



Contrat d'assurance collective 001011

Version administrative
au 1^{er} janvier 2025

A large, stylized wavy line that spans the width of the page, starting with a light blue segment on the left and transitioning into a purple segment on the right.

beneva

Le présent document constitue une version préparée par La Capitale 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 La Capitale.

CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE

NUMÉRO **001011**

LA CAPITALE ASSUREUR DE L'ADMINISTRATION PUBLIQUE INC.

Ci-après appelée l'Assureur

Établit le contrat n° 001011 (ci-après appelé le contrat) à l'intention des personnes adhérentes membres de l' :

ASSOCIATION DES RETRAITÉES ET RETRAITÉS DE L'ENSEIGNEMENT DE LA FNEEQ (AREF)

Ci-après appelée le Preneur

L'ASSUREUR S'ENGAGE, moyennant le paiement des primes stipulées, au fur et à mesure de leur échéance et subordonné 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 et faire l'objet d'un avenant signé par les représentants autorisés des deux parties.

Entrée en vigueur : le présent contrat entre en vigueur le 1^{er} janvier 2025.

Ce contrat constitue une refonte du contrat entré en vigueur le 1^{er} juin 2018 et des contrats, contrats refondus, ententes et avenants émis subséquentement. 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 les deux dates de renouvellement.

Date de renouvellement : le 1^{er} janvier 2026 et le 1^{er} janvier de chaque année subséquente.

Heure de prise d'effet : toute assurance prend effet, est modifiée ou se termine à 0 h 01 minute au siège social de l'Assureur à la date où un des événements prévus au contrat se produit.

001011 - Association des retraitées et retraités de l'enseignement de la FNEEQ (AREF)

Contrat (version administrative) 1^{er} janvier 2025

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE DES GARANTIES	1
ARTICLE 1 - DÉFINITIONS.....	1
ARTICLE 2 - CONDITIONS D'ASSURANCE	6
2.1 Admissibilité	6
2.2 Adhésion.....	7
2.3 Date d'entrée en vigueur de l'assurance.....	9
2.4 Dispositions de transition.....	9
ARTICLE 3 - GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE	11
3.1 Assurance maladie	11
3.2 Assurance voyage	19
3.3 Exclusions et réductions de la garantie d'assurance maladie	35
3.4 Demande de prestation	35
3.5 Renseignements	36
3.6 Prolongation de la protection des personnes à charge à la suite du décès de la personne adhérente	36
3.7 Protection des personnes à charge à la suite d'un divorce, séparation de fait depuis au moins 90 jours ou dissolution de l'union civile de la personne adhérente.....	36
3.8 Modalité de paiement	36
3.9 Fin de l'assurance	36
3.10 Droit de transformation	38
ARTICLE 4 - GARANTIES D'ASSURANCE VIE	39
4.1 Garantie d'assurance vie de base de la personne adhérente	39

001011 - Association des retraitées et retraités de l'enseignement de la FNEEQ (AREF)

Contrat (version administrative) 1^{er} janvier 2025

4.2	Garantie d'assurance vie de base des personnes à charge.....	39
4.3	Garantie d'assurance vie additionnelle de la personne adhérente	39
4.4	Garantie d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe.....	39
4.5	Bénéficiaire	40
4.6	Paiement de l'assurance	40
4.7	Prolongation de la protection des personnes à charge à la suite du décès de la personne adhérente	40
4.8	Fin de l'assurance	41
4.9	Droit de transformation	42
ARTICLE 5 - TAUX DE PRIME - PAIEMENT DES PRIMES - DÉLAI DE GRÂCE		44
5.1	Taux de prime mensuels	44
5.2	Changement de politique gouvernementale	44
5.3	Paiement des primes.....	44
5.4	Délai de grâce	44
ARTICLE 6 - RÉSILIATION DU CONTRAT.....		45
ARTICLE 7 - MODIFICATION AU CONTRAT		46
ARTICLE 8 - STIPULATIONS DIVERSES		47
ARTICLE 9 - EFFET DU CONTRAT.....		49

SOMMAIRE DES GARANTIES

Ce tableau sommaire décrit brièvement les garanties du contrat d'assurance collective de la personne adhérente. La description complète des garanties apparaît dans les pages suivantes.

Garantie d'assurance vie de base de la personne adhérente	
Personne retraitée âgée de moins de 65 ans	1 fois le salaire annuel au moment de la date de la retraite, le montant arrondi aux 500 \$ les plus près
Personne retraitée âgée de 65 ans ou plus	10 000 \$
Droit de transformation	60 jours
Fin de l'assurance	À la date du décès de la personne adhérente
Seules les personnes retraitées admissibles avant le 1 ^{er} juillet 2022 et âgées de 65 ans ou plus peuvent avoir un montant de protection moindre égal à 5 000 \$	
Garantie d'assurance vie de base des personnes à charge	
Personne conjointe âgée de moins de 65 ans	10 000 \$
Personne conjointe âgée de 65 ans ou plus	5 000 \$
Enfant à charge	5 000 \$
Prolongation de la protection des personnes à charge à la suite du décès de la personne adhérente	90 jours suivant immédiatement le décès de la personne adhérente
Droit de transformation	60 jours
Fin de l'assurance	À la date du décès de la personne adhérente

Garantie d'assurance vie additionnelle de la personne adhérente

Protection	- Personne retraitée âgée de moins de 70 ans : 1 à 15 tranches de 5 000 \$; - Personne retraitée âgée de 70 ans ou plus : 1 à 8 tranches de 5 000 \$.
Droit de transformation	- 60 jours
Fin de l'assurance	- À la date du décès de la personne adhérente

Garantie d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe**

Protection	- Personne conjointe âgée de moins de 70 ans : 1 à 15 tranches de 5 000 \$; - Personne conjointe âgée de 70 ans ou plus : 1 à 8 tranches de 5 000 \$.
Droit de transformation	60 jours
Fin de l'assurance	À la date du décès de la personne adhérente

**Seules les personnes retraitées admissibles à compter du 1^{er} juillet 2022 peuvent se prévaloir de cette garantie pour leurs personnes conjointes.

Garantie d'assurance maladie

Les soins, services et fournitures suivis d'un astérisque (*) nécessitent une ordonnance médicale. Les maximums indiqués sont par personne assurée, à moins d'indication contraire.

Service de paiement automatisé	Direct				
Franchise annuelle	Aucune				
Frais remboursés à 100 %					
Hospitalisation	Chambre à deux lits				
Soins prolongés	Chambre à deux lits, maximum de 180 jours par année civile				
Assurance et assistance voyage	<table> <tr> <th>Option 1</th><th>Option 2</th></tr> <tr> <td>Durée de la protection : 60 premiers jours, par voyage. Ce choix est irrévocable.</td><td>Durée de la protection : selon la même période de protection que le régime public d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée, soit 182 jours, par voyage.</td></tr> </table>	Option 1	Option 2	Durée de la protection : 60 premiers jours, par voyage. Ce choix est irrévocable.	Durée de la protection : selon la même période de protection que le régime public d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée, soit 182 jours, par voyage.
Option 1	Option 2				
Durée de la protection : 60 premiers jours, par voyage. Ce choix est irrévocable.	Durée de la protection : selon la même période de protection que le régime public d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée, soit 182 jours, par voyage.				
	Maximum viager, par personne assurée : 2 000 000 \$				
Assurance annulation de voyage	Maximum par voyage : 5 000 \$				
Frais de médicaments*					
Remboursement	Selon le pourcentage de remboursement du Régime général d'assurance médicaments du Québec (RGAM) des premiers 2 400 \$ de frais admissibles, par année civile pour la personne adhérente et ses personnes à charge. L'excédent de 2 400 \$ est remboursé à 100 %. Maximum de remboursement de 100 000 \$ par année civile, par personne assurée				
Clause	Régulière (excluant les médicaments admissibles par le Régime général d'assurance médicaments du Québec)				

Autres frais admissibles (incluant les professionnels de la santé)	
Remboursement	80 %
Les maximums décrits ci-dessous sont des maximums de remboursement, à moins d'indication contraire, par personne assurée.	
Ambulance	Frais raisonnables et habituels
Appareil destiné au contrôle du diabète * (glucomètre, dextromètre ou tout autre appareil du même genre pour une personne assurée insulino-dépendante)	200 \$ par période de 60 mois consécutifs, par personne assurée
Appareil temporo-mandibulaire *	Couvert
Bas de soutien	6 paires par année civile, par personne assurée
Centre de réadaptation	Chambre à deux lits, maximum admissible de 75 \$ par jour et de 15 jours par hospitalisation, par personne assurée
Chaussures correctrices (profondes) *	150 \$ par paire, 2 paires par année civile, par personne assurée
Chaussures orthopédiques (sur mesure) *	Franchise de 20 \$ par paire, maximum de 2 paires par année civile, par personne assurée
Clinique privée pour alcoolisme, toxicomanie et jeu compulsif (excluant le tabagisme)	3 500 \$ par année civile, maximum viager de 2 cures, par personne assurée
Couches pour incontinence *	Maximum admissible de 500 \$ par année civile, par personne assurée
Fauteuil roulant *, poumon d'acier * ou autre équipement thérapeutique *	Frais raisonnables et habituels
Fournitures et accessoires pour pompe à insuline *	Maximum admissible de 4 000 \$ par année civile, par personne assurée
Frais de déplacement pour traitements par un médecin spécialiste non disponible dans la région de résidence de la personne assurée *	1 000 \$ par voyage, par personne assurée
Lecteur de glucose en continu *	Maximum admissible de 5 000 \$ par année civile, par personne assurée

Membre artificiel *, appareils prothétiques * et appareils orthopédiques *	Frais raisonnables et habituels
Multiservices (soins et services à domicile) *	- Honoraires pour soins infirmiers : maximum admissible de 60 \$ par jour, par personne assurée - Honoraires pour services d'aide à domicile (pourvoir aux besoins élémentaires) : maximum admissible de 60 \$ par jour, par personne assurée - Frais de transport pour soins médicaux ou suivi médical : maximum admissible de 30 \$ par déplacement, maximum de 3 déplacements (aller et retour) par semaine, par personne assurée
Orthèses plantaires*	Maximum admissible de 450 \$ par année civile, par personne assurée
Oxygénothérapie* et examens de laboratoire	Frais raisonnables et habituels
Pompe à insuline *	6 000 \$ par période de 60 mois consécutifs, par personne assurée
Prothèses auditives *	1 000 \$ par période de 2 années consécutives, par personne assurée
Prothèse capillaire à la suite d'une chimiothérapie *	Maximum admissible de 400 \$ par année civile, par personne assurée
Prothèse mammaire à la suite d'une mastectomie *	1 000 \$ par période de 24 mois consécutifs, par personne assurée
Radiographies, mammographies, échographies (autres que fœtales) et imageries en médecine nucléaire	Maximum admissible de 500 \$ par année civile, par personne assurée
Résonances magnétiques	750\$ par année civile, par personne assurée
Sérums et liquides injectés à des fins curatives * (incluant injections en vue d'une insémination artificielle)	Maximum admissible de 100 \$ par jour, par personne assurée
Tests pharmacogénétiques	Frais raisonnables et habituels
Vaccins (curatifs et préventifs)	Frais raisonnables et habituels

Professionnels de la santé	Les maximums décrits ci-dessous sont des maximums de remboursement par personne assurée
Acupuncteur Chiropraticien Radiographie de chiropraticien Diététiste Kinésithérapeute Massothérapeute Nutritionniste Orthothérapeute Ostéopathe Physiothérapeute et thérapeute en réadaptation physique Podiatre	50 \$ par traitement, consultation ou radiographie, maximum 1 500 \$ par année civile pour l'ensemble de ces professionnels, par personne assurée
Chirurgien-dentiste (à la suite d'un accident)	Les services doivent avoir été rendus dans les 12 mois suivant la date de l'accident
Infirmier autorisé * ou infirmier auxiliaire autorisé*	200 \$ par jour, maximum de 2 000 \$ par année civile, par personne assurée
Orthophoniste, ergothérapeute et audiologiste	75 \$ par traitement ou consultation, maximum 650 \$ par année civile pour l'ensemble de ces professionnels, par personne assurée
Psychologue, psychiatre, psychanalyste en clinique externe, travailleur social, conseiller en orientation en pratique privée, psychothérapeute et sexologue	Ces frais sont remboursables à 50 %, remboursement maximum de 75 \$ par consultation et de 1 500 \$ par année civile, pour l'ensemble de ces professionnels, par personne assurée. (Ces maximums s'appliquent également par consultation dans le cas d'une thérapie conjugale à laquelle assistent les deux conjoints.)
Prolongation de la protection des personnes à charge à la suite du décès de la personne adhérente	90 jours suivant immédiatement le décès de la personne adhérente
Droit de transformation	60 jours
Fin de l'assurance	À la date du décès de la personne adhérente

ARTICLE 1 - DÉFINITIONS

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

- 1.1 « **Accident** » : toute lésion corporelle constatée par un médecin et provenant directement de l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure, et indépendamment de toute autre cause. Toute lésion corporelle à la suite d'une tentative de suicide n'est pas un accident.
- 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 au dernier anniversaire de naissance de la personne en cause au moment où il est calculé ou le jour où un événement prévu au contrat se produit.
- 1.4 « **AREF** » : Association des retraitées et retraités de l'enseignement de la FNEEQ.
- 1.5 « **Assiste**ur » : Canassistance inc. ou toute autre compagnie d'assistance désignée par l'Assureur.
- 1.6 « **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.
- 1.7 « **Attestation** » : le certificat individuel de participation émis par l'Assureur à l'intention des personnes adhérentes.
- 1.8 « **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.
- 1.9 « **Contrat antérieur** » : le ou les contrats collectifs d'assurance, en vigueur immédiatement avant l'entrée en vigueur du présent contrat, couvrant les personnes retraitées et leurs personnes à charge, le cas échéant.
- 1.10 « **Date d'échéance de la prime** » : la date de facturation coïncidant avec le premier jour du mois.

- 1.11 « **Date de la retraite** » : date à laquelle une personne adhérente à un contrat d'assurance collective déclare à son employeur prendre sa retraite. À défaut de spécifier la date de la retraite dans l'avis de la personne adhérente, la date de retraite sera effective à compter de la date de l'avis.

Cependant, dans le cas de la retraite d'une personne adhérente due à l'incapacité d'exercer ses fonctions en raison d'une invalidité, la date de prise d'effet de la retraite est la dernière des dates suivantes :

- la date de sa retraite avec ou sans versement immédiat d'une rente;
- la date de son 65^e anniversaire de naissance.

- 1.12 « **Défaillance** » : insolvabilité ou faillite du fournisseur de services de voyage, volontaire ou involontaire, qui empêche la personne assurée de bénéficier des arrangements de voyage et qui expose cette dernière à subir une perte financière.

- 1.13 « **FAC** » : Fédération autonome du collégial.

- 1.14 « **FNEEQ** » : Fédération nationale des enseignantes et des enseignants du Québec-CSN.

- 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 d'avance par la personne assurée pour :

1.16.1 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;

1.16.2 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;

1.16.3 les frais d'inscription à une activité à caractère commercial.

- 1.17 « **Hôpital** » : tout hôpital, y compris un établissement auxiliaire situé au Québec, qui est autorisé par le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec à adhérer au Régime d'assurance-hospitalisation instauré en vertu de la loi provinciale applicable et des règlements prescrits en vertu de ladite loi, ainsi que les hôpitaux suivants situés hors du Québec :

1.17.1 tout hôpital situé au Canada qui est soit un hôpital fédéral, soit un hôpital titulaire d'un permis d'exploitation, ou agréé comme hôpital par l'organisme public chargé d'accorder ces permis d'exploitation dans le ressort territorial où l'hôpital en cause est situé, ou encore agréé par le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec là où il n'existe pas un tel organisme public chargé d'accorder des permis d'exploitation;

1.17.2 tout hôpital situé à l'étranger où le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec autorise les versements de sommes en règlement des soins donnés dans ledit hôpital, et ce, en vertu de la loi applicable.

Le terme « hôpital » n'englobe ni les hôpitaux antituberculeux, ni les sanatoriums, ni les hôpitaux pour malades mentaux, ni les maisons de repos, ni les maisons de retraite, ni les dispensaires ou autres établissements dont le but est de dispenser des soins de surveillance.

1.18 « **Hospitalisation** » : l'occupation d'une chambre dans un hôpital 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.

1.19 « **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.

1.20 « **Maladie** » : toute détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un médecin, y compris toute complication qui résulte de la grossesse.

1.21 « **Médecin** » : un médecin légalement autorisé à pratiquer la médecine à l'endroit où sont fournis les services.

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

1.22.1 Personne conjointe : la personne qui, à la date de l'événement donnant droit à des prestations :

- i) est mariée ou unie civilement à la personne adhérente; ou
- ii) vit maritalement avec elle, depuis un an ou depuis moins d'un an si cette personne est le parent d'un enfant de la personne adhérente (« union de fait »); ou
- iii) vit maritalement avec la personne adhérente et avait déjà ainsi vécu maritalement avec cette personne adhérente tout au long d'une période d'au moins un an (« union de fait »).

Il est toutefois précisé que l'un des événements suivants, selon le cas, fait perdre ce statut de personne conjointe :

- un jugement de divorce prononcé entre la personne adhérente et la personne conjointe dans le cas d'un mariage;
- la séparation de fait depuis au moins 90 jours dans le cas d'une union de fait;
- la dissolution de l'union civile par entente notariée ou par jugement du tribunal dans le cas d'une union civile.

Si la personne adhérente a une personne conjointe répondant à la définition en i) et une autre personne conjointe répondant à la définition en ii) ou iii), l'Assureur reconnaîtra comme personne conjointe celle que la personne adhérente lui aura désignée par avis écrit. La personne conjointe doit être la même pour toutes les garanties du contrat.

1.22.2 Enfant à charge : l'expression « enfant à charge » désigne un enfant célibataire de la personne adhérente ou de sa personne conjointe, à l'égard duquel elles exercent l'autorité parentale, ou l'exerceraient si cet enfant était mineur, et dont elles assument le soutien financier. L'enfant doit également :

- i) Ne pas excéder l'âge de 21 ans, s'il n'est pas aux études à temps plein, y compris un enfant pour lequel des procédures d'adoption sont entreprises; ou
- ii) ne pas excéder l'âge de 25 ans, s'il fréquente un établissement d'enseignement reconnu à temps plein. Dans un tel cas, la personne adhérente doit fournir à l'Assureur une preuve que l'enfant est inscrit dans un tel établissement au début de chaque année scolaire; ou
- iii) être majeur et atteint d'une invalidité totale ou d'une déficience fonctionnelle reconnue par les autorités compétentes de la province de résidence de la personne adhérente. L'invalidité ou la déficience doit avoir débuté alors que l'enfant satisfaisait à un des critères précédents et doit avoir persisté depuis cette date. De plus, l'enfant doit résider avec la personne adhérente, ou la personne conjointe de la personne adhérente, qui exercerait l'autorité parentale à l'égard de cet enfant ou dont elle serait la tutrice légale si l'enfant était mineur. Des preuves de l'invalidité ou de la déficience peuvent être requises par l'Assureur en tout temps.

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

1.23 « **Personne adhérente** » : une personne retraitée qui est admissible à l'assurance et qui est assurée en vertu du contrat.

1.24 « **Personne assurée** » : une personne adhérente ou l'une de ses personnes à charge assurées en vertu du contrat.

1.25 « **Personne retraitée** » : une personne membre de la FNEEQ ou une personne employée d'un syndicat affilié à la FNEEQ ayant atteint sa date de la retraite. Toutefois, la personne retraitée âgée de moins de 65 ans et résidant à l'extérieur du Québec est admissible en vertu du contrat 001111 pour la garantie d'assurance maladie et en vertu du présent contrat pour la garantie d'assurance vie. Cette personne retraitée devient admissible à toutes les garanties d'assurance du présent contrat à la date à laquelle elle atteint l'âge de 65 ans.

1.26 « **Preneur** » : L'Association des retraitées et retraités de l'enseignement de la FNEEQ.

001011 - Association des retraitées et retraités de l'enseignement de la FNEEQ (AREF)

Contrat (version administrative) 1^{er} janvier 2025 - 4

- 1.27 « **Proche parent** » : la personne conjointe, l'enfant, le père, la mère, le beau-père, la belle-mère, le frère, la sœur, le beau-frère, la belle-sœur, la belle-fille, le gendre, les grands-parents et petits enfants de la personne assurée.
- 1.28 « **RAMQ** » : Régie de l'assurance maladie du Québec.
- 1.29 « **RGAM** » : Régime général d'assurance médicaments administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec.
- 1.30 « **Soins assurés à titre de malade hospitalisé** » : les soins qu'une personne assurée a le droit de recevoir gratuitement en vertu de la loi provinciale applicable ou qui sont couverts aux termes de ladite loi.
- 1.31 « **Traitement ou salaire** » : le traitement ou salaire d'une personne adhérente, tel que défini dans son contrat d'assurance collective, en vigueur au moment de sa mise à la retraite.
- 1.32 « **Voyage** » : un voyage touristique ou d'agrément, un voyage de coopération ou d'aide humanitaire encadré par un organisme, une activité à caractère commercial ou un voyage d'affaires occasionnel.

Un voyage d'affaires est considéré occasionnel lorsqu'il est effectué de façon exceptionnelle, sur une base irrégulière. Tout autre type de voyage n'est pas couvert en vertu de la présente garantie, incluant tout voyage visant à accompagner des étudiants à la demande d'un employeur antérieur, à moins d'une entente à l'effet contraire entre le Preneur et l'Assureur. De plus, tout voyage doit comporter une absence de la personne assurée de sa province de résidence.

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

ARTICLE 2 - CONDITIONS D'ASSURANCE

2.1 Admissibilité

2.1.1 Admissibilité à la garantie d'assurance maladie

Toute personne qui, au jour précédant sa date de la retraite, satisfaisait aux deux conditions suivantes :

- a) était membre de la Fédération nationale des enseignantes et des enseignants du Québec (FNEEQ – CSN) ou de la Fédération autonome du collégial (FAC) ou était employée par un syndicat affilié à la FNEEQ;
- b) était couverte en vertu de la garantie d'assurance maladie d'un contrat d'assurance collective.

2.1.2 Admissibilité aux garanties d'assurance vie

Toute personne qui, au jour précédant sa date de la retraite, satisfaisait aux deux conditions suivantes :

- a) était membre de la Fédération nationale des enseignantes et des enseignants du Québec (FNEEQ – CSN) ou de la Fédération autonome du collégial (FAC) ou était employée par un syndicat affilié à la FNEEQ;
- b) était couverte en vertu de la garantie d'assurance vie d'un contrat d'assurance collective.

2.1.3 Date d'admissibilité

2.1.3.1 Toute personne retraitée qui rencontre les conditions d'admissibilité décrites précédemment devient admissible à l'assurance à compter :

- a) de la date d'entrée en vigueur du présent contrat si elle est membre de l'AREF et assurée en vertu du contrat antérieur, conformément aux dispositions de transition;
- b) de la date de fin de couverture d'un autre contrat d'assurance collective si elle était assurée en vertu de ce contrat après la date de sa retraite. Elle doit cependant être membre de l'AREF;
- c) de sa date de la retraite si elle était membre de la FNEEQ ou de la FAC ou employée par un syndicat affilié à la FNEEQ. Dans tous les cas, elle doit devenir membre de l'AREF;
- d) de la date de son 65^{ième} anniversaire de naissance pour toute personne retraitée résidant à l'extérieur du Québec en ce qui concerne la garantie d'assurance maladie.

Dans tous les cas, afin de maintenir son admissibilité à l'assurance, la personne retraitée doit demeurer membre de l'AREF.

2.1.3.1.1 Toute personne retraitée qui est assurée en vertu du contrat offert par l'AREF et qui est réembauchée à titre de personne employée redevient admissible au contrat offert par la FNEEQ-CSN selon les règles d'admissibilité prévues à ce contrat, à l'exception de la garantie d'assurance vie qui demeure assurée en vertu du présent contrat.

2.1.3.1.2 Toute personne retraitée, membre de l'AREF ou le devenant postérieurement, doit être résidente permanente du Canada.

2.1.3.2 Toute personne à charge d'une personne adhérente devient admissible à l'assurance à compter :

- a) de la même date que la personne adhérente, si elle est déjà une personne à sa charge; ou
- b) de la date à laquelle elle le devient.

2.1.3.2.1 L'adhésion à l'AREF n'est pas requise pour les personnes à charge, sous réserve des dispositions relatives à la « Prolongation de la protection des personnes à charge à la suite du décès de la personne adhérente ».

2.1.3.2.2 Toute personne à charge doit être résidente permanente du Canada.

2.2 Adhésion

2.2.1 Personne retraitée

2.2.1.1 L'adhésion aux garanties d'assurance vie et d'assurance maladie est facultative pour toute personne retraitée. Le choix de ne pas adhérer à l'une ou l'autre de ces garanties est toutefois irrévocable.

Toutefois, toute personne retraitée, assurée en assurance maladie avec un autre contrat d'assurance collective, peut adhérer à la garantie d'assurance maladie du présent contrat, sous réserve des dispositions relatives à l'admissibilité. Elle doit cependant soumettre une demande d'adhésion à l'Assureur dans les 30 jours suivant la fin de son autre contrat d'assurance collective.

2.2.1.2 Toute personne retraitée admissible qui désire adhérer à la garantie d'assurance maladie doit choisir parmi l'une des deux options disponibles

relativement à la durée de la protection de l'assurance voyage. Les deux options disponibles sont les suivantes :

- **Option 1** : Durée de la protection : 60 premiers jours, par voyage. Ce choix est irrévocable, c'est-à-dire que la personne retraitée ne peut se prévaloir de l'Option 2 par la suite.
- **Option 2** : Durée de la protection : selon la même période de protection que le régime public d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée, soit 182 jours, par voyage. Il est possible de modifier la durée de la protection pour l'Option 1 en tout temps.

2.2.1.3 Toute personne retraitée qui désire adhérer à la garantie d'assurance vie additionnelle doit nécessairement être assurée en vertu de la garantie d'assurance vie de base.

2.2.1.4 Toute personne retraitée admissible qui désire adhérer aux garanties du présent contrat doit soumettre une demande d'adhésion à l'Assureur dans les 30 jours suivant la date à laquelle elle devient admissible.

2.2.2 Personne à charge

2.2.2.1 L'adhésion aux garanties d'assurance vie et d'assurance maladie est facultative pour toute personne à charge.

2.2.2.2 La personne adhérente qui désire se prévaloir de la garantie d'assurance vie pour ses personnes à charge doit nécessairement être assurée en vertu de la garantie d'assurance vie de base.

2.2.2.3 Sous réserve des dispositions relatives à l'admissibilité, la personne conjointe doit nécessairement être assurée en vertu de la garantie d'assurance vie de base des personnes à charge pour que la personne adhérente puisse se prévaloir de la garantie d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe.

2.2.2.4 La personne adhérente qui choisit d'assurer ses personnes à charge en vertu du présent contrat doit soumettre une demande d'adhésion à l'Assureur dans les 30 jours suivant la date à laquelle ses personnes à charge deviennent admissibles. Ce délai de 30 jours s'applique également pour toute demande de changement de statut de protection faite par la personne adhérente à la suite d'un des événements suivants : le mariage ou l'union civile, le divorce, la séparation de fait depuis au moins 90 jours ou la dissolution de l'union civile de la personne adhérente, la naissance ou l'adoption d'un premier enfant ou la fin de l'assurance d'une personne à charge assurée en vertu d'un autre contrat d'assurance collective.

2.2.3 Disposition applicable aux personnes retraitées qui atteignent l'âge de 65 ans

L'Assureur communique par écrit avec la personne retraitée qui détient de l'assurance vie avant la date de son 65^e anniversaire pour l'informer des options offertes à compter de cet âge. La personne retraitée devra informer l'Assureur de l'option retenue dans un délai de 30 jours suivant son 65^{ème} anniversaire. À défaut de ce faire, les garanties suivantes seront maintenues :

- a) Garantie d'assurance vie de base de la personne adhérente
Un montant de 10 000 \$ est maintenu.
- b) Garantie d'assurance vie de base des personnes à charge
L'assurance est maintenue en vigueur, sous réserve des maximums applicables.
- c) Garantie d'assurance vie additionnelle de la personne adhérente
L'assurance est maintenue en vigueur, sous réserve des maximums applicables.
- d) Garantie d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe
L'assurance est maintenue en vigueur, sous réserve des maximums applicables.

2.3 Date d'entrée en vigueur de l'assurance

2.3.1 Personne adhérente

Sous réserve des dispositions précédentes, toute personne retraitée devient assurée en vertu des garanties d'assurance vie et d'assurance maladie à compter de la date à laquelle elle devient admissible, à la condition de soumettre une demande d'adhésion à l'Assureur dans le délai prescrit précédemment.

2.3.2 Personne à charge

Sous réserve des dispositions précédentes, toute personne à charge devient assurée en vertu des garanties d'assurance vie et d'assurance maladie à la dernière des dates suivantes :

2.3.2.1 la date d'entrée en vigueur de l'assurance de la personne adhérente;

2.3.2.2 la date à laquelle elle devient admissible;

2.3.3 la date à laquelle la personne adhérente change sa protection individuelle en une protection familiale selon les dispositions relatives à l'adhésion.

2.4 Dispositions de transition

2.4.1 Pour une personne adhérente assurée seule ou avec ses personnes à charge en vertu d'un contrat antérieur, l'Assureur garantit le lien entre le présent contrat et le contrat antérieur conformément à toute loi ou à tout règlement d'application 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 activement au travail à la date de l'entrée en vigueur du nouveau contrat.

Également, toute personne assurée en vertu 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.

- 2.4.2 Dans le cas d'une personne adhérente qui, antérieurement à sa demande d'adhésion, était assurée en vertu d'un autre contrat d'assurance collective, 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, de transformation ou autrement.

ARTICLE 3 - GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE

Les frais admissibles, selon les protections indiquées au *Sommaire des garanties*, sont les frais raisonnablement engagés et justifiés par la gravité du cas, la pratique courante de la médecine et les tarifs usuels de la région, tels que décrits ci-après.

Les frais engagés pour les services et fournitures admissibles sont remboursés selon le pourcentage de remboursement et les maximums indiqués au *Sommaire des garanties*.

3.1 Assurance maladie

3.1.1 Frais d'hospitalisation

Lorsqu'une personne assurée est admise dans un hôpital au Canada, ultérieurement à la date d'entrée en vigueur de son assurance, l'Assureur paie pour le compte de cette personne assurée les frais fixés par ledit hôpital pour le séjour tant que cette personne assurée a droit à des soins assurés à titre de patient alité admis.

3.1.2 Soins prolongés

Lorsqu'ultérieurement à la date d'entrée en vigueur de son assurance, une personne assurée est admise à titre de malade chronique hospitalisé pour des soins prolongés dans un hôpital antituberculeux, dans un sanatorium, dans un hôpital pour malades mentaux, dans une maison de repos, dans une maison de retraite ou dans un dispensaire, et que l'établissement est autorisé par le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec à adhérer au régime d'assurance-hospitalisation instauré selon la loi provinciale applicable, l'Assureur paie pour le compte de cette personne assurée les frais fixés par ledit établissement pour le séjour de la personne assurée.

3.1.3 Frais de médicaments

3.1.3.1 Modalités de remboursement

Le coût des médicaments décrits ci-après est remboursé selon le même pourcentage de remboursement que celui prévu par le Régime général d'assurance médicaments (RGAM) au 1^{er} janvier de chaque année, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 2 400 \$ par année civile pour la personne adhérente et ses personnes à charge, le cas échéant. Tous les frais en excédent sont remboursés à 100 %.

Le remboursement maximal par année civile, par personne assurée est de 100 000 \$.

Si le pourcentage de remboursement prévu par le Régime général d'assurance médicaments (RGAM) augmente en cours d'année, le pourcentage de remboursement du présent régime collectif sera ajusté à la même date. S'il y a diminution du pourcentage de remboursement du RGAM, la modification du pourcentage entre en vigueur au 1^{er} janvier de l'année suivante.

3.1.3.2 Médicaments admissibles

Les médicaments remboursés par l'Assureur doivent satisfaire à l'ensemble des conditions suivantes :

- a) ils sont porteurs d'un numéro d'identification numérique (DIN) valide, émis par Santé Canada et 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 doivent être prescrits conformément aux indications thérapeutiques du fabricant ou, à défaut de celles-ci, aux indications des autorités compétentes de la province de résidence de la personne assurée.

L'Assureur rembourse les médicaments et les services pharmaceutiques qui ne peuvent être obtenus que sur ordonnance d'un professionnel de la santé légalement autorisé, de même que les médicaments obtenus sur ordonnance médicale et dont l'indication thérapeutique est spécifiquement reliée au traitement des conditions pathologiques suivantes : troubles cardiaques, troubles pulmonaires, diabète, arthrite, maladie de Parkinson, épilepsie, fibrose kystique et glaucome.

Toutefois, les médicaments admissibles par le Régime général d'assurance médicaments du Québec ne sont pas couverts en vertu du présent contrat.

EXCLUSIONS ET RÉDUCTION :

- les médicaments admissibles par le Régime général d'assurance médicaments du Québec;
- les produits considérés comme étant des substituts de nourriture, les produits cosmétiques, savons, huiles de teint, émoullients épidermiques, shampoings et autres produits pour le cuir chevelu;
- les substances ou aliments diététiques, les produits contre l'obésité;

- 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 un médicament préventif;
- les laxatifs et antiacides stomacaux d'usage courant;
- les produits contre la calvitie, les rides ou tout autre traitement administré principalement à des fins esthétiques;
- les produits antitabac;
- les médicaments ou substances servant au traitement de l'infertilité ou de la dysfonction érectile;
- toute substance utilisée dans le but d'insémination artificielle, gelées et mousses à but contraceptif;
- les médicaments fournis au cours d'une hospitalisation;
- les traitements ou médicaments de nature expérimentale;
- les articles reliés à l'utilisation des médicaments administrés par injection, tels que l'alcool à friction, les tampons, les injecteurs automatiques ou tout autre équipement du même genre.

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

Enfin, advenant l'approbation par Santé Canada d'un nouveau médicament pouvant affecter le coût de la garantie de façon importante, l'Assureur se réserve le droit, avec le consentement du Preneur, d'exclure ledit médicament de la garantie, tout en respectant les dispositions législatives de la province de résidence de la personne assurée, ou de modifier la prime à compter de la date de l'approbation.

3.1.4 Autres frais admissibles

Les fournitures et services suivants sont admissibles pourvu qu'ils soient médicalement requis, prescrits par un médecin lorsqu'indiqué au *Sommaire des garanties* et nécessaires au traitement de la personne assurée.

- 3.1.4.1 Les frais de transport par **ambulance** à l'hôpital le plus proche pouvant fournir des soins requis, y compris le transport aérien ou ferroviaire (aller et retour) en cas d'urgence.

- 3.1.4.2 Les frais d'achat d'un **appareil destiné au contrôle du diabète** (glucomètre, dextromètre ou tout appareil du même genre) et de la mallette permettant son déplacement, sur présentation d'un rapport complet du médecin traitant attestant que la personne assurée est insulino-dépendante et que sa condition nécessite l'utilisation d'un tel appareil.
- 3.1.4.3 Les frais d'achat d'**appareils temporo-mandibulaires**.
- 3.1.4.4 Les frais d'achat de **bas de soutien** offrant une compression de 13 mm de Hg ou plus
- 3.1.4.5 Les frais d'occupation d'une chambre, repas compris, pendant au moins 12 heures consécutives, dans un **centre de réadaptation**, pourvu que la personne assurée soit admise dans un tel centre immédiatement après la fin de son hospitalisation, que l'hospitalisation ait duré au moins trois jours et qu'elle ait débuté en cours d'assurance.
- 3.1.4.6 Les frais d'achat de **chaussures correctrices (profondes)**. Ces chaussures doivent être vendues par un laboratoire ou un établissement spécialisé détenteur de tous les permis et autorisations d'usage dans la province de résidence de la personne assurée.
- 3.1.4.7 Les frais d'achat de **chaussures orthopédiques (sur mesure)**. Ces chaussures doivent être vendues par un laboratoire ou un établissement spécialisé détenteur de tous les permis et autorisations d'usage dans la province de résidence de la personne assurée.
- 3.1.4.8 Les frais engagés au Canada ou hors du Canada pour un séjour en **clinique privée** spécialisée dans le traitement de l'alcoolisme, la toxicomanie ou le jeu compulsif et reconnue comme telle, excluant toutefois le tabagisme.
- 3.1.4.9 Les frais d'achat de **couches pour incontinence** nécessaires à la suite d'une chirurgie entraînant la perte totale et irrécouvrable de la fonction vésicale ou intestinale.
- 3.1.4.10 Les frais pour la location d'un **fauteuil roulant**, d'un **poumon d'acier** et de tout **équipement thérapeutique**.
- 3.1.4.11 Les frais d'achat de **fournitures et d'accessoires requis exclusivement pour l'utilisation d'une pompe à insuline**.
- 3.1.4.12 **Les frais de déplacement pour traitements par un médecin spécialiste non disponible dans la région de résidence de la personne assurée**

Lorsqu'une personne assurée doit se déplacer à l'extérieur de sa région pour consulter ou recevoir des traitements d'un médecin spécialiste non disponible dans sa région, les frais suivants sont admissibles et remboursables, si la situation nécessite un déplacement d'au moins 280 kilomètres (au total pour l'aller et le retour) du lieu de résidence de

la personne assurée :

- a) les frais de déplacement en transport public (autobus, avion, bateau, taxi et train) ou en automobile privée. Les frais admissibles sont remboursés sur présentation des reçus originaux ou des factures acquittées, sauf si le déplacement est effectué en automobile privée. Les frais pour les déplacements effectués en automobile privée sont remboursés selon les taux d'allocation par kilomètre parcouru fixés par l'Agence du revenu du Canada en vigueur au moment dudit déplacement.
- b) les frais d'hébergement engagés pour un séjour dans un établissement commercial ou pour un séjour dans un logement réservé par l'intermédiaire d'une plateforme de réservation en ligne accréditée ou autorisée par les autorités compétentes à exploiter une telle entreprise ou à rendre de tels services (par exemple : Airbnb, Vrbo). Une preuve justificative que la consultation ou le traitement nécessite un séjour doit être présentée à l'Assureur.
- c) les frais de repas engagés conjointement avec les frais d'hébergement décrits ci-dessus (excluant toute boisson alcoolisée).

Sur présentation d'une prescription médicale, ces frais sont également admissibles et remboursables pour un accompagnateur, lorsqu'une personne assurée est incapable de se déplacer seule pour consulter ou recevoir des traitements par un médecin spécialiste non disponible dans sa région.

Les frais admissibles doivent être engagés pour une consultation ou un traitement à l'intérieur de la province de Québec. Ils correspondent à la portion des frais qui excède le montant remboursé par l'organisme public chargé d'accorder les permis d'exploitation d'un hôpital dans le ressort territorial où est situé le lieu de résidence de la personne assurée, le tout sujet à la coassurance. La personne adhérente qui a droit, ou qui est admissible à ce remboursement doit en faire la demande auprès de l'organisme du ressort territorial où est situé son lieu de résidence.

Les frais admissibles doivent être engagés par et pour la personne adhérente si cette dernière détient une protection individuelle; si la personne adhérente détient une protection familiale, les frais admissibles doivent être engagés par et pour la personne adhérente ou ses personnes à charge.

- 3.1.4.13 Les frais d'achat d'un **lecteur de glucose** en continu destiné au contrôle du diabète, sur présentation d'un rapport complet du médecin traitant attestant que la personne assurée est insulino-dépendante et que sa condition nécessite l'utilisation d'un tel appareil.

3.1.4.14 Les frais d'achat d'un **membre artificiel** pour un événement survenu en cours d'assurance, d'**appareils prothétiques** excluant les prothèses dentaires, d'**appareils orthopédiques**, sauf les chaussures orthopédiques. Les frais de réparation desdits appareils sont également couverts si les coûts sont moindres.

3.1.4.15 Protection **Multiservices** – Soins et services à domicile

Les frais pour les services décrits ci-après, lorsqu'ils sont recommandés par un médecin et rendus nécessaires à la suite d'une hospitalisation ou d'une chirurgie d'un jour, sont admissibles, pour l'ensemble de ces frais, pourvu qu'ils soient encourus dans les 30 jours 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.

- a) Les honoraires d'un infirmier ou d'un infirmier auxiliaire pour des soins infirmiers dispensés au domicile de la personne assurée.

L'infirmier ne doit pas résider habituellement à la maison de la personne adhérente ni être 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).

- b) 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 un proche parent de la personne adhérente. Les services comprennent, entre autres :

- les soins personnels (aide au bain, habillage-déshabillage, hygiène générale, aide ou assistance pour manger, aide au lever-coucher, etc.);
- le ménage (entretien ménager régulier, vaisselle, lessive);
- l'entretien général régulier du domicile (enlèvement de la neige, tonte de la pelouse, etc.);

- la préparation des repas;
- l'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, un travailleur autonome recevant son contrat de ladite coopérative ou agence, de même qu'un travailleur autonome, seulement s'il n'y a pas d'agence ou de coopérative dans la région.

- c) 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.

- 3.1.4.16 Les frais d'achat d'**orthèses plantaires** ajoutées à des chaussures ordinaires, fabriquées par un laboratoire orthopédique spécialisé licencié en vertu des lois provinciales applicables.
- 3.1.4.17 Les services suivants non autrement remboursables : **oxygénothérapie** et **examens de laboratoire**.
- 3.1.4.18 Les frais d'achat d'une **pompe à insuline** destinée au contrôle du diabète, sur présentation d'un rapport complet du médecin traitant attestant que la personne assurée est insulino-dépendante et que sa condition nécessite l'utilisation d'un tel appareil.
- 3.1.4.19 Les frais d'achat ou de réparation de **prothèses auditives**.
- 3.1.4.20 Les frais d'achat d'une **prothèse capillaire** à la suite de traitements de chimiothérapie.
- 3.1.4.21 Les frais d'achat d'une **prothèse mammaire** externe par suite de mastectomie, en excédent du montant versé par la RAMQ.
- 3.1.4.22 Les frais pour **radiographies, mammographies, échographies** (autres que fœtales) et **imageries en médecine nucléaire** effectuées à l'extérieur d'un hôpital.
- 3.1.4.23 Les frais de **résonances magnétiques** effectuées à l'extérieur d'un hôpital pour fins de diagnostic.
- 3.1.4.24 Les frais pour les **sérums** et les **liquides injectés** pour fins curatives, y compris les injections en vue d'une insémination artificielle.
- 3.1.4.25 Les frais pour les **tests pharmacogénétiques** visant à faciliter l'identification par le médecin traitant du médicament le plus approprié pour le problème de santé diagnostiqué de la personne assurée.

001011 - Association des retraitées et retraités de l'enseignement de la FNEEQ (AREF)

Contrat (version administrative) 1^{er} janvier 2025 - 17

- 3.1.4.26 Les frais pour les **vaccins (curatifs et préventifs)** administrés selon les normes de la pratique reconnue, dont le but est de prévenir ou de traiter une maladie. Les honoraires du professionnel de la santé qui administre le vaccin ne sont pas admissibles à un remboursement.

3.1.5 Professionnels de la santé

Tous les professionnels de la santé énumérés dans ce document doivent être membres en règle de leur ordre professionnel reconnu par l'autorité législative ou de leur association professionnelle reconnue par l'Assureur.

Un seul traitement par jour, pour le même patient est sujet à prestations, et ce, pour chaque professionnel énuméré ci-après.

- 3.1.5.1 Les honoraires d'un **acupuncteur**.
- 3.1.5.2 Les honoraires d'un **chiropraticien** et les **radiographies de chiropraticien**.
- 3.1.5.3 Les honoraires d'un **chirurgien-dentiste** pour réparation des dommages accidentels à des dents naturelles subis après le commencement de l'assurance.
- 3.1.5.4 Les honoraires d'un **diététiste**.
- 3.1.5.5 Les honoraires d'un **infirmier** autorisé (i.l.), ou d'un **infirmier auxiliaire** autorisé, à l'exclusion des services de toute personne qui réside habituellement dans la demeure de la personne assurée ou qui fait partie de sa famille.
- 3.1.5.6 Les honoraires d'un **kinésithérapeute**.
- 3.1.5.7 Les honoraires d'un **massothérapeute**.
- 3.1.5.8 Les honoraires d'un **nutritionniste**.
- 3.1.5.9 Les honoraires d'un **orthophoniste**, d'un **ergothérapeute** et d'un **audiologiste**.
- 3.1.5.10 Les honoraires d'un **orthothérapeute**.
- 3.1.5.11 Les honoraires d'un **ostéopathe**.
- 3.1.5.12 Les honoraires d'un **physiothérapeute** et d'un **thérapeute en réadaptation physique**.
- 3.1.5.13 Les honoraires d'un **podiatre**.
- 3.1.5.14 Les honoraires d'un **psychologue**, d'un **psychiatre**, d'un **psychanalyste** en clinique externe, d'un **travailleur social**, d'un **conseiller en orientation** en pratique privée, d'un **psychothérapeute** et d'un **sexologue**.

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

3.2 Assurance voyage

3.2.1 Assurance voyage

Les frais usuels et raisonnables et les services décrits ci-après sont admissibles s'ils sont engagés par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie survenue alors que la personne assurée est temporairement à l'extérieur de sa province de résidence et à la condition que la personne assurée soit couverte par les régimes publics d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de sa province de résidence.

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

La durée de la protection et le remboursement maximal par personne assurée sont indiqués au *Sommaire des garanties*.

LIMITATION

Lorsqu'une personne assurée se rend dans une destination visée par un avertissement gouvernemental canadien d'éviter tout voyage non-essentiel à la date de son départ, la période de protection de l'assurance voyage est limitée à 30 jours.

EXCLUSION ET RÉDUCTION

Pour être couverte par la présente garantie, une personne assurée souffrant d'une maladie ou d'une affection connue doit s'assurer avant son départ que cette maladie ou cette affection est stable et sous contrôle, qu'elle peut effectuer ses activités quotidiennes régulières et qu'elle ne présente aucun symptôme pouvant raisonnablement laisser présager qu'elle puisse présenter des complications ou requérir des soins médicaux pendant la durée du séjour prévu à l'extérieur de sa province de résidence.

Une maladie ou une affection est considérée stable lorsqu'il y a absence :

- d'aggravation;
- de rechute ou de récurrence;
- de diagnostic de phase terminale d'évolution;
- de chronicité pouvant entraîner des risques de dégradation ou des complications pendant le séjour prévu à l'extérieur de la province de résidence.

La personne assurée qui présente une maladie ou une affection connue, qui est incertaine quant à son état de santé ou qui est dans l'attente d'un diagnostic, doit communiquer avec l'Assisteur au moins 15 jours avant le départ pour obtenir une confirmation de la couverture d'assurance en vertu de la présente garantie.

3.2.1.1 Frais admissibles

a) Frais hospitaliers, médicaux et paramédicaux

- i) Les frais d'hospitalisation en chambre à deux lits ou à un lit, excédant ceux qui sont remboursés ou remboursables par les régimes publics d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée.
- ii) Les frais inhérents (téléphone, télévision, stationnement ou autre) à une hospitalisation, sur présentation de pièces justificatives, jusqu'à concurrence d'un maximum de 100 \$ par hospitalisation.
- iii) 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 des régimes publics d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée.
- iv) Le coût des médicaments obtenus sur ordonnance d'un médecin dans le cadre d'un traitement d'urgence.
- v) 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 dans un hôpital, lorsqu'ils sont médicalement nécessaires et prescrits par le médecin traitant, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 3 000 \$ par hospitalisation. L'infirmier ne doit cependant avoir aucun lien de parenté avec la personne assurée, ni être un compagnon de voyage.
- vi) 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.
- vii) 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.

b) Frais de transport

- i) 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 hôpitaux lorsque le médecin traitant et l'Assisteuse estiment que les installations existantes sont inadéquates pour traiter le patient ou stabiliser sa condition.
- ii) 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.
- iii) 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.
- iv) Lorsque l'état de santé de la personne assurée ne permet pas de rapatriement médical et que l'hospitalisation hors province doit dépasser sept jours, l'Assisteuse 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 que la nécessité de la visite ne soit pas confirmée par le médecin traitant ou que la visite ne soit pas préalablement approuvée et planifiée par l'Assisteuse.
- v) L'Assisteuse prend les dispositions nécessaires pour le retour jusqu'à leur province de résidence, des enfants de moins de 18 ans accompagnant la personne assurée si, par 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.

- vi) 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 \$.
 - vii) 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 \$.
 - viii) 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.
- c) 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 huit jours.

3.2.1.2 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 visés par un avis aux voyageurs 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

001011 - Association des retraitées et retraités de l'enseignement de la FNEEQ (AREF)

Contrat (version administrative) 1^{er} janvier 2025 - 22

engagés aux régimes publics d'assurance hospitalisation et 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 hôpital 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 elle-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.

3.2.1.3 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 doit, dès qu'elle est en mesure de le faire, 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.

3.2.1.4 Exclusions et réduction de la garantie d'assurance voyage

En plus des exclusions et réduction mentionnées à la garantie d'assurance maladie, 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 de l'hôpital 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 huit semaines précédant la date prévue de l'accouchement;
- e) 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;
- f) lorsque les frais hospitaliers sont engagés dans des hôpitaux pour malades chroniques, ou dans un service pour malades chroniques dans un hôpital public, ou pour des patients qui se trouvent dans des maisons de soins prolongés ou des stations thermales;
- g) 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;
- h) 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. Ne sont pas considérées comme dangereuses, les activités autres que celles mentionnées ci-dessus et qui sont offertes au grand public dans les endroits de villégiature;
- i) l'absorption volontaire et abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conditions qui s'ensuivent;
- j) pour les services de rapatriement et d'assistance voyage, lorsque le sinistre a lieu dans un pays en état de guerre déclarée ou non, visé par un avis aux voyageurs, 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;

- k) lorsque les frais sont engagés par la personne assurée, postérieurement à la date d'émission d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs ou d'une modification à la hausse du niveau de risque d'un avertissement en vigueur, 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.

De plus, si l'avertissement a été émis, ou 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 son émission ou la date de modification du niveau de risque. Si la personne assurée ne peut faire la preuve qu'elle a pris les dispositions nécessaires, aucuns frais engagés par la personne assurée ne sont admissibles.

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

3.2.1.6 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.

3.2.2 Assurance annulation de voyage

L'Assureur paie, selon les modalités décrites à la présente clause et selon le pourcentage prévu au *Sommaire des garanties*, les frais engagés par la personne assurée à la suite de l'annulation ou de 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.

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

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

Nonobstant ce qui précède, lorsque la personne assurée peut faire la démonstration qu'il lui sera impossible d'utiliser un crédit voyage avant son expiration en raison de la présence de conditions de santé non existantes lors de l'achat du voyage ou du fait de la survenance d'une des causes d'annulation reconnues par la présente garantie, la personne assurée peut faire une demande de remboursement auprès de l'Assisteur.

3.2.2.1 Causes d'annulation ou d'interruption

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

- a) une maladie ou un accident empêchant 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;
- b) 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;
- c) 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;
- d) le décès ou l'hospitalisation d'urgence de l'hôte à destination;
- e) 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;
- f) la mise en quarantaine de la personne assurée ou de son compagnon de voyage, sauf si celle-ci se termine plus de sept jours avant la date prévue du départ;

- g) le détournement de l'avion à bord duquel la personne assurée voyage;
- h) un sinistre rendant inhabitable la résidence principale de la personne assurée, de son compagnon de voyage ou de l'hôte à destination, à la condition que la résidence soit toujours inhabitable sept jours avant la date prévue du départ ou que le sinistre ait lieu au cours du voyage;
- i) 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;
- j) l'émission d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs ou une modification à la hausse du niveau de risque d'un avertissement en vigueur 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 :

- l'avertissement a été émis, ou le niveau de risque d'un avertissement a été modifié, après que les frais de voyage aient été engagés,
- l'avertissement, ou la modification du niveau de risque d'un avertissement, est toujours en vigueur 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 :

- l'avertissement a été émis, ou le niveau de risque d'un avertissement a été modifié, après la date de départ en voyage de la personne assurée,
- l'avertissement, ou la modification du niveau de risque d'un avertissement, est en vigueur 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 son émission ou la date de la modification du niveau de risque.

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

3.2.2.2 Frais couverts

Les frais sont couverts à la condition qu'ils soient effectivement à la charge de la personne assurée.

- a) 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.
- b) Si un départ est manqué, au début ou au cours du voyage, pour une des raisons prévues à la présente garantie, le coût supplémentaire exigé par un transporteur public à horaire fixe pour un billet en classe économique par la route la plus directe jusqu'à la destination prévue.
- c) Si le retour est anticipé ou retardé :
- le coût supplémentaire d'un billet simple, en classe économique, par la route la plus directe pour le retour jusqu'au point de départ par le moyen de transport prévu initialement ou si ce dernier ne peut être utilisé, les frais exigés par un transporteur public à horaire fixe, en classe économique, selon le moyen de transport le plus économique, par la route la plus directe pour le retour jusqu'au point de départ; ces frais doivent au préalable être convenus avec l'Assureur;

Toutefois, si le retour de la personne assurée est retardé de plus de sept 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 hôpital à titre de patient interne pendant plus de 48 heures à l'intérieur de ladite période de sept jours;

- la portion non utilisée et non remboursable de la partie terrestre des frais de voyage payés d'avance.
- d) Si le retour est anticipé ou retardé à cause de l'émission d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs ou d'une modification à la hausse du niveau de risque d'un avertissement en vigueur, le tout tel que décrit à la section des causes d'annulation et d'interruption admissibles en vertu de la présente garantie :

Les frais d'hébergement et de repas que doit engager la personne assurée dans un établissement commercial, ainsi que les frais d'appels téléphoniques essentiels et de transports supplémentaires, le tout sous réserve d'une allocation maximale de 300 \$ par jour, par personne assurée et d'un maximum global de 3 000 \$ par personne assurée pour la durée totale du séjour :

- durant le transit pour se rendre à destination lorsque la personne assurée doit modifier son voyage, ou;
- durant le transit pour revenir au point de départ lorsque la personne assurée ne peut pas revenir par le moyen prévu, ou;
- lors de la prolongation du voyage.

e) S'il y a défaillance du fournisseur de services de voyage :

L'Assureur couvre, sous réserve des dispositions suivantes, ainsi que d'une subrogation en faveur de l'Assureur pour tout montant remboursé, la perte financière due à la défaillance de ce fournisseur, jusqu'à concurrence du montant remboursable prévu à cette garantie :

- si la défaillance se produit avant le départ, l'Assureur rembourse les sommes non remboursables et payées pour le voyage projeté;
- si la défaillance se produit après le départ, l'Assureur rembourse la portion non utilisée et non remboursable des sommes payées à l'avance pour le voyage.

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

3.2.2.3 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 :

- a) toute maladie ou affection qui n'était pas stable au moment où la personne assurée a finalisé les arrangements de voyage. Les critères définissant ce qu'est une maladie ou une affection stable sont prévus à l'article 3.2.1;
- b) 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;
- c) 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;
- d) une guerre, déclarée ou non, ou la participation active à une insurrection réelle ou appréhendée;

- e) la participation active de la personne assurée ou de son compagnon de voyage à un acte criminel ou réputé tel;
- f) la grossesse ou les complications en résultant dans les huit semaines précédant la date prévue de l'accouchement;
- g) 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;
- h) l'absorption volontaire et abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conditions qui s'ensuivent;
- i) 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. Ne sont pas considérées comme dangereuses, les activités autres que celles mentionnées ci-dessus et qui sont offertes au grand public dans les endroits de villégiature;
- j) 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;
- k) 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.
- l) lorsque les frais sont engagés par la personne assurée, postérieurement à la date d'émission d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs ou d'une modification à la hausse du niveau de risque d'un avertissement en vigueur, 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.

De plus, si l'avertissement a été émis, ou 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 son émission ou la date de modification du niveau de risque. Si la personne assurée ne peut faire la preuve qu'elle a pris les dispositions nécessaires, aucuns frais engagés par la personne assurée ne sont admissibles.

- m) dans le cas de frais liés à l'une ou l'autre des causes admissibles d'annulation de voyage, aucune prestation n'est payable si 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 les frais liés à l'une ou l'autre des causes 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.

3.2.2.4 Délai pour demander l'annulation

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

Si un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs ou une modification du niveau de risque d'un avertissement est en vigueur, 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 72 heures avant la date de son départ en voyage, selon le cas.

3.2.2.5 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.

3.2.2.6 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 :

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

3.3 Exclusions et réductions de la garantie d'assurance maladie

Sans autres limitations aux soins, fournitures et services décrits dans les frais d'assurance maladie admissibles et sous réserve des dispositions prévues par la loi provinciale applicable, aucun remboursement ne sera effectué par l'Assureur pour les frais suivants :

- 3.3.1 pour un examen de l'ouïe, sauf si nécessité à la suite d'un accident;
- 3.3.2 pour un examen de la vue, sauf si nécessité à la suite d'un accident;
- 3.3.3 pour les prothèses dentaires, sauf pour l'achat initial si nécessitées par suite d'un accident;
- 3.3.4 pour les lunettes, verres de contact ou leurs ajustements, sauf si cela est nécessité à la suite d'un accident;
- 3.3.5 pour 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 prévaluée des dispositions de tout régime public ou ne serait pas tenue de payer en l'absence de la présente garantie;
- 3.3.6 pour une chirurgie à des fins esthétiques, sauf à la suite d'un accident;
- 3.3.7 pour des traitements ou des prothèses à des fins esthétiques, sauf à la suite d'un accident;
- 3.3.8 pour un examen médical périodique, ou pour un examen médical aux fins d'emploi, aux fins d'admission à une institution scolaire, aux fins d'assurance ou aux fins de voyage de santé;
- 3.3.9 pour une condition survenue alors que la personne assurée est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays;
- 3.3.10 en raison d'une guerre déclarée ou non, ou de participation active à une insurrection réelle ou appréhendée;
- 3.3.11 pour une condition survenue lors de la participation de la personne assurée à un acte criminel ou réputé tel.

3.4 Demande de prestation

L'Assureur est tenu de payer en vertu de la présente garantie 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 de la présente garantie d'assurance.

3.5 Renseignements

L'Assureur peut exiger tous renseignements, détails et dossiers, y compris l'histoire de cas, concernant le diagnostic, le traitement ou les services rendus à chaque personne assurée, avant ou après la date d'entrée en vigueur de son assurance. La personne assurée convient, comme condition de la responsabilité de l'Assureur en vertu de la présente garantie, de lui fournir ou de lui faire fournir à tous ces renseignements, détails et dossiers, et autorise tout hôpital 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.

3.6 Prolongation de la protection des personnes à charge à la suite du décès de la personne adhérente

Lors du décès de la personne adhérente, les personnes à charge demeurent assurées en vertu de la garantie d'assurance maladie sans paiement de prime, pour la période indiquée au *Sommaire des garanties*.

Après ce délai, elles peuvent également demeurer assurées, avec paiement de primes, si la personne conjointe devient membre de l'AREF et si elle avise l'Assureur au cours de la période de prolongation.

3.7 Protection des personnes à charge à la suite d'un divorce, séparation de fait depuis au moins 90 jours ou dissolution de l'union civile de la personne adhérente

Lors d'un divorce, d'une séparation de fait depuis au moins 90 jours ou d'une dissolution de l'union civile, la personne conjointe peut demeurer assurée en vertu de la garantie d'assurance maladie avec paiement de prime et en devenant membre de l'AREF.

3.8 Modalité de paiement

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

3.9 Fin de l'assurance

3.9.1 La garantie d'assurance maladie de toute personne adhérente se termine à la première des dates suivantes :

3.9.1.1 la date de la fin du contrat ou de la garantie, sous réserve des dispositions relatives au « Droit de transformation »;

3.9.1.2 la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée, sous réserve des dispositions relatives au « Droit de transformation », 30 jours après l'envoi d'un avis écrit à cet effet par l'Assureur à la dernière adresse connue de la personne adhérente;

- 3.9.1.3 la date de la réception, par l'Assureur, de l'avis écrit de la personne adhérente qui désire mettre fin à son assurance en vertu de la garantie d'assurance maladie;
 - 3.9.1.4 la date de décès de la personne adhérente;
 - 3.9.1.5 la date à laquelle la personne adhérente cesse d'être membre de l'AREF;
 - 3.9.1.6 la date à laquelle la personne adhérente cesse d'être une résidente permanente du Canada. L'assurance maladie prend alors fin à la date d'expiration de la période maximale de séjour à l'étranger prévue par le régime d'assurance maladie de la province de résidence de la personne adhérente. Cette période débute à la date à laquelle la personne adhérente quitte sa province de résidence.
- 3.9.2 L'assurance de toute personne à charge se termine à la première des dates suivantes :
- 3.9.2.1 la date de fin de l'assurance de la personne adhérente, sous réserve des dispositions relatives à la « Prolongation de la protection des personnes à charge à la suite du décès de la personne adhérente »;
 - 3.9.2.2 la date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge;
 - 3.9.2.3 la date à laquelle la personne adhérente change son statut de protection familial pour un statut de protection individuel;
 - 3.9.2.4 la date à laquelle la personne à charge cesse d'être une résidente permanente du Canada. L'assurance maladie prend alors fin à la date d'expiration de la période maximale de séjour à l'étranger prévue par le régime d'assurance maladie de la province de résidence de la personne à charge. Cette période débute à la date à laquelle la personne à charge quitte sa province de résidence.

3.10 Droit de transformation

La personne assurée qui cesse d'être admissible à la présente garantie peut obtenir, sans preuves d'assurabilité, un contrat d'assurance maladie individuelle du genre alors émis par l'Assureur, si elle en fait la demande écrite à l'Assureur dans le délai indiqué au *Sommaire des garanties*. Le contrat d'assurance maladie individuelle de la personne assurée entrera en vigueur à la date de terminaison de son contrat d'assurance collective, à condition d'en faire la demande écrite dans le délai prescrit.

ARTICLE 4 - GARANTIES D'ASSURANCE VIE

4.1 Garantie d'assurance vie de base de la personne adhérente

4.1.1 Montant de la prestation

Au décès de la personne adhérente alors que cette garantie est en vigueur, l'Assureur paie au bénéficiaire une indemnité indiquée au *Sommaire des garanties* sujette toutefois aux maximums et réductions prévus audit sommaire.

4.2 Garantie d'assurance vie de base des personnes à charge

4.2.1 Montant de la prestation

Le montant payable au décès d'une personne à charge assurée est égal au montant indiqué au *Sommaire des garanties*.

4.3 Garantie d'assurance vie additionnelle de la personne adhérente

4.3.1 Montant de la prestation

La personne adhérente a droit au montant souscrit indiqué au *Sommaire des garanties* sujet toutefois aux maximums et réductions prévus.

4.3.2 Lors d'une réduction du montant d'assurance vie de base, en raison de l'âge, la personne adhérente peut obtenir l'équivalent du montant de cette réduction en tranches d'assurance vie additionnelle, sans toutefois excéder le nombre de tranches indiqué au *Sommaire des garanties* selon son âge.

4.3.3 Sous réserve des dispositions de l'article 4.3.2, une personne adhérente peut en tout temps diminuer le nombre de tranches d'assurance vie additionnelle, mais ne peut en aucun cas l'augmenter.

4.3.4 Le montant total de protection détenu en vertu des garanties d'assurance vie de base et additionnelle de la personne adhérente en vertu du présent contrat ne peut, en aucun temps, excéder le montant total de protection d'assurance vie de base et additionnelle de l'adhérent détenu en vertu du contrat d'assurance collective en vigueur le jour précédent sa retraite.

4.4 Garantie d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe

4.4.1 Montant de la prestation

La personne adhérente peut souscrire le montant indiqué au *Sommaire des garanties* pour la personne conjointe sujet toutefois aux maximums et réductions prévus

4.4.2 Le montant d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe en vertu de ce contrat ne peut excéder le montant d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe détenu en vertu du contrat d'assurance collective en vigueur le jour précédent la retraite de la personne adhérente.

4.4.3 La personne adhérente peut en tout temps diminuer le nombre de tranches d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe, mais ne peut en aucun cas l'augmenter.

4.5 **Bénéficiaire**

Sous réserve des dispositions de la loi, toute personne adhérente peut désigner un 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.

4.6 **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. En cas de décès de la personne adhérente, les prestations sont payables au bénéficiaire désigné. Advenant le décès de la personne conjointe de la personne adhérente 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.

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

4.7 **Prolongation de la protection des personnes à charge à la suite du décès de la personne adhérente**

Lors du décès de la personne adhérente, les personnes à charge demeurent assurées en vertu de la garantie d'assurance vie, sans paiement de prime, pour la période indiquée au *Sommaire des garanties*.

Après ce délai, elles peuvent également demeurer assurées, avec paiement de primes, si la personne conjointe devient membre de l'AREF et si elle avise l'Assureur au cours de la période de prolongation.

4.8 Fin de l'assurance

4.8.1 La garantie d'assurance vie de toute personne adhérente se termine à la première des dates suivantes :

- 4.8.1.1 la date de la fin du contrat ou de la garantie, sous réserve des dispositions relatives au « Droit de transformation »;
- 4.8.1.2 la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée, sous réserve des dispositions relatives au « Droit de transformation applicable à la garantie d'assurance vie de base de la personne adhérente, à la garantie d'assurance vie de base des personnes à charge, à la garantie d'assurance vie additionnelle de la personne adhérente et à la garantie d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe »; et sous réserve de tout délai de grâce prévu par la loi de la compétence provinciale concernée;
- 4.8.1.3 la date de la réception, par l'Assureur, de l'avis écrit de la personne adhérente qui désire mettre fin à son assurance ou la date de fin inscrite sur cet avis, selon la plus éloignée;
- 4.8.1.4 la date de décès de la personne adhérente;
- 4.8.1.5 la date à laquelle la personne adhérente cesse d'être membre de l'AREF;
- 4.8.1.6 la date à laquelle la personne adhérente cesse d'être une résidente permanente du Canada.

4.8.2 L'assurance de toute personne à charge se termine à la première des dates suivantes :

- 4.8.2.1 la date de la fin de l'assurance de la personne adhérente, sous réserve des dispositions relatives à la « Prolongation de la protection des personnes à charge à la suite du décès de la personne adhérente » ainsi qu'au « Droit de transformation applicable à la garantie d'assurance vie de base de la personne adhérente, à la garantie d'assurance vie de base des personnes à charge, à la garantie d'assurance vie additionnelle de la personne adhérente et à la garantie d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe »;
- 4.8.2.2 la date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge;
- 4.8.2.3 la date de la réception, par l'Assureur, de l'avis écrit de la personne adhérente qui désire mettre fin à l'assurance de sa personne conjointe ou de ses enfants à charge en vertu de la garantie d'assurance vie de base des personnes à charge et de la garantie d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe;
- 4.8.2.4 la date à laquelle la personne à charge cesse d'être une résidente permanente du Canada.

4.9 Droit de transformation applicable à la garantie d'assurance vie de base de la personne adhérente, à la garantie d'assurance vie de base des personnes à charge, à la garantie d'assurance vie additionnelle de la personne adhérente et à la garantie d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe

4.9.1 En cas de fin d'appartenance à l'AREF

Toute personne adhérente qui cesse de faire partie de l'AREF avant l'âge de 65 ans et qui bénéficie d'un montant d'assurance vie d'au moins 10 000 \$ a le droit de transformer en tout ou en partie sa protection d'assurance sur la vie ou, le cas échéant, celle de ses personnes à sa charge, en une assurance individuelle sur la vie, sans avoir à justifier de son assurabilité ou de celle de ses personnes à charge.

Le montant d'assurance sur la vie de la personne adhérente qui peut être transformé est d'au moins 10 000 \$ et ne peut excéder le moindre du montant de l'ensemble des protections d'assurance sur la vie qu'elle détenait en vertu du présent contrat à la date de la transformation ou 400 000 \$.

De plus, pour chaque personne à charge qui bénéficie d'un montant de protection d'assurance vie d'au moins 5 000 \$ en vertu du présent contrat, le montant de protection d'assurance vie peut être transformé en un montant d'au moins 5 000 \$, sans excéder le montant d'assurance sur la vie de ces personnes à la date de la transformation ou 400 000 \$.

Ce droit peut être exercé par la personne adhérente en soumettant une demande écrite à l'Assureur avant l'expiration du délai indiqué au *Sommaire des garanties*, suivant la date où la personne adhérente cesse de faire partie de l'AREF. La protection offerte par le présent contrat demeure en vigueur jusqu'au jour de sa transformation en une assurance individuelle, sans toutefois excéder le délai indiqué au *Sommaire des garanties*. Une diminution du montant d'assurance en raison de l'âge n'ouvre pas le droit à la transformation.

4.9.2 À l'échéance du contrat

La personne adhérente assurée depuis au moins cinq 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 le délai indiqué au *Sommaire des garanties*, suivant l'échéance du présent contrat si elle n'est pas remplacée 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.

Ce droit peut être exercé par la personne adhérente en soumettant une demande écrite à l'Assureur dans le délai indiqué au *Sommaire des garanties*, suivant la date de l'échéance du présent contrat, sans avoir à justifier de son assurabilité. Une diminution du montant d'assurance en raison de l'âge n'ouvre pas le droit à la transformation.

4.9.3 Protections disponibles lors de la transformation

La personne adhérente qui exerce son droit de transformation conformément aux dispositions précédentes a la possibilité d'obtenir une police d'assurance vie individuelle permanente ou temporaire, sans garantie accessoire, d'un genre alors émis par l'Assureur dans ces circonstances et conforme au *Règlement d'application de la Loi sur les assurances*.

Les primes applicables aux produits d'assurance individuelle offerts lors de l'exercice du droit de transformation sont établies selon les modalités prévues au *Règlement d'application de la Loi sur les assurances*.

ARTICLE 5 - TAUX DE PRIME - PAIEMENT DES PRIMES - DÉLAI DE GRÂCE

5.1 Taux de prime mensuels

Veuillez vous référer au *Sommaire des protections*.

5.2 Changement de politique gouvernementale

Si le gouvernement fédéral ou provincial adopte ou modifie des lois ou des règlements ou tout autre item qui pourraient influencer la tarification de l'Assureur, celui-ci se réserve le droit, après entente avec le comité, d'ajuster les taux de prime pour les garanties concernées, 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 item.

5.3 Paiement des primes

Toutes les primes sont payables mensuellement, en monnaie légale du Canada, au siège social de l'Assureur qui accorde un délai de grâce de 31 jours pour leur paiement. Le contrat demeure en vigueur durant cette période si le paiement est effectué avant la fin du délai de grâce. Sinon, le contrat se termine rétroactivement à l'échéance des primes à moins de présentation d'une preuve à l'effet que le non versement des primes est dû à une erreur ou une omission d'ordre administratif ne provenant pas de la personne adhérente elle-même.

Le montant des primes payables en vertu du contrat est le total des primes payables pour chaque personne adhérente.

La prime exigible pour chaque personne adhérente ne varie pas au cours d'une période contractuelle, sauf dans le cas d'un changement de protection ou d'un changement d'âge pour les garanties dont la prime varie selon l'âge.

Le montant de prime effectivement reçu ou à recevoir par l'Assureur pour une personne adhérente détermine la protection de celle-ci et établit si la personne conjointe ou les enfants à charge sont assurés ou non.

Le montant des primes n'est pas exigible pour une personne adhérente qui devient assurée à une date autre que le premier jour d'un mois. Toutefois, le montant des primes est payable en entier lors de la terminaison de l'assurance d'une personne adhérente à une date autre que le dernier jour d'un mois.

5.4 Délai de grâce

L'Assureur accorde à la personne retraitée assurée un délai de 30 jours suivant la date à laquelle toute prime devient payable. À défaut du paiement d'une prime avant l'expiration du délai de grâce, l'Assureur se réserve le droit d'annuler ce contrat tel que permis par la loi provinciale.

ARTICLE 6 - **RÉSILIATION DU CONTRAT**

Le Preneur ou l'Assureur peuvent résilier ce contrat à toute date de renouvellement en donnant par écrit à l'autre partie un préavis d'au moins 30 jours pour le Preneur et de 90 jours pour l'Assureur avant la date de renouvellement. À défaut de tel préavis du Preneur ou de l'Assureur, le présent contrat se renouvelle automatiquement à son échéance.

ARTICLE 7 - 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.

Aucun article de ce contrat ne peut être exclu, modifié ou autrement transformé, à moins d'une entente écrite et signée à cet effet par un mandataire de l'Assureur.

ARTICLE 8 - STIPULATIONS DIVERSES

8.1 Avis ou préavis

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. Aucun représentant en assurance ni 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.

8.2 Action ou procédure contre l'Assureur

Aucune action ni procédure ne peut être prise contre l'Assureur pour toute demande de prestations :

- a) dans les 60 jours suivant la date d'expiration du délai prévu pour transmettre une demande de prestations, sous réserve des délais légaux applicables;
- b) dans les 60 jours suivant le délai indiqué par l'Assureur lorsque des preuves d'assurabilité ou des informations supplémentaires sont requise, sous réserve des délais légaux applicables;
- c) après l'expiration des délais légaux prévus dans la province de résidence de la personne assurée ou dans la province où l'action est intentée ou la procédure est entreprise, selon le cas;
- d) pour les personnes résidentes de l'Ontario, aucune action ni procédure ne peut être prise contre l'Assureur concernant toute demande de prestations payable en vertu du présent contrat après l'expiration des délais prescrits par la *Loi de 2002 sur la prescription des actions*.

8.3 Attestations aux personnes adhérentes

L'Assureur est tenu de fournir des attestations à chacune des personnes adhérentes aux termes du présent contrat.

8.4 Subrogation des droits de la personne adhérente

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.

8.5 Erreur, omission, fraude ou tentative de fraude

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 de ce contrat.

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.

8.6 Paiements au présent contrat

Tout paiement au présent contrat est effectué en monnaie légale ayant cours au Canada, au siège social de l'Assureur. Tout paiement de prestations relativement au présent contrat est effectué en monnaie légale ayant cours au Canada.

8.7 Incessibilité des droits des personnes assurées

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.

8.8 Accès aux documents

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.

Sur demande spécifique et moyennant des frais raisonnables autres que ceux prévus à la formule de rétention, l'Assureur est tenu de fournir tout renseignement ou rapport jugé nécessaire par le Preneur.

ARTICLE 9 - EFFET DU CONTRAT

Le présent contrat est complet par lui-même et représente entièrement l'intention des parties. Il est présumé comprendre les éléments essentiels du cahier des charges, de l'offre de service et des ententes écrites intervenues. Ces documents ne font pas partie du contrat et ne peuvent servir qu'à en expliquer la portée, en cas d'ambiguïté. Dans le cas de contradiction, le contrat prévaut.

L'emploi de titres, de paragraphes, d'articles et d'alinéas ne sont qu'à titre indicatif et aux 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.

Pour l'interprétation du présent contrat, la forme masculine utilisée désigne tant le masculin que le féminin.