6.10 **Paiement de l'assurance**

Les prestations sont basées sur le montant d'assurance en vigueur au moment du décès de la personne adhérente ou de la personne à charge assurée ou de la mutilation de la personne adhérente. En cas de mutilation de la personne adhérente, les prestations sont payables à la personne adhérente. Advenant le décès de sa personne conjointe ou de l'un de ses enfants à charge, les prestations sont payables à la personne adhérente.

Le réclamant doit fournir les preuves requises par l'Assureur pour établir, outre les droits du réclamant, le décès de la personne assurée et sa cause, ainsi que l'exactitude de la date de naissance déclarée par la personne adhérente. Le paiement n'est effectué que si l'assurance est en vigueur à la date du décès.

6.11 **Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale pour la personne adhérente ou sa personne conjointe**

Une personne adhérente ou sa personne conjointe dont l'espérance de vie est d'au plus 12 mois et qui bénéficie de la clause « Exonération des primes en cas d'invalidité totale », peut obtenir le paiement d'une prestation anticipée en présentant une demande écrite à l'Assureur, accompagnée des preuves médicales appropriées et de l'acceptation écrite du bénéficiaire si celui-ci est désigné irrévocable.

La somme des montants versés en vertu du présent article est limitée à 50 % du montant d'assurance vie (base et additionnelle) de la personne adhérente, sans excéder 50 000 \$.

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

Lors du décès de la personne adhérente, le montant payable par l'Assureur est réduit du montant payé à titre de prestation anticipée, augmenté d'intérêt au taux annuel de 6 %.

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

6.12 Prolongation en cas de retraite

Cette protection à l'égard d'une personne adhérente qui prend sa retraite est prolongée sans paiement de primes pendant la période de 60 jours suivant sa date de mise à la retraite.

La protection ainsi prolongée est égale à :

6.12.1 Personne adhérente :

Le moindre entre le montant détenu le jour précédent la date de sa mise à la retraite et le montant maximal qui lui est offert selon son âge au moment de sa mise à la retraite.

6.12.2 Personnes à charge :

Le moindre entre le montant détenu par la personne adhérente le jour précédent la date de sa mise à la retraite et le montant maximal offert aux personnes à charge d'une personne adhérente retraitée. Tel montant maximal variant selon l'âge atteint de la personne adhérente retraitée.

6.13 Prolongation de l'assurance des personnes à charge à la suite du décès de la personne adhérente

Lors du décès d'une personne adhérente, la participation de sa personne conjointe ou de ses enfants à charge au régime d'assurance vie de base des personnes à charge qu'ils détiennent alors est maintenue en vigueur sans paiement de primes pour une période de six mois.

Après cette période de six mois, la personne conjointe ou les enfants à charge peuvent continuer leur participation aux régimes d'assurance vie des personnes à charge qu'ils détiennent en payant la prime requise. Relativement à la protection additionnelle sur la vie de la personne conjointe, le taux d'assurance vie est alors établi en fonction de l'âge de la personne conjointe.

6.14 Fin de l'assurance

6.14.1 Le régime optionnel d'assurance vie des personnes employées de toute personne adhérente se termine à la première des dates suivantes :

6.14.1.1 La date de la fin du contrat, sous réserve de l'article relatif à l'exonération des primes en cas d'invalidité totale.

- 6.14.1.2 La date à laquelle la personne adhérente termine son emploi pour une autre raison que la retraite, sous réserve des articles relatifs à la prolongation en cas de transformation et à l'exonération des primes en cas d'invalidité totale.
 - 6.14.1.3 Dans le cas où la prime n'est pas payée, sous réserve des articles relatifs à la prolongation en cas de transformation, à l'exonération des primes en cas d'invalidité totale et à la prolongation en cas de retraite, 31 jours après l'envoi d'un avis à cet effet par l'Assureur à la dernière adresse de la personne adhérente.
 - 6.14.1.4 La date du début de la première période de paie complète qui suit ou coïncide avec la date de réception, par l'employeur, de l'avis écrit d'une personne adhérente qui désire mettre fin à son assurance en vertu de ce régime ou à la date de terminaison inscrite dans tel avis, laquelle est la plus éloignée.
 - 6.14.1.5 La date de mise à la retraite de la personne adhérente sous réserve de l'article relatif à la prolongation en cas de retraite.
 - 6.14.1.6 La date de son 65^e anniversaire de naissance pour une personne adhérente invalide.
 - 6.14.1.7 La date de mise à la retraite ou la date de son 65^e anniversaire de naissance pour le régime d'assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelles de la personne adhérente.
 - 6.14.1.8 La date de mise à pied pour une personne employée temporaire.
- 6.14.2 L'assurance des personnes à charge se termine à la première des dates suivantes :
- 6.14.2.1 La date de la fin de l'assurance de la personne adhérente, sous réserve des articles relatifs à la prolongation en cas de transformation et à la prolongation de l'assurance des personnes à charge à la suite du décès de la personne adhérente.
 - 6.14.2.2 La date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge, sous réserve de l'article relatif à la prolongation en cas de transformation.
 - 6.14.2.3 Dans le cas où la prime n'est pas payée relativement aux personnes à charge, sous réserve des articles relatifs à la prolongation en cas de transformation, à l'exonération des primes en cas d'invalidité totale et à la prolongation de l'assurance des personnes à charge à la suite du décès de la personne adhérente, 31 jours après l'envoi d'un avis à cet effet par l'Assureur à la dernière adresse de la personne adhérente.

- 6.14.2.4 La date de mise à la retraite de la personne adhérente sous réserve de l'article relatif à la prolongation en cas de retraite.
- 6.14.2.5 La date de la réception par l'Assureur de l'avis écrit d'une personne adhérente ou d'une personne à charge d'une personne adhérente décédée qui désire mettre fin à l'assurance ou à la date de terminaison inscrite dans tel avis, laquelle est la plus éloignée.
- 6.14.2.6 La date du 65^e anniversaire de naissance de la personne conjointe pour le régime d'assurance vie additionnelle.

ARTICLE 7 - RÉGIME OPTIONNEL D'ASSURANCE VIE DES PERSONNES RETRAITÉES

7.1 Régime d'assurance vie de la personne retraitée

7.1.1 Montant de la prestation

Au décès de la personne adhérente alors que ce régime est en vigueur, l'Assureur paie au bénéficiaire une indemnité égale à 25 %, 50 %, 75 %, 100 %, 125 %, 150 %, 175 % ou 200 % du traitement annuel de la personne adhérente au moment de sa date de mise à la retraite, selon le choix de cette dernière, sans excéder le montant de protection détenu le jour précédant sa date de mise à la retraite.

Toutefois, à compter du 60^e, 65^e, 70^e et du 75^e anniversaire de naissance de la personne retraitée, sa protection ne peut excéder respectivement 150 %, 100 %, 75 % et 50 % de son traitement à la date de sa mise à la retraite.

La personne adhérente qui a pris sa retraite entre le 28 avril 1983 et le 3 janvier 1985 et qui n'a pas opté pour l'un des choix précités conserve un montant d'assurance vie égal à 5 000 \$.

La personne adhérente qui a pris sa retraite entre le 5 janvier 1978 et le 27 avril 1983 conserve un montant d'assurance vie égal à 5 000 \$.

La personne adhérente qui a pris sa retraite avant le 5 janvier 1978 conserve un montant d'assurance vie égal à 3 000 \$.

Une fois choisi, le montant d'assurance, en vertu du présent régime, ne peut plus être augmenté par la suite. Il peut cependant être réduit en tout temps à la demande de la personne adhérente.

7.2 Régime d'assurance vie de base des personnes à charge de la personne retraitée

7.2.1 Montant de la prestation

Pourvu que ce régime soit en vigueur, la prestation payable à la personne adhérente au décès d'une personne à charge assurée est la suivante :

7.2.1.1 s'il s'agit de la personne conjointe : 6 000 \$;

7.2.1.2 s'il s'agit d'un enfant à charge : 6 000 \$ à compter de l'âge de 24 heures.

7.2.2 Prolongation en cas de transformation

Le régime d'assurance vie de base des personnes à charge de la personne retraitée est maintenu pendant toute la période au cours de laquelle la personne conjointe ou les enfants à charge ont le droit de faire la demande d'une police d'assurance vie individuelle en vertu de l'article relatif à la transformation.

7.2.3 Transformation

Lorsque la personne conjointe ou l'enfant à charge cesse de répondre aux définitions prévues au présent contrat, ladite personne peut, en faisant une demande écrite à l'Assureur avant l'expiration d'un délai de 31 jours qui suit la date de l'événement, obtenir sans preuve d'assurabilité une police d'assurance vie individuelle permanente ou temporaire, sans garantie accessoire, d'un genre alors émis par l'Assureur dans ces circonstances.

Le droit de transformation ne peut être exercé qu'une fois pour une personne conjointe ou un enfant à charge en vertu du présent contrat.

7.3 Régime d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe de la personne retraitée

7.3.1 Montant de la prestation

Pourvu que ce régime soit en vigueur, le montant d'assurance vie additionnelle payable au décès de la personne conjointe assurée d'une personne adhérente qui s'est prévalu de cette option est de 1 ou 2 tranches de 10 000 \$, selon le nombre de tranches retenues.

7.3.2 Réduction de la prestation

Le montant d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe est réduit à 10 000 \$ lorsque la personne adhérente atteint l'âge de 65 ans.

7.4 Bénéficiaire

Toute personne adhérente peut désigner un bénéficiaire ou changer un bénéficiaire déjà désigné sur déclaration écrite et déposée au siège social de l'Assureur. L'Assureur n'est pas responsable de la validité de tout changement de bénéficiaire.

Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant la personne adhérente retournent à ce dernier. Si, au moment du décès de la personne adhérente, cette dernière n'a pas désigné de bénéficiaire par écrit, le montant d'assurance fait partie du patrimoine de la personne adhérente.

7.5 Paiement de l'assurance

Les prestations sont basées sur le montant d'assurance en vigueur au moment du décès de la personne adhérente ou de la personne conjointe assurée. Advenant le décès de la personne conjointe d'une personne adhérente, les prestations sont payables à la personne adhérente.

Le réclamant doit fournir les preuves requises par l'Assureur pour établir, outre les droits du réclamant, le décès de la personne assurée et sa cause, ainsi que l'exactitude de la date de naissance déclarée par la personne adhérente. Le paiement n'est effectué que si l'assurance est en vigueur à la date du décès.

7.6 Prolongation de l'assurance des personnes à charge à la suite du décès de la personne adhérente

Lors du décès d'une personne adhérente, la participation de la personne conjointe ou des enfants à charge au régime d'assurance qu'ils détiennent alors est maintenue en vigueur sans paiement de primes pour une période de 6 mois.

Après cette période de 6 mois, la personne conjointe ou les enfants à charge peuvent continuer leur participation aux régimes d'assurance vie qu'ils détiennent en payant la prime requise. Relativement à la protection additionnelle sur la vie de la personne conjointe, le taux d'assurance vie est alors établi en fonction de l'âge de la personne conjointe.

7.7 Fin de l'assurance

7.7.1 Le régime optionnel d'assurance vie des personnes retraitées de toute personne adhérente se termine à la première des dates suivantes :

7.7.1.1 La date de fin de contrat;

7.7.1.2 Dans le cas où la prime n'est pas payée, 31 jours après l'envoi d'un avis à cet effet par l'Assureur à la dernière adresse de la personne adhérente;

7.7.1.3 Le premier jour du mois suivant la date de la réception, par l'Assureur, de l'avis écrit d'une personne adhérente qui désire mettre fin à son assurance en vertu de ce régime ou la date de terminaison inscrite dans tel avis, laquelle est la plus éloignée.

7.7.2 Le régime d'assurance vie de base des personnes à charge de la personne retraitée se termine à la première des dates suivantes :

- 7.7.2.1 La date de la fin de l'assurance de la personne adhérente, sous réserve de l'article relatif à la prolongation de l'assurance des personnes à charge à la suite du décès de la personne adhérente;
- 7.7.2.2 La date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge, sous réserve de l'article relatif à la prolongation en cas de transformation;
- 7.7.2.3 Dans le cas où la prime n'est pas payée relativement aux personnes à charge, sous réserve des articles relatifs à la prolongation en cas de transformation et à la prolongation de la protection des personnes à charge à la suite du décès de la personne adhérente, 31 jours après l'envoi d'un avis à cet effet par l'Assureur à la dernière adresse de la personne adhérente;
- 7.7.2.4 La date de réception, par l'Assureur, de l'avis écrit d'une personne adhérente ou d'une personne à charge d'une personne adhérente décédée qui désire mettre fin à l'assurance en vertu de ce régime ou la date de terminaison inscrite dans tel avis, laquelle est la plus éloignée.

ARTICLE 8 - RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE TRAITEMENT EN CAS D'INVALIDITÉ PROLONGÉE

Sur réception et approbation, par l'Assureur, des preuves établissant qu'une personne adhérente, en vertu du présent contrat, est devenue invalide tel que défini aux présentes et après expiration du délai de carence, l'Assureur verse à cette personne adhérente une prestation mensuelle dont le montant est déterminé ci-après :

8.1 Période de prestations

La première prestation est payable à compter du 31^e jour suivant l'expiration du délai de carence et les versements suivants sont effectués mensuellement par la suite.

De plus, le droit aux prestations cesse à la première des éventualités suivantes :

- 8.1.1 la cessation de l'invalidité totale;
- 8.1.2 le défaut de produire les preuves de persistance de l'invalidité satisfaisantes à l'Assureur;
- 8.1.3 le refus de se soumettre à un examen médical tel que demandé par l'Assureur;
- 8.1.4 le décès de la personne adhérente;
- 8.1.5 l'exercice d'une occupation rémunératrice par la personne adhérente, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation.

8.2 Délai de carence

La dernière des deux dates suivantes :

- 8.2.1 six mois après la date du début de l'invalidité.
- 8.2.2 l'épuisement de la banque de congés de maladie accumulés de la personne adhérente lorsque possible en vertu des conditions de travail.

8.3 Montant des prestations

Le montant de la prestation est déterminé de la façon suivante :

8.3.1 Personne adhérente âgée de moins de 65 ans

8.3.1.1 Durant la période de prestations du régime d'assurance traitement de l'employeur :

La prestation payable par l'Assureur est le complément nécessaire pour atteindre 90 % du traitement net de la personne adhérente.

Le traitement servant de base de calcul à la prestation mensuelle de l'Assureur est le même que celui servant de base de calcul aux prestations d'assurance traitement de l'employeur.

8.3.1.2 Après la période de prestations du régime d'assurance traitement de l'employeur :

La prestation payable par l'Assureur est égale à 90 % du traitement net de la personne adhérente.

Le traitement servant de base de calcul à la prestation mensuelle de l'Assureur est le même que celui servant de base de calcul aux prestations d'assurance traitement de l'employeur.

8.3.1.3 Coordination des prestations :

Le montant des prestations mensuelles est réduit des montants suivants :

- a) tout montant net de rente, indemnité ou avantage payable par le RREGOP, le RRF, le RRE, le RRCE, le RRAPSC, le RREFQ, le RRPE, le Régime de rentes du Québec (rente d'invalidité ou de retraite seulement), la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, la Loi sur l'assurance automobile, la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels, la Loi visant à favoriser le civisme et toute autre loi;

La rente de retraite coordonnable est celle payable à la personne adhérente, sans réduction actuarielle, conformément au régime de retraite de l'employeur.

- b) toutes prestations nettes payables en vertu de toute politique de continuation de traitement ou de congés de maladie.

009800 – Le gouvernement du Québec

Contrat (version administrative) 1^{er} avril 2025

ARTICLE 8 – RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE TRAITEMENT
EN CAS D'INVALIDITÉ PROLONGÉE - 161

8.3.1.4 Demande de rentes, d'indemnités, d'avantages ou de prestations

À la demande de l'Assureur, la personne adhérente a l'obligation de présenter une demande de rente, d'indemnité, d'avantage ou de prestations aux organismes mentionnés à l'article relatif à la coordination des prestations. Le défaut de la personne adhérente de s'exécuter dans les 60 jours suivant une demande écrite de l'Assureur entraînera une estimation par l'Assureur de tels revenus et la coordination de ceux-ci à la prestation d'invalidité pendant la durée où la personne adhérente est en défaut.

Concernant le régime de retraite, l'Assureur pourra obliger la personne adhérente à présenter sa demande de rente de retraite auprès de son employeur si les trois conditions suivantes sont respectées :

- 1) l'Assureur conclut que la personne adhérente est complètement inapte à exercer tout emploi rémunérateur selon les dispositions prévues à la définition d'invalidité totale;
- 2) la personne adhérente est admissible à une rente de retraite sans réduction actuarielle en vertu du régime de retraite de son employeur;
- 3) la personne adhérente a bénéficié d'une période minimale de trois ans d'exonération de cotisation au régime de retraite de son employeur. En l'absence d'exonération de cotisation, l'obligation prend effet lors de la rupture du lien d'emploi de la personne adhérente. Pour la personne adhérente participant au RRAPSC, l'obligation prend effet lorsqu'elle atteint 32 années de service.

De plus, pour les fins de la coordination des prestations, une personne adhérente invalide qui a droit à des prestations d'invalidité du Régime de rentes du Québec et qui fait une demande de rente de retraite auprès de cet organisme est présumée recevoir, ou continuer de recevoir des prestations d'invalidité de ce régime auxquelles elle a droit jusqu'à la date maximale prévue par cet organisme, comme si elle n'avait pas demandé sa rente de retraite.

8.3.1.5 Aucune prestation n'est versée à la personne adhérente invalide qui a droit à une rente de retraite avant l'âge de 65 ans, dont le nombre d'années de service reconnu pour la détermination de sa rente est de 35 (32 pour le RRAPSC) et qui participe :

- a) au RREGOP, au RRE, au RRCE, au RRPE, au RRF ou au RRAPSC;

ou

b) au RREFQ et a atteint l'âge de 55 ans à la fin des prestations d'assurance traitement de l'employeur.

8.3.1.6 Dans le cas d'une personne adhérente invalide qui a demandé un remboursement total ou partiel de ses contributions en vertu de son régime de retraite ou qui s'est prévalu des dispositions légales lui permettant de recevoir un remboursement correspondant au montant le plus élevé entre la valeur actuarielle de sa rente de retraite et la valeur de ses cotisations accumulées avec intérêts versées à son régime de retraite, les prestations de l'Assureur sont déterminées comme si ce remboursement n'avait pas eu lieu.

8.3.2 Personne adhérente âgée de 65 ans ou plus

Pour la personne adhérente invalide qui, immédiatement avant l'âge de 65 ans, recevait des prestations en assurance invalidité, l'Assureur s'engage à lui verser, à compter de l'âge de 65 ans et jusqu'à la date de son décès, des prestations déterminées selon la formule suivante :

$[(TM_5 * 2 \% * A * 1,03^n) - (MGAM_5 * 0,7 \% * A_1 * 1,03^n) - R] * 0,55$ où :

TM_5 = Le traitement moyen de la personne adhérente invalide qui a servi de base au calcul de la rente de retraite en vertu du RREGOP, RRF, RRE, RRCE, RRAPSC, RREFQ ou RRPE.

A = La somme des années de service de la personne adhérente invalide reconnues en vertu du RREGOP, RRF, RRE, RRCE, RRAPSC, RREFQ ou RRPE pour fins de calcul de la pension, incluant les années donnant droit à un crédit de rente en pourcentage du traitement final moyen, et qui auraient été reconnues n'eût été de l'invalidité de la personne adhérente sans toutefois excéder 35 années (32 années pour le RRAPSC). Cependant, les années de service donnant droit à un crédit de rente en montant fixe ne sont pas considérées aux fins du calcul de la valeur de « A ».

A_1 = Années de service tel que défini pour « A » mais effectuées après le 1^{er} janvier 1966.

n = Le nombre de mois complets entre la date du 65^e anniversaire de naissance de la personne adhérente invalide et la date de fin de l'exonération des cotisations au régime de retraite, le tout divisé par 12.

$MGAM_5$ = Le moindre de TM_5 et du maximum des gains admissibles moyen qui a servi de base au calcul de la rente de retraite en vertu du RREGOP, RRF, RRE, RRCE, RRAPSC, RREFQ ou RRPE.

R = La rente de retraite payable à la personne adhérente invalide avant le partage du patrimoine, le cas échéant, lorsqu'elle a atteint l'âge de 65 ans en vertu du RREGOP, RRF, RRE, RRCE, RRAPSC, RREFQ ou RRPE, excluant les crédits de rente en montant fixe.

0,55 = Cette réduction est appliquée étant donné que la prestation d'assurance invalidité versée est non imposable alors que la rente de retraite est imposable.

Si la personne adhérente invalide a demandé un remboursement total de ses contributions en vertu de son régime de retraite, les valeurs « A » et « A1 » sont déterminées seulement en considérant les années postérieures à la fin des prestations d'assurance traitement de l'employeur.

Dans le cas d'une personne adhérente employée invalide qui a demandé un remboursement total ou partiel de ses contributions en vertu de son régime de retraite ou qui s'est prévalu des dispositions légales lui permettant de recevoir un remboursement correspondant au montant le plus élevé entre la valeur actuarielle de sa rente de retraite et la valeur de ses cotisations accumulées avec intérêts versées à son régime de retraite, les prestations de l'Assureur sont déterminées comme si ce remboursement n'avait pas eu lieu.

8.4 Dispositions particulières

8.4.1 Personne employée occasionnelle

Le délai de carence et la période de prestations pour une personne employée occasionnelle admissible sont déterminés de la même façon que pour tout autre personne employée, à l'exception des particularités suivantes qui s'appliquent :

8.4.1.1 La prestation mensuelle de l'Assureur est établie comme si l'employeur avait versé des prestations d'assurance traitement durant les deux premières années d'invalidité.

8.4.1.2 La rente de remplacement après l'âge de 65 ans est calculée comme si la personne employée occasionnelle avait été une personne employée permanente, en simulant au besoin la participation au régime de retraite durant les deux premières années d'invalidité.

8.4.2 Personne employée temporaire congédiée

Les modalités décrivant le calcul de la prestation mensuelle versée par l'Assureur s'appliquent également à une personne employée temporaire invalide qui est congédiée, à l'exception des particularités suivantes qui s'appliquent :

- 8.4.2.1 Si, au cours de sa première année à titre temporaire, une personne employée devient invalide et est congédiée, seules les rentes mensuelles durant les périodes prévues au régime d'assurance traitement de l'employeur sont payables. Les montants des rentes mensuelles prévues sont déterminés en considérant les prestations prévues aux conditions de travail en vigueur le 30 juin 2003 et applicables aux personnes employées visées par le présent régime, qu'elles soient versées ou non.
- 8.4.2.2 Si, au cours de sa deuxième année à titre temporaire, une personne employée devient invalide et est congédiée, les mêmes dispositions que pour une personne employée permanente s'appliquent, étant précisé que les prestations prévues aux conditions de travail en vigueur le 30 juin 2003 et applicables aux personnes employées visées par le présent régime sont prises en considération, qu'elles soient versées ou non.

8.5 Indexation

Pendant et aussi longtemps que la personne adhérente est invalide, le montant de la prestation mensuelle est ajusté annuellement au 1^{er} janvier selon les mêmes modalités que celles qui s'appliquent aux rentes payables en vertu du Régime de rentes du Québec. Cependant, l'ajustement annuel pour les fins de ce contrat est limité à 4 %.

8.6 Exclusions et réduction du régime

Aucune prestation n'est payable en vertu du présent régime :

- 8.6.1 Si l'invalidité totale survient dans les cas suivants :
 - 8.6.1.1 Période pendant laquelle la personne adhérente 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.
 - 8.6.1.2 En raison d'une guerre déclarée ou non ou de sa participation active à une émeute ou à une insurrection réelle ou appréhendée, sauf lors de l'accomplissement de son travail régulier.

- 8.6.1.3 En raison d'une tentative de suicide, d'une blessure ou d'une mutilation, que la personne adhérente s'est infligée ou s'est fait infliger intentionnellement, qu'elle soit saine d'esprit ou non.
- 8.6.1.4 Lors de sa participation à un acte criminel ou réputé tel.
- 8.6.1.5 En raison d'alcoolisme ou toxicomanie. Toutefois, l'alcoolisme et la toxicomanie sont considérés comme une maladie dans la mesure où la personne adhérente, qui en est atteinte, est traitée médicalement en vue de sa réhabilitation selon les normes généralement reconnues. La personne adhérente qui a reçu ainsi des traitements en vue de sa réhabilitation et qui demeure avec une incapacité physique ou mentale reliée à l'alcoolisme ou à la toxicomanie la rendant invalide, a droit aux prestations d'invalidité et à la condition qu'elle continue, s'il y a lieu médicalement, ses traitements de réhabilitation.
- 8.6.1.6 Pour une condition survenue alors que la personne adhérente est en service actif dans les forces armées.
- 8.6.1.7 Résultant de traitements esthétiques.
- 8.6.1.8 Période pendant laquelle la personne adhérente occupe une fonction ou fait un travail pouvant lui rapporter un salaire ou un profit quelconque, sauf pour ce qui est prévu à l'article relatif à la réadaptation.
- 8.6.1.9 En raison de tout vol à bord de tout type d'aéronef, en tant que membre de l'équipage, de toutes fonctions en rapport avec ce vol, que ces fonctions entrent ou non dans le cadre de la conduite de l'aéronef, sauf dans l'exercice des fonctions de travail d'une personne adhérente.
- 8.6.2 À l'égard d'une invalidité totale attribuable à une grossesse et relative à une des périodes suivantes :
 - 8.6.2.1 Congé de maternité pris conformément à une loi provinciale ou fédérale ou un congé de maternité accordé par l'employeur; ledit congé est réputé débiter à la date prévue du départ ou la date de l'accouchement, selon la première éventualité.
 - 8.6.2.2 Période pendant laquelle la personne adhérente reçoit des prestations de maternité en vertu de la Loi sur l'assurance emploi ou de la Loi sur l'assurance parentale.
- 8.6.3 Pour toute période d'invalidité totale au cours de laquelle la personne adhérente ne reçoit pas les soins d'un médecin, d'un spécialiste en psychiatrie ou d'un autre professionnel de la santé tel que requis par sa condition, à moins que selon l'avis de l'Assureur, sa condition soit stabilisée et ne requiert plus de tels soins.

8.7 Réadaptation

8.7.1 La personne adhérente qui participe à un programme de réadaptation de l'Assureur a droit à la rente mensuelle de réadaptation décrite ci-dessous. Le paiement de cette rente prend fin dès :

- a) l'expiration d'une période de 24 mois après le début du programme de réadaptation ou;
- b) l'interruption du programme de réadaptation ou;
- c) le retrait par l'Assureur de l'approbation du programme de réadaptation.

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

8.7.3 Si le revenu de la personne adhérente provenant de la rente de réadaptation et de la rémunération du travail accompli au cours du programme de réadaptation excède 100 % du traitement net de base mensuel perçu de son employeur au début du délai de carence, la rente mensuelle de réadaptation est réduite de l'excédent.

8.8 Exonération des primes en cas d'invalidité totale

Si une personne adhérente est atteinte d'invalidité totale avant l'âge de 65 ans, l'Assureur renonce au paiement de toute prime à son égard dès que la personne adhérente a droit aux prestations d'assurance traitement prévues à ses conditions de travail pour la période donnant droit à ces prestations d'assurance traitement. Après cette période, l'exonération des primes s'applique lorsque l'invalidité donne droit à des prestations en vertu du présent régime.

Cependant, si l'invalidité totale est reconnue par la Loi sur l'assurance automobile du Québec ou par la Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles, l'exonération des primes débute à compter de la date du début de l'invalidité.

8.9 Fin de l'assurance

Le régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée de toute personne adhérente se termine à la première des dates suivantes :

- 8.9.1 Le dernier jour de la période de paie durant laquelle survient la fin du contrat ou du régime, sous réserve du Règlement d'application de la Loi sur les assurances.
- 8.9.2 Le dernier jour de la période de paie durant laquelle la personne adhérente termine son emploi pour une autre raison que la retraite, sous réserve de l'article relatif à l'exonération des primes en cas d'invalidité totale.
- 8.9.3 La date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée, sous réserve de l'article relatif à l'exonération des primes en cas d'invalidité totale.
- 8.9.4 La première période de paie suivant la date de réception, par l'employeur, du formulaire permettant à la personne employée d'exercer son droit de renonciation mettant fin à ce régime, sous réserve des conditions stipulées à l'article relatif à la participation au régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée.
- 8.9.5 Le dernier jour de la période de paie durant laquelle la personne adhérente prend sa retraite. Toutefois, la personne adhérente qui prend sa retraite pour cause d'invalidité demeure assurée jusqu'à la fin de la période d'exonération des primes.
- 8.9.6 À compter de l'âge de 64 ½ ans ou à compter de la date de signature d'une entente de participation à un programme de départ assisté qui consiste en un congé avec solde à temps plein précédant la retraite ou un congé de préretraite totale conduisant à la retraite.
- 8.9.7 À la date de mise à pied pour une personne employée temporaire.

8.10 Supplément aux prestations d'assurance emploi ou de l'assurance parentale en raison de grossesse

Lorsqu'une personne adhérente autrement admissible à des prestations est visée par l'exclusion à l'égard d'une invalidité totale attribuable à une grossesse prévue dans le cadre du présent régime et qu'elle reçoit des prestations d'assurance emploi ou de l'assurance parentale en raison de grossesse, l'Assureur verse un supplément calculé comme étant la différence entre le montant des prestations d'assurance emploi ou de l'assurance parentale et le montant auquel elle aurait droit si l'exclusion précitée ne s'était pas appliquée.

ARTICLE 9 - TAUX DE PRIME - PAIEMENT DES PRIMES - DÉLAI DE GRÂCE

9.1 Taux de prime

Veuillez vous référer au *Sommaire des garanties*.

9.2 Modification des taux de prime

L'Assureur peut modifier les taux de prime à la fin de la première période contractuelle ou en tout temps par la suite. Toutefois, en cas d'augmentation, l'Assureur doit indiquer par écrit au Preneur les nouveaux taux au moins 120 jours à l'avance et aucune augmentation ne peut s'appliquer moins de 12 mois après l'augmentation précédente à moins que les régimes ne soient modifiés.

De plus, l'Assureur peut modifier les taux de primes en tout temps s'il survient une modification importante, de l'avis de l'Assureur, dans le nombre de personnes adhérentes (plus de 25 %), dans la catégorie des personnes employées admissibles ou dans la nature du risque couvert, et ce, à compter de la date d'entrée en vigueur de la modification.

9.3 Changement de politique gouvernementale

Si le gouvernement fédéral ou provincial adopte ou modifie des lois ou des règlements ou tout autre élément qui pourraient influencer la tarification de l'Assureur, celui-ci se réserve le droit d'ajuster les taux de prime et les conditions de rétention pour les régimes concernés, et ce, à compter de la date d'entrée en vigueur de l'adoption ou de la modification de ladite loi ou dudit règlement ou dudit élément, après entente avec le Preneur.

Entre-temps, le contrat continue de s'appliquer comme s'il n'y avait pas eu de changement jusqu'à ce qu'une entente intervienne entre le Preneur et l'Assureur.

9.4 Paiement des primes

Les primes sont payables d'avance à l'Assureur, la première lors de la date d'entrée en vigueur et chaque prime subséquente le premier jour de chaque période de 28 jours.

Pour les personnes employées qui deviennent personnes adhérentes à une date autre que le premier jour d'une période de paie, aucune prime n'est payable pour la période comprise entre cette date et le premier jour de la période de paie suivante. Le même principe s'applique dans le cas d'une variation dans la prime par suite de modifications des prestations. La prime complète est payable pour la période de paie au cours de laquelle la personne adhérente cesse d'être assurée.

La prime par période de paie est établie selon le taux de prime et le volume d'assurance (ou de traitement annuel) qui est applicable à la personne adhérente au premier jour de ladite période.

9.5 **Délai de grâce**

L'Assureur accorde au Preneur un délai de 45 jours suivant la date de début de facturation. Des intérêts, tels que définis ci-dessous, sont ajoutés advenant le paiement des primes après ce délai.

Le taux d'intérêt est égal au taux moyen de rendement sur les bons du Trésor d'une durée de 3 mois, tel que déclaré au début de la période à laquelle il se rapporte, arrondi au multiple de 1/4 de 1 % qui précède ou coïncide avec ce taux.

ARTICLE 10 - RÉSILIATION DU PRÉSENT CONTRAT

10.1 Non-paiement de la prime

À défaut du paiement d'une prime avant l'expiration du délai de grâce, l'Assureur se réserve le droit de résilier ce contrat à compter de la date d'échéance de la prime impayée.

10.2 Préavis

L'Assureur peut résilier ce contrat à toute date de renouvellement en donnant par courrier recommandé au Preneur du contrat un préavis d'au moins 120 jours. Le Preneur du contrat peut résilier ce contrat en tout temps en donnant par courrier recommandé à l'Assureur un préavis d'au moins 30 jours. À défaut de tel préavis du Preneur ou de l'Assureur, le présent contrat se renouvelle automatiquement à chacune de ses échéances.

10.3 Faillite

La faillite du Preneur met fin immédiatement au contrat et libère l'Assureur de toute obligation aux termes des présentes à compter de la date de la faillite.

10.4 Pourcentage d'adhésion

Le Preneur et l'Assureur conviennent de réévaluer le régime d'assurance en tout temps, si le pourcentage de participation réel est inférieur au pourcentage de participation minimum décrit ci-dessous :

Régime optionnel d'assurance vie des personnes employées et régime optionnel d'assurance vie des personnes retraitées : 50 %.

ARTICLE 11 - MODIFICATION AU CONTRAT

Le Preneur peut en tout temps, après entente avec l'Assureur, apporter des modifications au contrat concernant les catégories de personnes admissibles, l'étendue des protections et le partage des coûts entre les catégories de personnes assurées. De telles modifications peuvent alors s'appliquer à toutes les personnes assurées, qu'elles soient actives, invalides ou retraitées.

ARTICLE 12 - STIPULATIONS DIVERSES

- 12.1 Tout avis ou préavis donné par l'Assureur au Preneur est suffisant si l'Assureur l'envoie par la poste au Preneur à son adresse telle qu'elle figure dans les dossiers de l'Assureur. Tout avis ou préavis donné par le Preneur du contrat est suffisant s'il l'envoie par la poste à l'Assureur à l'adresse de son siège social à Québec (Québec). Aucun représentant en assurance et aucun représentant de l'Assureur n'est autorisé à apporter des modifications au présent contrat ou à rayer une quelconque de ces dispositions. Toute modification doit être approuvée par écrit par l'Assureur.
- 12.2 Toute action en justice au sujet d'une demande de prestations en vertu de ce contrat peut être intentée contre l'Assureur, pourvu qu'elle soit faite dans les 36 mois suivant le moment où le droit d'action prend naissance, mais pas avant un délai de 60 jours après que la preuve de perte et les rapports, documents ou informations éventuellement exigés par l'Assureur n'aient été produits à ce dernier.
- 12.3 La personne adhérente subroge l'Assureur dans tous ses droits contre l'auteur du dommage ayant entraîné ouverture aux versements de prestations en vertu du présent contrat, et ce, jusqu'à concurrence des sommes versées par l'Assureur à la personne adhérente.
- 12.4 Pour les fins d'administration du présent contrat, toutes les personnes assurées sont présumées couvertes par le régime public d'assurance maladie de leur province de résidence. Les prestations payables en vertu de la garantie d'assurance maladie sont par conséquent réduites de toute prestation payable par un tel régime, que la personne assurée en ait fait la demande ou non.
- 12.5 Toute erreur ou omission affectant le montant de prime est corrigée sitôt découverte et un ajustement de prime est effectué. Cependant, si une erreur ou omission affecte l'existence de l'assurance ou affecte le montant d'assurance en vigueur, les faits véritables sont alors utilisés pour déterminer si l'assurance est en vigueur et pour établir le montant d'assurance en vigueur conformément aux termes du présent contrat.
- Aucune erreur de la part du Preneur ou de la part de l'Assureur dans la tenue des registres concernant l'assurance, ni aucun délai dans la compilation de tels registres ne peut invalider l'assurance en vigueur conformément aux articles du présent contrat ou ne peut continuer l'assurance terminée conformément aux articles du présent contrat.
- 12.6 Tout paiement au présent contrat est effectué en monnaie légale ayant cours au Canada, au siège social de l'Assureur.

- 12.7 Le Preneur est tenu de fournir à l'Assureur pendant la durée du présent contrat, tout renseignement que l'Assureur peut lui demander pour l'application du présent contrat.
- 12.8 Le Preneur doit permettre à l'Assureur d'examiner ses registres de paies et autres dossiers concernant ses personnes employées et qui pourraient concerner l'adhésion et l'admissibilité au présent contrat des personnes employées et de personnes à charge admissibles.
- 12.9 Ajustement rétroactif des salaires
- Advenant l'ajustement rétroactif des salaires d'un groupe de personnes adhérentes, l'Assureur peut accepter d'ajuster rétroactivement les prestations d'assurance dont le montant est affecté par ce changement, le tout tel que décrit à l'article relatif à la modification des prestations.
- En contrepartie des ajustements rétroactifs des prestations, les primes doivent être perçues sur les ajustements rétroactifs de salaire.
- De plus, selon l'ampleur des travaux nécessaires et après entente avec le Preneur, l'Assureur peut facturer des frais raisonnables en compensation du travail effectué.
- 12.10 Les droits des personnes assurées en vertu de ce contrat sont incessibles et insaisissables et aucune cession par une personne assurée soit du droit aux prestations ou du droit au paiement d'une prestation en vertu de ce contrat ne liera l'Assureur.
- 12.11 Les droits aux prestations d'une personne assurée cessent automatiquement si telle personne assurée tente d'obtenir ou aide toute personne à obtenir ou à essayer d'obtenir par fraude, toute prestation en vertu de ce contrat et l'Assureur sera immédiatement dégagé de toute responsabilité quant aux frais autrement admissibles subis après la date de cessation desdits droits.
- 12.12 La nullité de l'une des clauses ou la partie d'une clause du présent contrat n'entraînera pas la nullité complète de tout le contrat, mais seulement la nullité de la clause ou de la partie de la clause concernée.
- 12.13 L'emploi de titres, de paragraphes, d'articles et d'alinéas ne sont qu'à titre indicatif et pour fins de référence et en aucun cas ne peuvent être interprétés comme restreignant le droit des parties, dans l'interprétation du présent contrat, ce dernier devant toujours s'interpréter dans son ensemble et comme une entité.

12.14 Les stipulations de ce contrat prévalent et ont préséance sur toute stipulation d'une convention collective de travail en vigueur chez l'employeur. En cas de contradiction entre les stipulations de la convention collective de travail et celles du contrat collectif d'assurance, les stipulations de la convention collective sont réputées inexistantes et inopposables à l'Assureur.

12.15 Toute personne détenant un permis de représentant en assurance collective, à l'exception des employés de l'Assureur, qui a participé à la conclusion de ce contrat est réputée être la mandataire du Preneur.

12.16 Pour l'interprétation du présent contrat, la forme masculine utilisée désigne tant le féminin que le masculin.

12.17 Régime optionnel d'assurance vie

L'échéance ou l'annulation d'une des protections prévues au présent contrat n'est opposable à aucune demande de prestations fondée sur un événement survenu alors que le présent contrat était en vigueur ou sur un décès consécutif à une invalidité survenue alors que le présent contrat était en vigueur.

12.18 Régime obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée

L'échéance ou l'annulation de la garantie d'assurance traitement prévue au présent contrat n'est opposable à aucune demande de prestations fondée sur une invalidité totale survenue avant l'échéance ou l'annulation et l'Assureur demeure tenu d'indemniser la personne adhérente de la perte de salaire lorsque l'invalidité subsiste après l'expiration du présent contrat.

ARTICLE 13 - LE CONTRAT

Le présent contrat, les avenants, le cahier des charges, la soumission de l'Assureur, les ententes intervenues entre-temps, les demandes d'adhésion des personnes adhérentes et les preuves d'assurabilité requises, le cas échéant, constituent le contrat tout entier entre les parties contractantes. En cas de contradiction, les termes et dispositions du présent contrat prévalent sur le cahier des charges et les documents d'appel d'offre et sur tout document ou dépliant explicatif remis aux personnes assurées.

ANNEXE – PERSONNES EMPLOYÉES IMPATRIÉES

FAISANT PARTIE INTÉGRANTE DU CONTRAT 009800

LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

Cette annexe doit s'interpréter en complémentarité avec les informations prévues au contrat, selon les régimes d'assurance retenus pour chaque classe de personnes employées admissibles et selon les régimes d'assurance choisis par la personne employée impatriée.

L'Assureur accepte exceptionnellement de couvrir les personnes employées impatriées désignées par le Preneur, et ce, aux conditions suivantes :

1. Définitions

Les définitions suivantes s'appliquent spécifiquement à la présente annexe, en plus des autres définitions prévues au contrat.

- a) **Personne employée impatriée** : personne désignée par le Preneur, habitant au Canada, et dont le lieu de travail habituel se situe au Canada. Cette personne, bien qu'elle ne soit pas résidente du Canada et qu'elle ne soit pas admissible au régime public d'assurance maladie de sa province de résidence, satisfait cependant à la définition de personne employée et aux autres conditions d'admissibilité prévues au contrat.
- b) **Personne à charge de la personne employée impatriée** : personne conjointe ou enfant à charge d'une personne employée impatriée habitant au Canada. Cette personne, bien qu'elle ne soit pas résidente du Canada et qu'elle ne soit pas admissible au régime public d'assurance maladie de sa province de résidence, satisfait cependant à la définition de personne conjointe ou d'enfant à charge et aux autres conditions d'admissibilité prévues au contrat.

- 2. La personne employée impatriée et ses personnes à charge sont admissibles à tous les régimes d'assurance prévus au contrat pour la classe de personnes employées admissibles à laquelle appartient la personne employée impatriée.
- 3. Les dispositions applicables aux régimes auxquels la personne employée impatriée et ses personnes à charge sont admissibles sont les mêmes que celles prévues au contrat, à moins d'indication contraire dans cette annexe.

4. Les frais admissibles sont ceux prévus au contrat. Ainsi, les frais qui auraient été payables par tout régime public d'assurance maladie de la province où habite la personne employée impatriée ne sont pas admissibles. Par conséquent, les dispositions de coordination des prestations prévues aux termes du contrat s'appliquent.

Nonobstant ce qui précède, et pour la protection d'assurance voyage uniquement, les frais qui auraient été payables par tout régime public d'assurance maladie de la province où habite la personne employée impatriée sont admissibles. Toutes les autres dispositions de coordination des prestations relatives à l'assurance voyage prévues aux termes du contrat s'appliquent.

5. Aux fins d'application de la définition de « voyage » prévue dans le cadre des protections d'assurance voyage et annulation de voyage, il est entendu qu'un voyage débute à la date du départ de la personne assurée du lieu où elle habite au Canada et se termine à la date du retour de la personne assurée à ce même lieu de résidence au Canada.
6. Pour la protection d'assurance voyage, le remboursement des frais admissibles est limité à un maximum global de 1 000 000 \$ viager, par personne assurée, et ce, peu importe l'âge de la personne assurée couverte et le régime choisi par la personne employée impatriée.
7. Aux fins d'application de la protection d'assurance voyage, et plus particulièrement des dispositions relatives au rapatriement de la personne assurée et à la préparation et retour de la dépouille de la personne assurée, les expressions « résidence », « lieu de résidence », « domicile » et « province de résidence » font référence au lieu de résidence permanente de la personne employée impatriée à l'extérieur du Canada.

Toutefois, s'il est prouvé, à la satisfaction de l'Assureur, qu'une situation rend impossible le rapatriement de la personne assurée ou de la dépouille de la personne assurée au lieu de résidence permanente de la personne employée impatriée, les expressions « résidence », « lieu de résidence », « domicile » et « province de résidence » peuvent alors faire référence au lieu où habite la personne employée impatriée au Canada, le tout sous réserve de l'autorisation préalable de l'Assisteur.

8. Aux fins d'application de la disposition relative au retour du véhicule prévue dans le cadre de la protection d'assurance voyage, l'expression « résidence » fait référence au lieu où habite la personne employée impatriée au Canada.
9. En cas d'invalidité totale reconnue par l'Assureur et survenant en cours d'assurance selon les dispositions de la présente annexe, la personne employée impatriée a l'obligation de communiquer avec l'Assureur afin de l'aviser de tout séjour à l'extérieur du Canada. En effet, aux fins d'application de l'exonération des primes ou de tout régime d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée, tout séjour à l'extérieur du Canada doit préalablement être approuvé par l'Assureur.

10. En cas d'invalidité totale reconnue par l'Assureur et survenant en cours d'assurance selon les dispositions de la présente annexe, la personne employée impatriée est admissible à recevoir des prestations d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée et à voir sa participation à tout régime soumis à l'exonération des primes maintenue sans paiement de primes. Cependant, le paiement des prestations et l'exonération des primes prennent fin à la première des dates suivantes, si ces dates sont antérieures aux dates de fin du versement des prestations et de fin de l'exonération des primes prévues au contrat :
 - a) la date à laquelle la personne employée impatriée atteint l'âge de 65 ans;
 - b) la date à laquelle la personne employée impatriée effectue un séjour à l'extérieur du Canada qui n'a pas été préalablement approuvé par l'Assureur;
 - c) la date à laquelle la personne employée impatriée effectue un séjour de plus de 4 semaines à l'extérieur du Canada;
 - d) la date à laquelle les dispositions de la présente annexe prennent fin;
 - e) la date à laquelle la personne employée impatriée cesse d'habiter au Canada;
 - f) la date à laquelle la personne employée impatriée cesse de recevoir des soins médicaux au Canada pour l'invalidité en cause.
11. Les primes payables pour les régimes d'assurance sont les mêmes que celles qui sont prévues au contrat.
12. La protection de la personne employée impatriée et de ses personnes à charge se termine à la date suivante, si cette date est antérieure aux dates de fin de l'assurance prévues au contrat :
 - a) la date à laquelle la personne employée impatriée atteint l'âge de 65 ans.
13. Les dispositions de la présente annexe prennent fin à la première des dates suivantes, si ces dates sont antérieures aux dates de fin de l'assurance prévues au contrat :
 - a) la date de fin du contrat de travail liant la personne employée impatriée au Preneur;
 - b) la date à laquelle le Preneur met fin aux dispositions de la présente annexe.