



Votre régime d'assurance collective



**RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE
DES SALARIÉS MEMBRES DE LA FPHQ**

Police n° N008



Desjardins

Assurances

Vie • Santé • Retraite

Votre régime d'assurance collective

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE DES SALARIÉS MEMBRES DE LA FPHQ

Police n° N008

Le présent document fait partie intégrante de l'attestation d'assurance. Il constitue un résumé de votre police d'assurance collective. Seule la police d'assurance collective peut servir à trancher les questions d'ordre juridique.

Brochure publiée le 2 mai 2024

TABLE DES MATIÈRES

DISPOSITIONS GÉNÉRALES	1
DÉFINITIONS	1
MODIFICATION AUX RÉGIMES GOUVERNEMENTAUX	6
ADMISSIBILITÉ	6
PARTICIPATION	7
DEMANDES D'ADHÉSION	8
CHANGEMENT DE STATUT DE PROTECTION	10
DROIT D'EXEMPTION ET FIN DU DROIT D'EXEMPTION	11
DÉBUT DE L'ASSURANCE	12
FIN DE L'ASSURANCE	15
MODIFICATION DE LA SOMME ASSURÉE OU DES PRESTATIONS	16
ABSENCE TEMPORAIRE DU TRAVAIL	17
EXONÉRATION DES PRIMES	20
TERMINAISON DE L'ASSURANCE MALADIE, DE L'ASSURANCE FRAIS DENTAIRES ET DE L'ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE LORS DE LA FIN DE L'EXONÉRATION DES PRIMES	21
ADHÉRENT QUI PREND SA RETRAITE	21
ADHÉRENT QUI ATTEINT 65 ANS	22
DEMANDES DE PRESTATIONS	23
MONNAIE	24
GENRE ET NOMBRE	24
EXAMEN	24
BÉNÉFICIAIRE	25
COORDINATION DES PRESTATIONS ET PARTAGE DES REMBOURSEMENTS – ASSURANCE MALADIE ET ASSURANCE FRAIS DENTAIRES	25
RENSEIGNEMENTS INEXACTS SUR L'ÂGE	26

ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT	27
OBJET DE LA GARANTIE	27
PAIEMENT ANTICIPÉ DE LA SOMME ASSURÉE	27
DROIT DE TRANSFORMATION	27
ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENT	29
OBJET DE LA GARANTIE	29
EXCLUSION EN CAS DE SUICIDE	29
DROIT DE TRANSFORMATION	29
ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE	30
OBJET DE LA GARANTIE	30
DROIT DE TRANSFORMATION	30
ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE	31
OBJET DE LA GARANTIE	31
RENTE HEBDOMADAIRE	31
DÉLAI DE CARENCE	31
DURÉE MAXIMALE DE LA RENTE	32
RÉDUCTIONS	32
EXCLUSIONS	33
PROLONGATION	34
DÉLAI DE CARENCE LORS D'UN REMPLACEMENT DE CONTRAT	34
ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE	35
OBJET DE LA GARANTIE	35
RENTE MENSUELLE	35
DÉLAI DE CARENCE	35
DURÉE MAXIMALE DE LA RENTE	35
RÉDUCTIONS	35
PROGRAMME DE RÉÉDUCATION	36
EXCLUSIONS	36

PROLONGATION	37
DÉLAI DE CARENCE LORS D'UN REMPLACEMENT DE CONTRAT	37
ASSURANCE MALADIE	38
OBJET DE LA GARANTIE	38
FRAIS COUVERTS EN VERTU DU MODULE DE BASE, DU MODULE INTERMÉDIAIRE ET DU MODULE COMPLET	38
FRAIS COUVERTS EN VERTU DU MODULE INTERMÉDIAIRE ET DU MODULE COMPLET SEULEMENT	41
SERVICE INFO ACCÈS-SANTÉ	45
ASSURANCE VOYAGE (MODULE INTERMÉDIAIRE ET MODULE COMPLET SEULEMENT)	46
ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE (MODULE INTERMÉDIAIRE ET MODULE COMPLET SEULEMENT)	50
EXCLUSIONS	56
DROIT DE TRANSFORMATION	63
ASSURANCE SOINS DENTAIRES	65
OBJET DE LA GARANTIE	65
FRANCHISE	65
POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT	65
REMBOURSEMENT MAXIMAL (PAR PERSONNE ASSURÉE)	65
GUIDE DES TARIFS	65
ÉVALUATION PRÉALABLE DES PRESTATIONS	66
FRAIS ADMISSIBLES	66
EXCLUSIONS	71

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

DÉFINITIONS

Dans ce contrat, on entend par :

- 1) **Accident** : Toute atteinte corporelle constatée par un médecin et provenant, directement et indépendamment de toute autre cause, de l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure.
- 2) **Adhérent** : Tout salarié assuré par le contrat.
- 3) **Alcoolisme et toxicomanie** : Toute intoxication qui provoque des troubles physiques ou psychiques permanents, ou encore l'habitude qui fait qu'une personne ne peut plus se priver d'alcool ou de drogue sans ressentir des troubles physiques prononcés, et non par le simple fait d'absorber de l'alcool en plus ou moins grande quantité ou d'utiliser des drogues à l'occasion.
- 4) **Assureur** : Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.
- 5) **Comité paritaire** : le comité provincial visé à l'article 21.01 des conventions collectives intervenues entre les parties patronale et syndicale.
- 6) **Conjoint** : Personne qui, au moment de l'événement qui ouvre droit à des prestations :
 - a) est unie à l'adhérent par les liens du mariage ou de l'union civile;
 - b) vit maritalement avec l'adhérent, qu'elle soit de sexe différent ou de même sexe, depuis au moins 12 mois;
 - c) vit maritalement avec l'adhérent, qu'elle soit de sexe différent ou de même sexe et a eu un enfant avec lui.

La dissolution du mariage par divorce ou annulation ou la révocation de l'union civile fait perdre le statut de conjoint, de même que la séparation de fait depuis 90 jours ou plus dans le cas d'une union de fait.

En présence de deux conjoints, toutefois, un seul est reconnu par l'assureur pour toutes les garanties d'un même régime. La priorité est accordée dans l'ordre suivant :

- a) le conjoint admissible qui a été le dernier à être désigné comme tel par un avis écrit de l'adhérent à l'assureur, sous réserve de l'acceptation de toute preuve d'assurabilité exigible;
 - b) le conjoint à qui l'adhérent est uni par les liens du mariage ou de l'union civile.
- 7) **Contrat antérieur** : Le contrat d'assurance collective en vigueur immédiatement avant l'entrée en vigueur du contrat et protégeant certains adhérents.

- 8) **Délai de carence** : Période ininterrompue d'invalidité totale qui doit s'écouler avant le début du versement des prestations d'assurance salaire.
- 9) **Effectivement au travail** : Le fait pour un salarié d'exercer, au cours de toute journée de travail, toutes les tâches habituelles reliées au travail qu'il effectue auprès de l'employeur selon le nombre d'heures prévu pour ladite journée.
- 10) **Employeur** : Tout établissement membre d'une association ou corporation désignée à la définition de « convention collective » du présent article et opérant un service ambulancier dans un secteur donné, de même que tout employeur ou toute catégorie d'employeurs qui sont reconnus par le comité paritaire.
- 11) **Enfant à charge** :

- a) Personne qui réside au Canada et qui :
- i) a moins de 21 ans et à l'égard de laquelle l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exerce une autorité parentale ou exerçait une autorité parentale jusqu'à ce qu'elle ait atteint l'âge de la majorité;
 - ii) n'a pas de conjoint, a 25 ans ou moins et fréquente à temps complet, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement et à l'égard de laquelle l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exercerait l'autorité parentale si elle était mineure;
 - iii) est atteinte d'une incapacité en raison d'une invalidité physique ou mentale, quel que soit son âge, pourvu qu'elle le soit devenue lorsqu'elle était autrement considérée comme enfant à charge aux fins des présentes et qu'elle le soit demeurée de façon continue depuis lors.

Le terme « enfant à charge » désigne également tout enfant dont l'ordonnance de placement, conformément au régime d'adoption, a été délivrée et qui dépend de l'adhérent pour son soutien.

- b) personne atteinte d'une déficience fonctionnelle : personne majeure, sans conjoint, atteinte d'une déficience fonctionnelle visée par le règlement d'application de la Loi sur l'assurance médicaments adopté par le gouvernement du Québec, déficience survenue avant l'âge de 18 ans, qui est domiciliée chez l'adhérent et sur laquelle l'adhérent ou son conjoint exercerait l'autorité parentale si cette personne était mineure.

Un enfant à charge satisfaisant à la définition de « déficience fonctionnelle » tout en n'étant pas atteint d'une incapacité en raison d'une invalidité physique ou mentale n'est pas admissible à la prestation de l'assurance vie des personnes à charge.

- 12) **Hôpital** : Installation où l'on reçoit des personnes pour fins de prévention, de diagnostic médical, de traitement médical, de réadaptation physique ou mentale, à l'exclusion toutefois d'un cabinet privé de professionnel et d'une infirmerie où une institution religieuse ou d'enseignement reçoit les membres de son personnel ou ses élèves, étant entendu qu'à moins d'indication contraire, l'hôpital doit être considéré comme centre hospitalier ou comme équivalent d'un centre hospitalier aux fins du régime provincial canadien d'assurance maladie qui couvre la personne assurée pour que l'assureur le reconnaisse comme hôpital.
- 13) **Invalidité totale** : Tout état d'incapacité résultant d'une maladie, d'un accident, d'une complication de grossesse, d'une ligature tubaire, d'une vasectomie ou à la planification familiale, qui empêche l'adhérent d'accomplir les principales fonctions de son emploi et exige des soins médicaux et qui, s'il persiste plus de 24 mois, sans nécessairement exiger des soins médicaux, empêche l'adhérent d'exercer tout travail rémunérateur que son éducation, sa formation et son expérience lui permettraient normalement d'accomplir.

Une invalidité résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie n'est pas reconnue comme une invalidité. Toutefois, une invalidité résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie et pour laquelle l'adhérent reçoit des traitements ou des soins médicaux en vue de sa réadaptation est reconnue comme une invalidité.

Pour être considérée comme résultant d'un accident, une invalidité doit découler entièrement et exclusivement de lésions corporelles causées par des voies externes, violentes et accidentelles et commencer dans les 90 jours suivant immédiatement la date à laquelle ces lésions ont été subies, pourvu qu'à telle date, l'adhérent ait été assuré en vertu du contrat. Toute autre invalidité est considérée comme résultant d'une maladie.

- 14) **Maladie** : Toute détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un médecin. Aux fins du contrat, les dons d'organes et leurs complications sont également considérés comme des maladies. La grossesse n'est pas considérée comme une maladie, sauf en cas de complications pathologiques.
- 15) **Médecin** : Un médecin dûment qualifié, autorisé à pratiquer la médecine à l'endroit où il fournit les services médicaux.
- 16) **Médicament équivalent** : un médicament, de marque ou générique, dit interchangeable en vertu de la loi provinciale applicable où le médicament est délivré.

- 17) **Période d'invalidité totale** : Toute période continue d'invalidité totale, ou des périodes successives d'invalidité totale dues à une même cause ou à des causes non entièrement différentes et séparées par moins de 31 jours de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un tel travail, si l'interruption d'invalidité survient au cours des 26 premières semaines d'invalidité totale et par moins de 6 mois de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un tel travail, si l'interruption survient par la suite. Des périodes successives d'invalidité totale dues à des causes entièrement différentes et séparées par moins d'un jour de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un tel travail sont aussi considérées comme une même période d'invalidité.

Toute période d'invalidité totale résultant d'une maladie ou d'un accident complètement étrangers à la cause de l'invalidité précédente est reconnue être une nouvelle période d'invalidité, sauf si cette nouvelle invalidité survient au cours d'une période d'invalidité.

- 18) **Personne assurée** : L'adhérent ou une de ses personnes à charge assurées.
- 19) **Personnes à charge** : Le conjoint et les enfants à la charge de l'adhérent tel que défini précédemment.
- 20) **Preuve d'assurabilité** : toute attestation relative à l'état de santé physique de la personne ou d'autres données factuelles pouvant influencer sur l'acceptation du risque. Seules sont acceptées les attestations faites à l'aide de formulaires approuvés par l'assureur.
- 21) **Salaires** : La rémunération qu'un salarié reçoit pour les heures de travail rémunérées au tarif horaire régulier seulement, y compris les heures de faction et les heures effectuées par le salarié sur la liste de rappel, et la prime d'éloignement que pourrait recevoir le salarié.

Pour le répartiteur médical d'urgence détenteur de deux postes, le salaire est la rémunération qu'il reçoit pour les heures de travail rémunérées au tarif horaire régulier du poste à temps complet ou des 12 dernières semaines s'il détient deux postes à temps partiel, y compris les heures de faction et les heures effectuées par le salarié sur la liste de rappel, et la prime d'éloignement que pourrait recevoir le salarié.

Cette définition du terme « salaire » doit être interprétée comme suit dans les cas suivants :

- a) le salaire correspondant aux heures rémunérées à taux et demi, double ou triple ne doit pas être pris en considération dans le calcul du salaire;
- b) la rémunération pour les heures de vacances et de congés prises sous forme de vacances ou de congés est incluse dans le salaire;

- c) la rémunération versée pour des heures de vacances et de congés qui ont été travaillées pendant les vacances ou les congés et qui ont été rémunérées à temps régulier est incluse; cependant, la rémunération versée pour compenser les vacances ou les congés que le salarié ne prendra pas n'est pas incluse (sauf si les heures travaillées en vacances ou congés n'ont pas été rémunérées au tarif horaire régulier);
- d) les paiements forfaitaires de toutes sortes ne sont pas inclus dans le salaire;
- e) la rémunération pour le temps travaillé à titre de formateur en prêt de service aux Agences de la santé et des services sociaux ainsi que la rémunération pour le temps en libération syndicale sont incluses dans le salaire.

Pour les salariés à temps partiel, le salaire est révisé le 1^{er} janvier de chaque année sur la base du temps travaillé durant la période de référence du 1^{er} octobre au 30 septembre de l'année précédente.

- Salarié à temps partiel :
- prime en fonction du salaire établi le 1^{er} janvier (salaire moyen des 52 semaines précédant le 1^{er} janvier);
 - pour l'assurance salaire de courte et de longue durée, prestations basées sur le salaire moyen des 12 dernières semaines travaillées avant l'invalidité et pour lesquelles il n'y a eu aucune absence autorisée;
 - pour l'assurance vie, prestations basées sur le salaire établi le 1^{er} janvier.

22) **Salaire mensuel net** : Le salaire mensuel moins :

- a) les impôts fédéral et provincial;
- b) les contributions au Régime d'assurance emploi et au Régime québécois d'assurance parentale;
- c) les contributions au Régime de rentes du Québec et au Régime de pensions du Canada.

23) **Salarié** : Tout salarié, tel que défini aux différentes conventions collectives, incluant celui qui exerce une fonction syndicale, de même que toute personne travaillant pour un employeur moyennant rémunération acceptée par le comité. Pour être considérée comme un salarié aux fins du contrat, la personne doit également appartenir à un des groupes de salariés suivant :

- a) technicien ambulancier paramédic ou répartiteur médical d'urgence, membre de la FPHQ;

- b) salarié autre qu'un technicien ambulancier paramédic ou un répartiteur médical d'urgence, syndiqué avec la FPHQ et travaillant pour un employeur ayant des techniciens ambulanciers paramédics ou des répartiteurs médicaux d'urgence à son emploi;
 - c) autre salarié ou membre de la direction des employeurs dont les salariés sont membres de la FPHQ, ainsi que les employés de la permanence du syndicat FPHQ.
- 24) **Salarié à temps complet** : Tout salarié détenteur d'un poste à temps complet ou de deux postes à temps partiel pour le répartiteur médical d'urgence et qui travaille de façon régulière le nombre maximum d'heures prévu à la classification.
- 25) **Salarié à temps partiel** : Tout salarié détenteur d'un poste à temps partiel, de même que tout salarié qui, bien qu'il ne détienne pas de poste, est inscrit sur la liste de rappel.

MODIFICATION AUX RÉGIMES GOUVERNEMENTAUX

Si une modification aux régimes gouvernementaux a pour effet d'accroître les obligations de l'assureur en vertu du contrat, ce dernier continue de s'appliquer comme si les régimes gouvernementaux n'avaient pas été modifiés, sauf si le preneur et l'assureur en conviennent autrement par écrit.

ADMISSIBILITÉ

Salarié

Tout salarié à temps complet devient admissible à l'assurance le jour où il entre au service de l'employeur.

Tout salarié à temps partiel devient admissible à l'assurance 45 jours après être entré au service de l'employeur, qu'il ait ou non terminé sa période de probation.

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

Personne à charge

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

PARTICIPATION

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

La participation est facultative pour tout salarié admissible.

Assurance maladie

La participation est obligatoire pour tout salarié admissible et pour ses personnes à charge admissibles, s'il y a lieu, sous réserve du droit d'exemption.

Assurance soins dentaires

- 1) Salarié à temps complet et salarié à temps partiel travaillant 50 % ou plus du temps complet

La participation est obligatoire pour tout salarié admissible, sous réserve du droit d'exemption. Elle est facultative pour ses personnes à charge admissibles, s'il y a lieu.

- 2) Salarié à temps partiel travaillant moins de 50 % du temps complet

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

Autres garanties

- 1) Salarié à temps complet et salarié à temps partiel travaillant 50 % ou plus du temps complet

La participation est obligatoire pour tout salarié.

- 2) Salarié à temps partiel travaillant moins de 50 % du temps complet

La participation est facultative pour tout salarié admissible.

Révision de la participation du salarié à temps partiel

La participation de ces salariés est révisée le 1^{er} janvier de chaque année. Elle est établie en fonction du pourcentage de temps travaillé au cours de la période de référence, du 1^{er} octobre au 30 septembre de l'année précédente.

Condition particulière pour les salariés à temps partiel travaillant moins de 50 % du temps complet

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

Salarié admissible travaillant chez plus d'un employeur

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

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

DEMANDES D'ADHÉSION

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

De plus, des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur sont requises pour tout montant en vertu de l'assurance vie additionnelle de l'adhérent.

Choix et changement de module

- 1) Choix de module

Dans les 31 jours suivant la date à laquelle il devient admissible, l'adhérent peut choisir entre les modules de base, intermédiaire ou complet pour l'assurance maladie et l'assurance soins dentaires.

L'adhérent qui ne choisit pas de module pendant le délai de 31 jours bénéficie automatiquement du module de base et de la protection qu'il a demandée. Il ne bénéficie toutefois pas de l'assurance vie des personnes à charge.

L'adhérent qui ne fait pas de choix de module bénéficie automatiquement du module de base avec une protection individuelle.

La couverture prend effet à la date à laquelle l'adhérent devient admissible et demeure en vigueur jusqu'au 31 décembre qui précède la prochaine période de couverture. L'adhérent peut alors choisir de conserver le même module ou de changer de module selon les dispositions prévues en 2) ci-dessous.

La première période de couverture s'étend du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2019. Par la suite, chaque période de couverture durera un an.

2) Changement de module

Toute demande de changement de module doit être faite par l'adhérent au cours d'une période de réadhésion. Cette période aura lieu du 1^{er} au 30 novembre précédant chaque période de couverture. Toute demande de changement de module peut également être faite à la suite d'un évènement de vie. Dans ce cas, la demande de changement doit être faite dans les 31 jours qui suivent l'évènement.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CHANGEMENT DE STATUT DE PROTECTION

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

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

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

Le statut de protection peut être changé à la suite d'un évènement de vie, en présentant une demande à l'assureur dans les 31 jours qui suivent l'évènement. Le nouveau statut de protection entre alors en vigueur à la date de l'évènement.

Si l'adhérent présente sa demande plus de 31 jours après un évènement de vie :

- 1) le nouveau statut de protection entre en vigueur à la date de réception de la demande par l'assureur;
- 2) l'assurance vie des personnes à charge ne peut pas être ajoutée;
- 3) les prestations d'assurance frais dentaires sont limitées tel que décrit à la section ASSURANCE SOINS DENTAIRE.

Un évènement de vie est défini comme suit :

- 1) mariage, nouveau conjoint de fait, séparation ou divorce;
- 2) naissance ou adoption d'un premier enfant;

- 3) perte du régime d'assurance collective du conjoint, pour une raison autre qu'un choix personnel;
- 4) décès d'une personne à charge;
- 5) cessation de l'admissibilité de la dernière personne à charge;
- 6) obtention d'un poste à temps complet; ou
- 7) modification du point d'attache.

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

DROIT D'EXEMPTION ET FIN DU DROIT D'EXEMPTION

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

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

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

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

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

DÉBUT DE L'ASSURANCE

Salarié à temps complet et salarié à temps partiel travaillant 50 % ou plus du temps complet

- 1) L'assurance d'un **salarié** prend effet à la dernière des dates suivantes, pourvu qu'il soit effectivement au travail à cette date :
 - a) la date de prise d'effet du contrat;
 - b) la date à laquelle il devient admissible à l'assurance;
 - c) pour l'assurance vie additionnelle de l'adhérent, la date à laquelle l'assurabilité du salarié est approuvée par l'assureur.

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

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

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

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

Salarié à temps partiel travaillant moins de 50 % du temps complet

- 1) L'assurance d'un **salarié** prend effet à la dernière des dates suivantes, pourvu qu'il soit effectivement au travail à cette date :
- a) la date de prise d'effet du contrat ou la date à laquelle il devient admissible à l'assurance, pour l'assurance maladie complémentaire;
 - b) la date de prise d'effet du contrat ou la date à laquelle il devient admissible à l'assurance, s'il présente une demande dans les 31 jours suivant cette date, pour les garanties dont la participation est facultative, sauf l'assurance vie additionnelle de l'adhérent. Si aucune demande n'est présentée durant ce délai, l'assurance débute :
 - i) le 1^{er} janvier, s'il en fait la demande lors d'une période de réadhésion; ou
 - ii) le 1^{er} janvier coïncidant avec une révision de sa participation, s'il demande ces garanties.
 - c) pour l'assurance vie additionnelle de l'adhérent, la date à laquelle l'assurabilité du salarié est approuvée par l'assureur;
 - d) le 1^{er} janvier coïncidant avec une révision de la participation de l'adhérent faisant en sorte qu'il devient un salarié à temps partiel travaillant 50 % ou plus du temps complet;
 - e) la date d'obtention d'un poste à temps complet, pour les garanties dont la participation est facultative, sauf l'assurance vie additionnelle de l'adhérent.

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

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

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

- e) le 1^{er} janvier coïncidant avec une révision de la participation de l'adhérent faisant en sorte qu'il devient un salarié à temps partiel travaillant 50 % ou plus du temps complet;
- f) la date d'obtention d'un poste à temps complet, pour les garanties dont la participation est facultative.

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

FIN DE L'ASSURANCE

Adhérent

L'assurance de tout adhérent prend fin à 23:59:59 heures à la première des dates suivantes :

- 1) la date de la fin du contrat sous réserve des dispositions prévues en cas d'exonération des primes;
- 2) la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée pour cet adhérent;
- 3) la date à laquelle il cesse d'être un salarié pour une autre raison que la retraite, pour toutes les garanties, à l'exception de l'assurance vie de base et additionnelle de l'adhérent et de l'assurance vie des personnes à charge;
- 4) le premier jour de la période de prime qui coïncide avec ou suit la date de sa retraite, pour toutes les garanties, à l'exception de l'assurance vie de base de l'adhérent et de l'assurance vie des personnes à charge;
- 5) le 31^e jour qui suit la date à laquelle il cesse d'être un salarié pour l'assurance vie de base et additionnelle de l'adhérent et l'assurance vie des personnes à charge;
- 6) la fin de la période de prime au cours de laquelle l'adhérent s'exempte;
- 7) la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 65 ans pour ce qui est de l'assurance salaire de courte durée;
- 8) la date à laquelle l'adhérent avise l'employeur de mettre fin à sa participation à l'assurance vie additionnelle;
- 9) relativement à un salarié à temps partiel travaillant moins de 50 % du temps complet et uniquement pour les garanties facultatives, la date de début de la prochaine période de couverture, pourvu que l'avis de l'adhérent de mettre fin à sa participation à l'une et/ou l'autre de ces garanties soit transmis lors d'une période de réadhésion;
- 10) pour les garanties dont la participation est facultative pour les salariés à temps partiel travaillant moins de 50 % du temps complet, la fin de la période de 45 jours qui suit la perte du poste à temps complet pour un salarié à temps complet qui :
 - a) devient un salarié à temps partiel travaillant moins de 50 % du temps complet; et
 - b) décide de mettre fin à sa participation à ces garanties;pourvu qu'il en avise l'assureur dans les 31 jours qui suivent la perte du poste à temps complet;
- 11) la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 65 ans pour ce qui est de l'assurance salaire de longue durée. Toutefois, l'adhérent qui atteint l'âge de 64 ans et 6 mois cesse de cotiser.

Personne à charge

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

- 1) la date de la fin du contrat;
- 2) la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée pour cette personne à charge;
- 3) la date de la fin de l'assurance de l'adhérent, sous réserve de ce qui est prévu en vertu du droit de transformation;
- 4) la date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge admissible, sous réserve de ce qui est prévu en vertu du droit de transformation;
- 5) la date à laquelle le salarié demande d'être assuré sans personne à charge, ou de passer d'une protection familiale à une protection monoparentale, à condition que cette date ne soit pas antérieure à la date d'échéance de toute prime non payée pour ces personnes à charge et sous réserve de toute autre disposition du présent régime.

MODIFICATION DE LA SOMME ASSURÉE OU DES PRESTATIONS

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

Une modification des prestations suite à un changement apporté aux garanties d'assurance vie et d'assurance salaire entre en vigueur à la date du changement si l'adhérent est alors au travail ou apte au travail, sinon à la date de son retour au travail. Si le preneur et l'assureur en conviennent, la modification apportée prend effet comme si l'adhérent était effectivement au travail. Il est toutefois entendu qu'aucune modification des prestations ne peut survenir au cours d'une période d'invalidité totale.

ABSENCE TEMPORAIRE DU TRAVAIL

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

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

Congé avec solde et congé sans solde d'une durée de quatre semaines ou moins

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

Congé sans solde d'une durée de plus de quatre semaines

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

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

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

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

Si, au cours de son congé sans solde et après avoir effectué un des choix ci-dessus, un adhérent obtient un emploi à temps complet, il peut choisir de ne conserver aucune garantie, sous réserve de ce qui suit :

- 1) il doit en faire la demande dans les 31 jours qui suivent l'obtention du poste à temps complet;
- 2) ce choix est irrévocable pendant toute la durée du congé.

Congé sans solde pour soutien aux Forces canadiennes

Lors d'un congé sans solde pour soutien aux Forces canadiennes, la participation de l'adhérent et de ses personnes à charge, le cas échéant, peut être maintenue sous réserve du paiement de la prime totale. Toutefois, la participation à l'assurance maladie du module détenu doit être maintenue pendant la durée du congé.

Les montants versés par le régime d'avantages sociaux des Forces canadiennes viendront réduire les prestations payables par le présent régime.

Congé partiel sans solde

Le salarié est régi par les règles applicables au salarié à temps partiel. Le salaire utilisé aux fins du paiement des primes et des prestations est déterminé en fonction du salaire réduit durant le congé partiel sans solde. Par la suite, le salaire à temps complet est utilisé pour déterminer les prestations lorsque l'invalidité se poursuit au-delà du congé partiel sans solde.

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

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

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

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

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

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

Mise à pied temporaire, grève, lock-out

L'assurance est maintenue en vigueur en autant que les primes continuent d'être versées à l'assureur et l'adhérent continue d'être assuré, de même que ses personnes à charge, le cas échéant. Il est par ailleurs entendu que ce maintien d'assurance ne peut excéder 12 mois dans le cas d'une mise à pied temporaire.

De plus, si une invalidité débute moins de 14 jours avant la mise à pied et si un avis de mise à pied est transmis à l'adhérent avant que l'invalidité ne débute, les prestations d'assurance salaire de courte durée cessent au plus tard le jour de la mise à pied, sauf si l'invalidité entraîne une hospitalisation continue d'au moins 48 heures.

Régime de congé à traitement différé

- 1) Durant la période de contribution du salarié : la participation au régime d'assurance collective est maintenue durant cette période et l'adhérent continue d'être assuré, de même que ses personnes à charge, le cas échéant, le salaire assuré étant alors basé sur le salaire réduit.

- 2) Durant la période de congé : les modalités du congé sans solde d'une durée de plus de quatre semaines s'appliquent. Le salarié doit aviser son employeur de son choix avant la période de congé. Si le salarié choisit de maintenir sa participation à tout le régime, le salaire assuré est basé sur le salaire réduit.

Suspension

- 1) Pour une suspension de quatre semaines ou moins, la participation de l'adhérent est maintenue et il continue d'être assuré, de même que ses personnes à charge, le cas échéant. L'employeur et l'adhérent continuent à verser leur prime respective.
- 2) Pour une suspension de plus de quatre semaines, les modalités du congé sans solde d'une durée de plus de quatre semaines s'appliquent.

Absence pour maladie ou accident

Lorsqu'un adhérent dont l'invalidité n'est pas reconnue par l'assureur est dans l'impossibilité de retourner au travail, il est considéré en absence pour maladie ou accident. Ce dernier peut alors maintenir ses garanties en vigueur, à l'exception de l'assurance salaire de courte durée et de longue durée, jusqu'à la première des dates suivantes :

- 1) la date où il atteint 36 mois d'invalidité, sauf pour un adhérent dont l'invalidité est reconnue en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou de toute autre loi semblable;
- 2) la date où il cesse d'être un salarié et qu'il y a rupture du lien d'emploi, pour un adhérent dont l'invalidité est reconnue en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou de toute autre loi semblable.

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

Congédiement contesté

Un adhérent congédié pour lequel le congédiement est contesté par voie de grief ou de recours à l'arbitrage au sens du Code du travail, doit maintenir en vigueur sa participation à l'assurance maladie du module détenu à son égard et à celui de ses personnes à charge, le cas échéant. Il peut, s'il le désire, continuer d'être assuré, de même que ses personnes à charge, s'il y a lieu, en vertu des autres garanties, incluant l'assurance frais dentaires du module détenu. L'assurance s'applique jusqu'à ce qu'une décision finale soit rendue à l'égard de son congédiement, y compris les procédures d'appel, le cas échéant. L'adhérent doit payer la prime totale (adhérent /employeur) par l'intermédiaire de son employeur.

Retraite progressive

La participation de l'adhérent est maintenue et il continue d'être assuré, de même que ses personnes à charge, le cas échéant. Le salaire assurable est déterminé comme suit :

- 1) pour l'assurance vie de base : selon le salaire à temps complet;
- 2) pour l'assurance salaire de courte et de longue durée : selon le salaire à temps réduit.

Le versement des prestations d'assurance salaire de courte et de longue durée ne peut dépasser la date de fin de l'entente de retraite progressive. Toutefois, pour l'adhérent invalide dont la date de fin de l'entente de retraite progressive est la date de son 65^e anniversaire, s'il n'a pas encore reçu 15 semaines de prestations à cette date en assurance salaire de courte durée, le versement de la rente se poursuit jusqu'à la date à laquelle il en a reçu 15 au total, pour cette même période d'invalidité, pourvu que celle-ci subsiste au cours de cette prolongation.

EXONÉRATION DES PRIMES

Lorsqu'un adhérent devient totalement invalide, toutes ses garanties d'assurance sont maintenues en vigueur sans paiement de prime, à compter du premier jour du mois qui coïncide avec ou suit le début de l'invalidité totale. Ce maintien d'assurance sans paiement de prime prend fin à la première des dates suivantes :

- 1) pour l'assurance maladie, l'assurance frais dentaires et assurance vie des personnes à charge
 - a) la date à laquelle l'adhérent est incapable ou refuse de fournir à l'assureur des preuves satisfaisantes de son invalidité totale;
 - b) la date à laquelle la durée de la période d'invalidité totale atteint 3 ans, sauf pour un adhérent dont l'invalidité est reconnue en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou de toute autre loi semblable;
 - c) la date à laquelle le lien d'emploi est rompu pour un adhérent dont l'invalidité est reconnue en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou de toute autre loi semblable;
 - d) la date de la fin du contrat;

- e) la date à laquelle l'adhérent prend sa retraite.
- 2) pour l'assurance vie de base de l'adhérent, l'assurance vie additionnelle de l'adhérent et l'assurance salaire de longue durée
- a) la date à laquelle l'adhérent est incapable ou refuse de fournir à l'assureur des preuves satisfaisantes de son invalidité totale;
 - b) la date à laquelle prend fin la troisième année d'une même période d'invalidité totale, si l'invalidité a débuté à 62 ans ou après et qu'il s'agisse de l'assurance vie de base de l'adhérent et de l'assurance vie additionnelle de l'adhérent;
 - c) la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 65 ans.
- 3) pour l'assurance salaire de courte durée
- a) la date à laquelle l'adhérent est incapable ou refuse de fournir à l'assureur des preuves satisfaisantes de son invalidité totale;
 - b) la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 65 ans.

Un adhérent invalide en assignation temporaire qui reçoit son plein salaire ne bénéficie pas de l'exonération des primes pour la durée d'une telle assignation. L'exonération des primes est donc suspendue et les primes sont requises durant cette période.

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

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

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

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

ADHÉRENT QUI PREND SA RETRAITE

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

- 1) le régime d'assurance collective se termine à la date de la retraite;
- 2) le salarié doit s'inscrire à la Régie de l'assurance maladie du Québec pour être couvert par le Régime général d'assurance médicaments;

- 3) le salarié peut adhérer à un régime individuel d'assurance maladie offert aux retraités, sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité, en remplissant une demande d'adhésion à cet effet dans les 60 jours suivant la date de la retraite;
- 4) le salarié peut obtenir, sans preuve d'assurabilité, un contrat individuel d'assurance vie sans garantie d'assurance en cas d'accident, à la condition d'en faire la demande dans les 31 jours qui suivent la fin de son assurance. Il en est de même pour toute personne à charge dont l'assurance prend fin.

ADHÉRENT QUI ATTEINT 65 ANS

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

- 1) toutes les garanties se poursuivent, à l'exception de celles qui prennent fin à 65 ans et sous réserve du point 2) ci-dessous;
- 2) l'adhérent devient automatiquement assuré par le Régime général d'assurance médicaments, sous réserve des **Dispositions particulières pour les adhérents de 65 ans ou plus** décrites ci-dessous.

Dispositions particulières pour les adhérents de 65 ans ou plus

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

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

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

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

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

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

DEMANDES DE PRESTATIONS

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

Le défaut de transmettre la demande de prestations, les preuves et les renseignements dans les délais prévus n'entraîne pas le refus de la demande, pourvu que celle-ci, les preuves ou les renseignements soient fournis aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire. Cependant, la demande de prestations, les preuves et les renseignements doivent parvenir à l'assureur au plus tard 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

En cas de terminaison du contrat, l'assureur n'est responsable d'aucune demande de prestation qui lui est soumise plus de 12 mois après la date de la fin du contrat.

Assurance vie et assurance salaire

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

Assurance maladie

- 1) Pour l'achat de médicaments couverts par l'assurance dans une pharmacie qui offre le service de carte de paiement de médicaments, il suffit de présenter au pharmacien la carte sur laquelle est inscrit le numéro d'identification du salarié. Le mode de paiement prévu par le présent régime est « direct » et permet au salarié de déboursier uniquement la partie non assurée des frais de médicaments qu'il a engagés.
- 2) Pour l'achat de médicaments couverts par l'assurance dans une pharmacie qui n'offre pas le service de paiement par carte, l'adhérent doit remplir le formulaire de demande de remboursement prévu à cette fin et y attacher l'original des factures acquittées.
- 3) Pour tout autre achat

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

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

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

4) Remboursement à la suite d'une annulation de voyage

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

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

Assurance frais dentaires

- 1) Pour le remboursement des frais dentaires, la personne assurée doit présenter la carte de paiement dentaire au dentiste participant. Cette carte permet au salarié de déboursier uniquement la partie non assurée des frais dentaires engagés.
- 2) Dans le cas d'un dentiste non participant, la personne assurée doit déboursier la totalité des honoraires pour les traitements reçus. L'adhérent doit alors soumettre une demande de prestations à l'assureur accompagnée des pièces justificatives à chaque période de 6 mois, ou plus souvent lorsque l'ampleur du montant à réclamer le justifie.

MONNAIE

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

GENRE ET NOMBRE

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

EXAMEN

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

BÉNÉFICIAIRE

Cette clause retire ou restreint le droit de l'adhérent de désigner des personnes à qui ou pour qui des sommes sont payables.

L'assureur reconnaît le ou les bénéficiaires désignés par l'adhérent en vertu du régime d'assurance collective de l'employeur immédiatement avant la date de prise d'effet de la police, sauf si l'assureur demande une nouvelle désignation de bénéficiaire.

Sous réserve des dispositions de la loi, l'adhérent peut désigner ou révoquer en tout temps un ou des bénéficiaires de sa couverture. Seules les garanties qui prévoient des prestations en cas de décès de l'adhérent sont sujettes à la désignation de bénéficiaire(s) qui est alors la même pour l'ensemble de ces garanties. Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant l'adhérent retournent à ce dernier. En l'absence d'un bénéficiaire désigné, les sommes payables sont versées selon les lois applicables.

Les sommes payables au décès d'une personne à charge sont versées à l'adhérent, s'il est vivant. Si l'adhérent est décédé, elles sont versées selon les lois applicables.

L'assureur n'assume aucune responsabilité quant à la validité de toute désignation ou révocation de bénéficiaire.

COORDINATION DES PRESTATIONS ET PARTAGE DES REMBOURSEMENTS – ASSURANCE MALADIE ET ASSURANCE FRAIS DENTAIRES

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

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

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

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

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

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

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

RENSEIGNEMENTS INEXACTS SUR L'ÂGE

Si l'âge d'une personne a été déclaré de façon erronée, les prestations payables en vertu du contrat sont fonction de l'âge réel de la personne en cause, au moment opportun. Si l'âge déclaré est erroné, le redressement des primes est alors effectué pour la période durant laquelle l'assurance a été en vigueur.

ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT

OBJET DE LA GARANTIE

Au décès d'un adhérent, l'assurance vie de base de l'adhérent prévoit le paiement d'une somme assurée, selon les modalités qui sont prévues ci-après.

Somme assurée au décès d'un adhérent de moins de 65 ans

Une fois le salaire annuel, arrondi au prochain multiple de 1 000 \$ si ce n'est pas déjà un tel multiple. Toutefois, la somme assurée ne peut jamais excéder 185 000 \$.

Réductions de la somme assurée

(en pourcentage de la somme assurée détenue immédiatement auparavant)

- 1) Réduction de 50 % lorsque l'adhérent atteint l'âge de 65 ans
- 2) Réduction de 50 % lorsque l'adhérent atteint l'âge de 70 ans

Toutefois, la somme assurée ne peut jamais être inférieure à 1 000 \$.

PAIEMENT ANTICIPÉ DE LA SOMME ASSURÉE

Sur acceptation de l'assureur, tout adhérent dont l'espérance de vie est de moins de 12 mois peut obtenir le paiement d'une partie de la somme assurée en assurance vie de base de l'adhérent payable à son décès.

Ce paiement anticipé est toutefois limité à 50 % du montant d'assurance vie mais ne peut être inférieur à 5 000 \$ ou excéder 100 000 \$.

Lors du décès de l'adhérent, le montant payable en vertu de cette garantie est réduit :

- 1) du montant correspondant à la valeur du paiement anticipé, et
- 2) des intérêts courus sur le montant du paiement anticipé.

Le paiement de la prime de l'adhérent se poursuit à moins qu'il ne bénéficie de l'exonération des primes prévues au contrat.

DROIT DE TRANSFORMATION

1) Tout adhérent dont l'assurance prend fin en raison de la fin de son emploi ou de la fin de son appartenance au groupe a le droit d'obtenir, sans preuve d'assurabilité, un contrat individuel d'assurance vie permanente ou d'assurance temporaire échéant à 65 ans, sans garantie d'assurance en cas d'accident, d'un genre alors émis par l'assureur, sous réserve des dispositions suivantes :

- a) l'adhérent doit transmettre à l'assureur, au cours des 31 jours qui suivent la fin de son emploi ou la fin de son appartenance au groupe, une demande écrite de transformation d'assurance;

- b) le contrat individuel entre en vigueur à la date de la fin de l'assurance en vertu de la présente garantie;
 - c) la prime du contrat individuel est déterminée selon l'âge de l'adhérent lors de l'entrée en vigueur de l'assurance individuelle;
 - d) le montant d'assurance vie qui peut être transformé sera limité au moindre des montants suivants :
 - i) 400 000 \$; ou
 - ii) la somme assurée de l'adhérent en vertu de la présente garantie, moins la somme assurée prévue dans un autre contrat d'assurance collective auquel l'adhérent est devenu admissible au moment d'exercer son droit de transformation;
 - e) pour la première année du contrat individuel, l'adhérent peut payer une prime d'assurance temporaire avant d'être obligé de verser la première prime du contrat individuel choisi;
 - f) le contrat individuel ne comporte pas de garantie d'exonération des primes en cas d'invalidité totale, ni d'autre garantie complémentaire.
- 2) L'adhérent qui s'est prévalu une fois de ce droit n'est plus admissible à l'assurance en vertu de la présente garantie à moins qu'il fournisse des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur.
- 3) Si l'assurance vie de base d'un adhérent prend fin en raison de la résiliation du contrat et si cet adhérent a été assuré en vertu de la présente garantie de façon ininterrompue pendant les cinq années précédant immédiatement la résiliation du contrat, il a le droit de transformer en une police individuelle sans fournir de preuves d'assurabilité tout montant d'assurance jusqu'à concurrence du plus élevé des montants suivants : 10 000 \$ ou 25 % du montant d'assurance en vertu du contrat. Toutefois, ce montant d'assurance est diminué de toute assurance vie à laquelle l'adhérent devient admissible en vertu d'un contrat quelconque d'assurance collective au cours des 31 jours qui suivent la résiliation du contrat.
- 4) Si un adhérent meurt au cours de la période de 31 jours pendant laquelle il aurait été en droit d'exercer son droit de transformation, le montant d'assurance vie que l'adhérent aurait ainsi été en droit de se faire établir est payable en vertu de la présente garantie que la proposition pour le contrat individuel ait été ou non remplie.

ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENT

OBJET DE LA GARANTIE

Au décès d'un adhérent, l'assurance vie additionnelle prévoit le paiement d'une somme assurée supplémentaire égale au multiple de 10 000 \$ choisi par l'adhérent, jusqu'à concurrence d'un maximum de 300 000 \$.

Des preuves d'assurabilité sont exigées au moment de l'adhésion et lors d'une augmentation du montant d'assurance.

EXCLUSION EN CAS DE SUICIDE

L'assureur n'est pas tenu de verser le montant d'assurance vie additionnelle si l'adhérent décède par suite de suicide ou des suites de toute tentative de suicide, qu'il soit sain d'esprit ou non, au cours des douze premiers mois qui suivent la date de prise d'effet de la présente garantie ou de toute augmentation du montant de la garantie. L'assurance ou l'augmentation, selon le cas, est alors nulle et sans effet et la responsabilité de l'assureur est limitée au remboursement des primes perçues.

DROIT DE TRANSFORMATION

L'adhérent peut transformer son assurance vie additionnelle en une assurance vie individuelle distincte, aux mêmes conditions que l'assurance vie de base de l'adhérent.

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

OBJET DE LA GARANTIE

Au décès d'une personne à charge assurée, l'assurance vie des personnes à charge prévoit le paiement d'une somme assurée, selon les modalités qui sont prévues ci-après.

Somme assurée si l'adhérent a moins de 65 ans

Conjoint : 5 000 \$

Chaque enfant à charge
de 24 heures ou plus : 3 000 \$

DROIT DE TRANSFORMATION

Pendant que le contrat est en vigueur, toute personne à charge dont l'assurance prend fin, soit par suite du décès de l'adhérent, soit par suite de la fin de l'assurance de l'adhérent, soit parce qu'elle cesse d'être admissible à l'assurance, peut obtenir sans preuve d'assurabilité un contrat individuel d'assurance vie sans garantie accessoire d'un genre alors émis par l'assureur, sous réserve des dispositions prévues à l'article 3. DROIT DE TRANSFORMATION de la section ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT.

ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

OBJET DE LA GARANTIE

Lorsqu'un adhérent devient totalement invalide pendant que son assurance est en vigueur, il a droit au paiement d'une rente hebdomadaire au cours de son invalidité, après l'épuisement du délai de carence et selon ce qui est indiqué ci-après.

RENTE HEBDOMADAIRE

66 2/3 % du salaire hebdomadaire au début de l'invalidité totale. Cette rente est imposable.

Maximum du salaire annuel assurable : 90 000 \$ par salarié.

Le salaire assurable maximal s'applique par salarié peu importe le nombre d'employeurs pour qui ce dernier travaille. Les employeurs considérés dans la détermination du salaire assurable du salarié sont ceux chez qui ce dernier :

- 1) est représenté par la FPHQ, et
- 2) est assuré en vertu de la garantie d'assurance salaire de courte durée du présent régime.

Par conséquent, si le total des revenus déclarés à l'assureur excède 90 000 \$ par année, les primes sont perçues sur l'ensemble des salaires déclarés mais les prestations d'assurance salaire, s'il y a lieu, sont payées en fonction d'un salaire assurable maximal de 90 000 \$.

DÉLAI DE CARENCE

En cas d'accident : aucun délai de carence

En cas de maladie :

Statut et horaire du salarié	Délai de carence
Temps complet avec un horaire à l'heure	32 heures ouvrables
Temps complet avec un horaire de faction	72 heures de faction
Temps partiel	32 heures cédulées ou 6 jours civils, selon la première éventualité

Le premier versement de la rente hebdomadaire tient compte de l'horaire de travail du salarié.

Si l'invalidité totale résulte d'une maladie ou d'un accident ayant débuté lors d'un congé sans solde au cours duquel l'assurance a été maintenue en vigueur, le délai de carence ne commence à courir qu'à la date prévue de retour au travail.

DURÉE MAXIMALE DE LA RENTE

La rente est payable pendant un maximum de 26 semaines par période d'invalidité totale et ne peut pas se poursuivre après le 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent. Toutefois, si l'adhérent invalide atteint 65 ans et n'a pas encore reçu 15 semaines de prestations, le versement de la rente se poursuit jusqu'à la date à laquelle il en a reçu 15 au total, pour cette même période d'invalidité, pourvu que celle-ci subsiste au cours de cette prolongation. Ce régime étant un régime de prestations supplémentaires de chômage (PSC), les prestations payables par l'assureur sont réduites de toute prestation à laquelle l'adhérent a droit en vertu de l'assurance-emploi.

Lorsque cela est nécessaire, la rente est fractionnée, à raison de 1/5 pour chaque jour d'absence dans le cas d'un salarié à temps complet et à raison de 1/7 pour chaque jour d'absence dans le cas d'un salarié à temps partiel.

Un adhérent qui retourne au travail après avoir touché des prestations pendant une période de 26 semaines et qui par la suite redevient totalement invalide pour la même raison que celle pour laquelle il a déjà touché des prestations, n'a pas droit aux prestations prévues par la présente garantie, s'il a droit à celles qui sont prévues par l'assurance salaire de longue durée ou, à défaut, s'il n'a pas complété 90 jours de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un tel travail avant de redevenir totalement invalide.

RÉDUCTIONS

Réduction directe de la rente

La rente ainsi déterminée est réduite de toute prestation d'invalidité payable en vertu de la Loi sur l'assurance automobile du Québec, de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, d'un régime d'avantages sociaux des Forces canadiennes et de toute autre loi sociale.

De plus, cette rente est diminuée de toute prestation à laquelle l'adhérent a droit en vertu du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada.

Il n'est toutefois tenu compte que des montants initiaux payables en vertu de chacune de ces sources de revenu et non de leur indexation ultérieure.

Réduction indirecte de la rente

La rente hebdomadaire d'un adhérent totalement invalide est réduite de telle façon que le total de la rente et du revenu reçu d'autres sources n'excède pas 100 % du salaire hebdomadaire brut que toucherait l'adhérent au moment où ladite rente hebdomadaire devient payable s'il n'avait pas été invalide jusque-là. À cet égard, les autres sources considérées sont les revenus provenant :

- 1) d'un régime d'avantages sociaux établi par l'employeur à l'exception du régime de retraite des techniciens ambulanciers et de l'allocation de départ;
- 2) d'un régime d'avantages sociaux établi conformément à toute loi provinciale ou fédérale, excluant toute augmentation subséquente de tels revenus provenant de l'indexation;

- 3) d'un salaire quelconque à l'exception du remboursement de la banque de congés de maladie, du remboursement de la banque de jours fériés et des montants forfaitaires qui incluent les paiements de rétroactions salariales;
- 4) des prestations d'invalidité versées par le régime d'avantages sociaux des Forces canadiennes.

EXCLUSIONS

L'assureur ne verse aucune prestation pour une invalidité qui n'est pas reconnue comme une invalidité totale selon la définition du contrat.

L'assureur ne verse aucune prestation à l'égard d'une période d'invalidité :

- 1) pendant laquelle l'adhérent n'est pas sous les soins continus d'un médecin, sauf le cas d'état stationnaire attesté par un médecin à la satisfaction de l'assureur;
- 2) qui résulte d'une participation active à une émeute, à une insurrection ou à un acte criminel;
- 3) qui résulte de toute guerre, directement ou indirectement;
- 4) qui résulte de soins qui ne sont pas médicalement nécessaires ou qui sont donnés dans un but esthétique, à moins que ceux-ci soient nécessaires en raison d'une maladie ou d'une blessure ;
- 5) pendant laquelle l'adhérent a droit à des prestations non reliées à une invalidité en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi;
- 6) qui donne droit à des prestations en vertu d'une garantie d'assurance salaire en vigueur avant la date d'entrée en vigueur de la garantie d'assurance salaire de courte durée du présent régime;
- 7) qui résulte d'une lésion professionnelle si l'adhérent a refusé de s'inscrire à la Commission de la Santé et de la Sécurité du Travail (CSST);
- 8) pour laquelle l'adhérent est incapable ou refuse de fournir des preuves de son invalidité totale;
- 9) qui résulte d'alcoolisme ou de toxicomanie; toutefois, une invalidité résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie et pour laquelle l'adhérent reçoit des traitements ou soins médicaux en vue de sa réadaptation est reconnue comme une invalidité.

L'assureur ne verse aucune prestation pour une invalidité totale survenue pendant toute période d'arrêt de travail par suite d'une grève, d'un lock-out ou d'une mise à pied, sauf si les primes ont continué d'être versées au cours de cette période.

L'assureur ne verse aucune prestation :

- 1) pendant toute période d'invalidité totale pour laquelle l'adhérent reçoit le paiement de congés de maladie;
- 2) au cours d'un congé de maternité pris conformément à une loi provinciale ou fédérale ou à une entente entre l'adhérente et son employeur;
- 3) au cours d'une période pendant laquelle l'adhérente reçoit des prestations de maternité en vertu du Régime québécois d'assurance parentale.

PROLONGATION

La fin du contrat n'est opposable à aucune demande de prestations prévue à l'article 2. RENTE HEBDOMADAIRE pour une invalidité qui dure encore après la fin du contrat.

Toutefois, la garantie cesse dès que le salarié est pris en charge par un autre assureur au titre d'un contrat comportant des garanties comparables.

DÉLAI DE CARENCE LORS D'UN REMPLACEMENT DE CONTRAT

L'adhérent est exempté de tout délai de carence, si les conditions suivantes sont réunies :

- 1) la nouvelle période d'invalidité totale est attribuable aux mêmes causes que celles qui ont justifié le versement d'indemnités aux termes du contrat précédent ou à des causes connexes;
- 2) moins de 180 jours se sont écoulés entre l'échéance de la dernière prestation ou de la dernière prime pour laquelle il y a eu exonération et le début de la nouvelle période d'invalidité totale.

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

OBJET DE LA GARANTIE

Lorsqu'un adhérent devient totalement invalide pendant que son assurance est en vigueur, il a droit au paiement d'une rente mensuelle s'il demeure invalide après l'expiration des prestations d'assurance salaire de courte durée, selon ce qui est indiqué ci-après.

RENTE MENSUELLE

66 2/3 % du salaire mensuel qui aurait été payable à l'adhérent au moment où la rente mensuelle est devenue payable s'il n'avait pas été invalide jusqu'alors. Cette rente n'est pas imposable.

Maximum du salaire annuel assurable : 90 000 \$ par salarié.

Le salaire assurable maximal s'applique par salarié peu importe le nombre d'employeurs pour qui ce dernier travaille. Les employeurs considérés dans la détermination du salaire assurable du salarié sont ceux chez qui ce dernier :

- 1) est représenté par la FPHQ, et
- 2) est assuré en vertu de la garantie d'assurance salaire de longue durée du présent régime.

Par conséquent, si le total des revenus déclarés à l'assureur excède 90 000 \$ par année, les primes sont perçues sur l'ensemble des salaires déclarés mais les prestations d'assurance salaire, s'il y a lieu, sont payées en fonction d'un salaire assurable maximal de 90 000 \$.

DÉLAI DE CARENCE

Du début de l'invalidité totale jusqu'à la fin de la période de prestations de l'assurance salaire de courte durée.

DURÉE MAXIMALE DE LA RENTE

La rente est payable pendant la durée de l'invalidité totale. Toutefois, elle prend fin au plus tard lorsque l'adhérent atteint l'âge de 65 ans. Lorsque cela est nécessaire, la rente est fractionnée au prorata du nombre de jours d'invalidité totale.

RÉDUCTIONS

Réduction directe de la rente

La rente est réduite de toute prestation d'invalidité payable en vertu de la Loi sur l'assurance automobile du Québec, de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, d'un régime d'avantages sociaux des Forces canadiennes et de toute autre loi sociale.

De plus, cette rente est réduite de toute prestation à laquelle l'adhérent a droit en vertu du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada.

Il n'est toutefois tenu compte que des montants initiaux payables en vertu de chacune de ces sources de revenu et non de leur indexation ultérieure. L'assureur se réserve le droit de réduire ainsi la rente de l'adhérent si ce dernier néglige ou refuse de se prévaloir de ses droits en vertu des lois et régimes concernés. À défaut de recevoir des prestations de ces sources, l'adhérent doit lui-même prouver qu'il n'y a pas droit.

Réduction indirecte de la rente

La rente mensuelle d'un adhérent totalement invalide est réduite de telle façon que le total de la rente et du revenu reçu d'autres sources n'excède pas 100 % du salaire mensuel net que toucherait l'adhérent au moment où ladite rente mensuelle devient payable s'il n'avait pas été invalide jusque-là. À cet égard, les autres sources considérées sont les revenus provenant :

- 1) d'un régime d'avantages sociaux établi par l'employeur à l'exception du régime de retraite des techniciens ambulanciers et de l'allocation de départ;
- 2) d'un régime en vertu duquel l'adhérent est assuré comme membre d'une association;
- 3) d'un régime d'avantages sociaux établi conformément à toute loi provinciale ou fédérale, excluant toute augmentation subséquente de tels revenus provenant de l'indexation;
- 4) d'un salaire quelconque à l'exception du remboursement de la banque de congés de maladie, du remboursement de la banque de jours fériés et des montants forfaitaires qui incluent les paiements de rétroactions salariales;
- 5) des prestations d'invalidité versées par le régime d'avantages sociaux des Forces canadiennes.

PROGRAMME DE RÉÉDUCATION

L'adhérent totalement invalide peut exercer un travail rémunérateur dans le cadre d'un programme de rééducation approuvé par l'assureur. Dans pareil cas, la rente payable à l'adhérent est réduite de 50 % de tout traitement net qu'il reçoit. De plus, le revenu total provenant de toutes sources ne doit en aucun cas excéder 100 % de son salaire mensuel net. Si l'adhérent reprend le travail à temps partiel, son nouvel emploi pourra être considéré comme emploi de rééducation par l'assureur.

EXCLUSIONS

L'assureur ne verse aucune prestation pour une invalidité qui n'est pas reconnue comme une invalidité totale selon la définition du contrat.

L'assureur ne verse aucune prestation à l'égard d'une période d'invalidité :

- 1) pendant laquelle l'adhérent n'est pas sous les soins d'un médecin, sauf le cas d'état stationnaire attesté par un médecin à la satisfaction de l'assureur;
- 2) qui résulte d'une participation active à une émeute, à une insurrection ou à un acte criminel;

- 3) qui résulte de toute guerre, directement ou indirectement;
- 4) qui donne droit à des prestations en vertu d'une garantie d'assurance salaire en vigueur avant la date d'entrée en vigueur de la garantie d'assurance salaire de longue durée du présent régime;
- 5) qui résulte d'une lésion professionnelle si l'adhérent a refusé de s'inscrire à la Commission de la Santé et de la Sécurité au Travail (CSST);
- 6) pour laquelle l'adhérent est incapable ou refuse de fournir des preuves de son invalidité totale;
- 7) qui résulte d'alcoolisme ou de toxicomanie; toutefois, une invalidité résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie et pour laquelle l'adhérent reçoit des traitements ou soins médicaux en vue de sa réadaptation est reconnue comme une invalidité.

L'assureur ne verse aucune prestation pour une invalidité totale survenue pendant toute période d'arrêt de travail par suite d'une grève, d'un lock-out ou d'une mise à pied, sauf si les primes ont continué d'être versées au cours de cette période.

L'assureur ne verse aucune prestation :

- 1) au cours d'un congé de maternité pris conformément à une loi provinciale ou fédérale ou à une entente entre l'adhérente et son employeur;
- 2) au cours d'une période pendant laquelle l'adhérente reçoit des prestations de maternité en vertu du Régime québécois d'assurance parentale.

PROLONGATION

La fin du contrat n'est opposable à aucune demande de prestations prévue à l'article 2. RENTE MENSUELLE pour une invalidité qui dure encore après la fin du contrat.

Toutefois, la garantie cesse dès que le salarié est pris en charge par un autre assureur au titre d'un contrat comportant des garanties comparables.

DÉLAI DE CARENCE LORS D'UN REMPLACEMENT DE CONTRAT

L'adhérent est exempté de tout délai de carence, si les conditions suivantes sont réunies :

- 1) la nouvelle période d'invalidité totale est attribuable aux mêmes causes que celles qui ont justifié le versement d'indemnités aux termes du contrat précédent ou à des causes connexes;
- 2) moins de 180 jours se sont écoulés entre l'échéance de la dernière prestation ou de la dernière prime pour laquelle il y a eu exonération et le début de la nouvelle période d'invalidité totale.

ASSURANCE MALADIE

OBJET DE LA GARANTIE

Lorsqu'un adhérent engage des frais, pour lui-même ou l'une de ses personnes à charge assurées, à la suite d'un accident, d'une maladie, d'une grossesse ou d'une intervention chirurgicale reliée à la planification familiale, il a droit au remboursement des frais admissibles décrits ci-après.

FRAIS COUVERTS EN VERTU DU MODULE DE BASE, DU MODULE INTERMÉDIAIRE ET DU MODULE COMPLET

Les frais admissibles sont assujettis aux dispositions suivantes selon le module choisi par l'adhérent.

Frais de médicaments

Coassurance

- 1) Module de Base et Module Intermédiaire :
 - a) Médicaments génériques : 75 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché
 - b) Médicaments de marque :
 - 75 % du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament équivalent disponible sur le marché
 - 75 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché
- 2) Module Complet :
 - a) Médicaments génériques : 80 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché
 - b) Médicaments de marque :
 - 80 % du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament équivalent disponible sur le marché
 - 80 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché

Contribution maximale pour les médicaments

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

Lorsque la contribution atteint 900 \$ (**750 \$ pour le Module Complet**) au cours d'une année civile pour l'adhérent et ses personnes à charge, le pourcentage de remboursement des frais passe à 100 % pour le reste de l'année civile.

Médicaments admissibles

- 1) Les médicaments admissibles doivent être prescrits par un médecin et sont les suivants :
 - a) les médicaments et autres produits couverts en vertu du Régime général d'assurance médicaments du gouvernement du Québec;
 - b) les médicaments nécessaires à la thérapeutique qui ne peuvent s'obtenir que sur ordonnance médicale (codés Pr, C ou N dans le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques) et qui sont débités par un pharmacien ou par un médecin là où il n'y a pas de pharmacien;
 - c) les médicaments obtenus sur ordonnance médicale et requis pour le traitement de certaines conditions pathologiques et pourvu que l'indication thérapeutique qui en est proposée par le fabricant dans le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques soit directement reliée au traitement des conditions pathologiques suivantes : troubles cardiaques, troubles pulmonaires, diabète, arthrite, maladie de Parkinson, épilepsie, fibrose kystique et glaucome;
 - d) les frais d'insuline pour diabète non couverts par le Régime général d'assurance médicaments (aiguilles, seringues) y compris dans les cas de grossesse.
- 2) Les injections de substances sclérosantes pour le traitement des varices, à condition que ces traitements soient nécessaires à des fins médicales et non esthétiques, jusqu'à concurrence de 20 \$ de frais admissibles par visite, par personne assurée.

MÉDICAMENTS EXIGEANT UNE AUTORISATION PRÉALABLE

L'autorisation préalable de l'assureur est exigée pour certains médicaments dont la liste est disponible sur le site web de l'assureur. Un formulaire d'autorisation préalable doit être rempli par le médecin et soumis à l'assureur pour s'assurer que les médicaments prescrits répondent aux critères d'autorisation préalable établis par DSF en fonction, notamment, des lignes directrices de pratique clinique et des recommandations émises par les organismes d'évaluation des technologies de la santé. Il s'agit entre autres de confirmer que les médicaments prescrits :

- 1) sont utilisés pour une indication thérapeutique approuvée par Santé Canada; et
- 2) démontrent une efficacité satisfaisante par rapport aux coûts qui y sont reliés.

Une preuve d'efficacité ou de nouveaux résultats peuvent être demandés en cours de traitement pour déterminer si le médicament produit les effets attendus et demeure admissible au remboursement.

L'assureur se réserve le droit de rembourser un médicament équivalent ou un médicament biosimilaire moins cher s'il en existe sur le marché.

Frais paramédicaux

Coassurance

- 1) Module de Base et Module Intermédiaire : 75 %
- 2) Module Complet : 100 %

Frais admissibles

Les frais admissibles sont limités aux frais raisonnables et d'usage normalement payés dans la région où les services sont rendus.

Les frais engagés doivent être nécessaires au traitement de l'adhérent ou de ses personnes à charge assurées.

- 1) Les frais de location d'un **appareil d'assistance respiratoire** ou d'un autre appareil de même nature prescrit par un médecin.
- 2) Les frais d'achat ou de location d'**appareils thérapeutiques**, prescrits par un médecin, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 10 000 \$ par personne assurée, par période de 24 mois consécutifs.
- 3) Les frais d'achat d'un **membre ou œil artificiels**, si l'achat est effectué pendant que la personne est assurée en vertu du présent régime, ainsi que les frais d'achat d'**autres prothèses externes** prescrits par le médecin traitant, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 30 000 \$ par année civile, par personne assurée, pour l'ensemble de ces frais. Les frais engagés pour des prothèses dentaires, des appareils auditifs, des lunettes et des lentilles cornéennes ne sont pas considérés comme des frais admissibles à ce titre.
- 4) Les frais d'achat ou de location d'**appareils orthopédiques** tels les bandages herniaires, corssets, béquilles, attelles et plâtres prescrits par un médecin. Les plâtres en fibre de verre sont admissibles jusqu'à concurrence du coût usuel d'un plâtre ordinaire.
- 5) Les frais d'achat de **bas de contention** à condition qu'ils soient de compression moyenne ou forte (21mm/Hg et plus), prescrits par un médecin et fournis dans une pharmacie ou dans un établissement médical, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 500 \$ par année civile par personne assurée.
- 6) Les frais d'achat de **stérilets**.

- 7) Les frais engagés pour une **cure de désintoxication** dans une clinique reconnue comme spécialisée dans la réhabilitation de l'alcoolisme, la toxicomanie ou la dépendance aux jeux, sur prescription du médecin traitant et pourvu que la personne assurée y reçoive effectivement un traitement curatif. La clinique doit être dirigée par un médecin, puis la surveillance doit en être assurée par une infirmière autorisée. Les frais admissibles pour les cures de désintoxication sont limités à un maximum de 80 \$ par jour. Le remboursement maximal ne peut en aucun cas excéder 2 500 \$ la vie durant de la personne assurée.

FRAIS COUVERTS EN VERTU DU MODULE INTERMÉDIAIRE ET DU MODULE COMPLET SEULEMENT

Les frais admissibles sont assujettis aux dispositions suivantes selon le module choisi par l'adhérent.

Frais hospitaliers

Coassurance pour le Module Intermédiaire et le Module Complet : 100 %

Les frais hospitaliers engagés au Canada, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre semi-privée pour chaque jour d'hospitalisation, sans limite quant au nombre de jours.

Frais de vaccins

Coassurance

- 1) Module Intermédiaire : 75 %
- 2) Module Complet : 80 %

Les frais d'achat de vaccins préventifs prescrits par un médecin, jusqu'à concurrence du remboursement maximal par personne assurée de :

- 1) Module Intermédiaire : 250 \$ par année civile
- 2) Module Complet : 500 \$ par année civile

Frais paramédicaux

Coassurance

- 1) Module Intermédiaire : 75 %
- 2) Module Complet : 100 %

Frais admissibles

Les frais admissibles sont limités aux frais raisonnables et d'usage normalement payés dans la région où les services sont rendus.

Les frais engagés doivent être nécessaires au traitement de l'adhérent ou de ses personnes à charge assurées.

Les professionnels dont il est question aux paragraphes 2), 3), 4) et 5) ci-après doivent être membres en règle de leur association professionnelle (ou l'équivalent dans le cas des podologues) pour que les frais engagés soient considérés comme admissibles aux fins de l'assurance.

- 1) Les frais de transport dans une **ambulance** autorisée, ou pour le transport d'urgence du lieu où s'est produite la lésion corporelle ou la maladie jusqu'au plus proche hôpital dans lequel peut être administré un traitement approprié, ou entre deux hôpitaux, ou d'un hôpital au domicile de la personne assurée.
- 2) Les honoraires d'un **chiropraticien**, d'un **ostéopathe**, d'un **naturopathe**, d'un **podiatre** (ou **podologue**), d'un **massothérapeute**, d'un **kinésithérapeute**, d'un **orthothérapeute**, d'un **acupuncteur** ou d'un **diététiste**, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 40 \$ par traitement pour le Module Intermédiaire et 50 \$ par traitement pour le Module Complet et du remboursement maximal par personne assurée pour l'ensemble de ces professionnels de :

- a) Module Intermédiaire : 300 \$ par année civile
- b) Module Complet : 600 \$ par année civile

Pour chaque type de professionnel, le maximum est limité à une visite par jour.

De plus, les frais pour des radiographies prises par un chiropraticien sont admissibles jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 40 \$ par année civile par personne assurée.

- 3) Les honoraires d'un **physiothérapeute** ou d'un **thérapeute en réadaptation physique**, pour des services fournis en dehors de l'hôpital et prescrits par un médecin, jusqu'à concurrence du remboursement maximal par personne assurée pour l'ensemble de ces professionnels de :

- a) Module Intermédiaire : 500 \$ par année civile
- b) Module Complet : 1 000 \$ par année civile

Pour chaque type de professionnel, le maximum est limité à une visite par jour.

- 4) Les honoraires d'un **ergothérapeute**, d'un **orthophoniste** ou d'un **audiologiste**, jusqu'à concurrence du remboursement maximal par personne assurée pour l'ensemble de ces professionnels de :

- a) Module Intermédiaire : 500 \$ par année civile
- b) Module Complet : 1 000 \$ par année civile

Pour chaque type de professionnel, le maximum est limité à une visite par jour.

5) Les honoraires d'un **psychologue** ou d'un **travailleur social**, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 60 \$ par visite et du remboursement maximal par personne assurée pour l'ensemble de ces professionnels de :

a) Module Intermédiaire : 500 \$ par année civile

b) Module Complet : 1 000 \$ par année civile

Pour chaque type de professionnel, le maximum est limité à une visite par jour.

6) Les honoraires d'un **chirurgien dentiste** pour le traitement d'une mâchoire fracturée ou de lésions à des dents naturelles subies du fait d'un accident, pourvu que l'accident soit survenu en cours d'assurance et que les traitements soient donnés moins de 12 mois après la date de cet accident. Le coût des frais admissibles est limité aux honoraires prévus dans le guide des tarifs de l'année en cours des actes bucco-dentaires des associations dentaires provinciales utilisé par les praticiens généralistes de la province de résidence de l'adhérent.

7) Les frais pour les services professionnels à domicile d'un **infirmier** ou d'un **infirmier auxiliaire** autorisés, sur ordonnance écrite d'un médecin, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 200 \$ par jour et d'un remboursement maximal de 4 000 \$ par année civile par personne assurée. Il est entendu à cet égard que les frais engagés pour les services de toute personne qui habite normalement avec la personne assurée ou qui fait partie de sa famille ne sont pas considérés comme des frais admissibles.

8) Les frais engagés pour des **radiographies**, incluant la tomodensitométrie (SCAN) et l'imagerie par résonance magnétique (IRM), **analyses de laboratoire**, **échographies** et **électrocardiogrammes**, et **test de dépistage prénatal** visant à déterminer le taux de risque de certaines anomalies chez le fœtus (trisomie 18, syndrome de Down, spina bifida et anencéphalie) prescrits par le médecin traitant de la personne assurée pour des fins de prévention ou de diagnostic, lorsque ces actes sont effectués en dehors de l'hôpital, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 000 \$ par année civile par personne assurée.

9) Les frais d'achat et réparation, ou location (au choix de l'assureur) d'un **fauteuil roulant**, jusqu'à concurrence du coût d'un fauteuil roulant non motorisé, à moins que l'état de santé de la personne assurée requiert l'usage exclusif d'un fauteuil motorisé.

10) Les frais d'achat et réparation, ou location (au choix de l'assureur) d'un **lit d'hôpital**, jusqu'à concurrence du coût d'un lit d'hôpital non électrique, à moins que l'état de santé de la personne couverte requiert l'usage exclusif d'un lit électrique.

- 11) Les frais d'achat de **souliers orthopédiques** prescrits par un médecin. Sont considérées comme orthopédiques les chaussures conçues et fabriquées sur mesure pour une personne à partir d'un moulage dans le but de corriger un défaut du pied, et les chaussures ouvertes, évasées ou droites, ainsi que celles qui sont nécessaires au maintien des attelles dites de Denis Browne. De plus, le coût des additions ou modifications faites à des chaussures préfabriquées ainsi que les frais d'achat ou de modification des **orthèses podiatriques** sont également admissibles; les chaussures profondes ne sont pas considérées comme des chaussures orthopédiques.
- 12) Les frais d'achat de **prothèses capillaires**, nécessaires à la suite de chimiothérapie ou de radiothérapie, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 500 \$ par personne assurée par période de 60 mois consécutifs.
- 13) Les frais d'achat d'**appareils auditifs** prescrits par un médecin, y compris les cas de remplacement, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 300 \$ par personne assurée par période de 48 mois consécutifs.
- 14) Les frais d'achat d'un **appareil de type glucomètre ou réflectomètre**, prescrit par un médecin, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 300 \$ par période de 60 mois consécutifs. Toutefois, pour que les frais soient considérés comme admissibles à cet égard, la personne assurée doit présenter un diabète insulino-dépendant, recevoir périodiquement des injections d'insuline et démontrer à la satisfaction de l'assureur la nécessité de l'appareil pour le traitement de sa maladie. Par ailleurs, les frais admissibles à cet égard sont aussi limités aux tarifs de l'association « Les Diabétiques du Québec ».
- 15) Les frais de **transport et d'hébergement** engagés au Québec pour consulter un médecin spécialiste non présent dans la région de résidence de la personne assurée ou pour recevoir un traitement spécialisé non disponible dans la région de résidence de la personne assurée. Un rapport signé par le médecin traitant de la personne assurée doit être transmis à l'assureur. Ce rapport doit démontrer la nécessité de la consultation ou du traitement spécialisé et stipuler que la consultation ou le traitement spécialisé a eu lieu ou est rendu à l'endroit où le spécialiste effectue le traitement ou la consultation et pour autant que cet endroit est le plus rapproché de la région de résidence de la personne assurée.

Les frais sont admissibles selon les dispositions suivantes :

- a) le transport pour un déplacement d'au moins 400 km (aller et retour) du lieu de la résidence de la personne assurée par la route la plus directe. Les frais sont couverts pour un transporteur public (le coût le plus économique). Si la personne assurée utilise son propre véhicule, le remboursement est limité au coût le plus économique avec un transporteur public pour la même destination. Une preuve confirmant l'utilisation du véhicule privé (achat d'essence) doit être jointe à la demande de prestations;

- b) l'hébergement dans un établissement hôtelier, jusqu'à concurrence de 100 \$ de frais admissibles par jour, à la suite d'un déplacement du type prévu en a). La nécessité du coucher doit être démontrée à la satisfaction de l'assureur. Des pièces justificatives de ces frais doivent être jointes à la demande de prestations;
- c) pour un enfant assuré de moins de 18 ans, les frais de transport d'un seul parent accompagnateur sont admissibles lorsque le traitement doit être dispensé à l'enfant.

L'assureur déduit toute somme versée à cet effet par un régime gouvernemental. Le remboursement de ces frais est limité à un maximum de 1 000 \$ par année civile par personne assurée.

SERVICE INFO ACCÈS-SANTÉ

Le service Info Accès-Santé est un service téléphonique offert 24 heures sur 24 qui offre un accès rapide à une infirmière qualifiée afin d'obtenir des conseils en toute confidentialité en cas de problème de santé non urgent.

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

- Santé
- Vaccination
- Prise de médicaments ou de produits naturels
- Soins aux enfants
- Ressources gouvernementales locales

Le service Info Accès-Santé doit être considéré comme un complément d'informations à la consultation médicale. En cas de situation d'urgence médicale, l'infirmière recommandera de raccrocher et de composer le 911.

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

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

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

ASSURANCE VOYAGE (MODULE INTERMÉDIAIRE ET MODULE COMPLET SEULEMENT)

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

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

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

Définitions

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

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

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

- 1) qui n'a fait l'objet d'aucune modification ou recommandation de modification du traitement ou de la posologie des médicaments prescrits;
- 2) qui n'est caractérisée par aucun symptôme ne laissant présager une détérioration de la condition médicale pendant la durée du voyage;
- 3) qui n'a fait l'objet d'aucune hospitalisation ou recommandation de consulter un spécialiste;
- 4) qui n'a fait l'objet d'aucun examen ou test médical à des fins d'investigation pour lesquels les résultats sont attendus; et
- 5) pour laquelle aucun traitement n'est planifié, en attente ou non complété.

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

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

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

Frais admissibles d'assurance voyage

- 1) Frais médicaux admissibles :
 - a) les frais engagés pour des services hospitaliers et ceux engagés pour un séjour dans une chambre à deux lits (semi-privée) dans un hôpital, jusqu'à ce que la personne assurée reçoive son congé de l'hôpital;
 - b) les honoraires d'un médecin, d'un chirurgien et d'un anesthésiste;
 - c) tous les autres frais admissibles qui sont couverts en vertu de la présente garantie dans la province de résidence habituelle de la personne assurée, sauf les frais admissibles pour les soins hospitaliers et pour les soins à domicile, s'il y a lieu.
- 2) Frais admissibles de transport :
 - a) les frais de rapatriement de la personne assurée à son lieu de résidence par un moyen de transport public adéquat pour qu'elle puisse y recevoir les soins appropriés, dès que son état de santé le permet et dans la mesure où le moyen de transport initialement prévu pour le retour ne peut être utilisé. Le rapatriement doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance. De plus, la personne assurée cesse d'être couverte par l'assurance si elle ne consent pas au rapatriement lorsqu'il est recommandé par Voyage Assistance;
 - b) les frais pour le rapatriement (simultané par rapport à celui du sous-paragraphe précédent) de tout membre de la famille immédiate qui est également assuré en vertu de la présente garantie, s'il ne peut revenir à son point de départ par le moyen de transport initialement prévu pour le retour. Le rapatriement doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance;
 - c) le transport aller et retour en classe économique d'un accompagnateur médical qualifié qui n'est ni un membre de la famille immédiate, ni un ami, ni un compagnon de voyage, à condition que la présence d'un tel accompagnateur soit prescrite par le médecin traitant et approuvée par Voyage Assistance;

- d) le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la famille immédiate de visiter la personne assurée qui demeure à l'hôpital pendant au moins 7 jours (les frais ne seront remboursés que si la personne demeure à l'hôpital au moins 7 jours). Cette visite n'est cependant pas admissible au remboursement si la personne assurée était déjà accompagnée par un membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus. Les frais de subsistance du membre de la famille immédiate sont également couverts, jusqu'à concurrence de 1 500 \$ CAN. La nécessité de la visite doit être confirmée par le médecin traitant et la visite doit préalablement être approuvée et planifiée par Voyage Assistance;
- e) les frais de retour du véhicule de la personne assurée ou de celui qu'elle a loué, si la personne assurée souffre d'une incapacité résultant d'une urgence médicale certifiée par un médecin et qu'elle ne soit pas en état, selon celui-ci, de ramener elle-même le véhicule et qu'aucun membre de la famille immédiate ou compagnon de voyage l'accompagnant ne soit en état de le faire. Sont également admissibles, les frais d'une agence professionnelle de transport de véhicules ou les frais raisonnables et nécessaires engagés par la personne assurée pour l'essence, les repas, l'hébergement et un billet aller seulement en classe économique. Le véhicule doit être en état de marche pour effectuer le voyage de retour sans problème mécanique et le retour doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance; le remboursement maximal est de 2 500 \$ par voyage;
- f) en cas de décès de la personne assurée, le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la famille immédiate d'aller identifier la dépouille avant le rapatriement (le voyage doit préalablement être approuvé et planifié par Voyage Assistance). Il faut cependant qu'aucun membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus n'ait accompagné la personne assurée dans son voyage;
- g) en cas de décès de la personne assurée, les frais pour la préparation du corps et le retour de la dépouille ou de ses cendres à son lieu de résidence par la route la plus directe (avion, autobus, train) ou les frais pour la préparation du corps et les frais d'incinération ou d'enterrement, si la dépouille n'est pas rapatriée à son lieu de résidence, jusqu'à concurrence de 5 000 \$; le coût du cercueil ou de l'urne n'est pas inclus et le retour doit préalablement être approuvé et planifié par Voyage Assistance;
- h) les frais de transport public adéquat pour le rapatriement d'enfants qui accompagnent la personne assurée et dont elle a la garde durant le voyage si la personne assurée doit être rapatriée ou si elle doit demeurer à l'hôpital plus de 24 heures et si aucune autre personne ne peut ramener les enfants à leur lieu de résidence; le retour doit préalablement être approuvé et planifié par Voyage Assistance;

- i) le coût supplémentaire de transport pour le rapatriement d'un chat ou d'un chien qui accompagne la personne assurée si cette dernière doit être rapatriée et si aucune autre personne ne peut ramener l'animal au lieu de résidence de la personne assurée; le retour doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance et le remboursement maximal est de 500 \$ par voyage;
- j) les frais de transport de bagages de la personne assurée si elle doit être rapatriée, pour l'excédent de bagages s'ils sont rapportés par une autre personne ou le retour de bagages au lieu de résidence de la personne assurée si aucune autre personne ne peut les rapporter; le retour des bagages doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance et le remboursement maximal est de 300 \$ par voyage.

3) Frais admissibles de subsistance :

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

4) Frais admissibles d'appels interurbains :

Les frais d'appels interurbains pour joindre un membre de la famille immédiate si la personne assurée est hospitalisée, pourvu qu'aucun frais de transport pour visiter la personne assurée, tel que prévu au sous-paragraphe d) du paragraphe 2) ci-dessus ne soient remboursés et que cette dernière ne soit pas accompagnée par un membre de sa famille immédiate âgé de 18 ans ou plus, jusqu'à concurrence de 50 \$ CAN par jour et d'un maximum global de 200 \$ CAN par période d'hospitalisation.

5) Décisions médicales :

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

6) Le service Voyage Assistance

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

- a) assistance téléphonique sans frais, 24 heures sur 24;
- b) orientation vers des médecins ou des établissements de santé;

- c) aide pour l'admission à l'hôpital;
- d) avances de fonds à l'hôpital lorsqu'elles sont exigées par l'établissement concerné;
- e) rapatriement de la personne assurée dans sa ville de résidence, dès que son état de santé le permet;
- f) établissement et maintien des contacts avec l'assureur;
- g) règlement des formalités en cas de décès;
- h) rapatriement des enfants de la personne assurée si elle est immobilisée;
- i) envoi d'aide médicale et de médicaments si une personne assurée se trouve trop loin des établissements de santé pour y être transportée;
- j) arrangements nécessaires pour faire venir un membre de la famille immédiate si la personne assurée doit séjourner à l'hôpital au moins 7 jours et si le médecin prescrit une telle visite;
- k) en cas de perte ou de vol de papiers d'identité, aide pour se procurer des papiers temporaires afin de poursuivre le voyage;
- l) orientation vers des avocats si des problèmes juridiques surviennent;
- m) service d'interprète lors d'appels d'urgence;
- n) transmission de messages aux proches de la personne assurée en cas d'urgence;
- o) avant le départ, information sur les passeports, les visas et les vaccins requis dans le pays de destination.

ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE (MODULE INTERMÉDIAIRE ET MODULE COMPLET SEULEMENT)

1) Définitions

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

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

Défaillance : 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. Le fournisseur de services de voyage doit avoir un bureau au Canada et détenir tous les permis et certificats d'exploitation requis par les autorités canadiennes compétentes.

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

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

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

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

Quarantaine : Période déterminée par les autorités sanitaires pour protéger la santé de la population et durant laquelle la personne assurée doit être placée en isolement parce qu'elle est atteinte ou potentiellement atteinte d'une maladie infectieuse identifiée par les autorités sanitaires.

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

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

2) Événements pouvant donner lieu à un remboursement

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

- a) maladie, accident ou décès de la personne assurée ou d'un membre de sa famille;
- b) maladie, accident ou décès d'un compagnon de voyage ou d'un membre de la proche famille du compagnon de voyage. Dans les cas où plusieurs personnes voyagent ensemble, seulement 3 personnes assurées peuvent invoquer cette raison pour obtenir une prestation pour elles-mêmes et pour les enfants à charge qui les accompagnent;
- c) décès ou hospitalisation d'un associé en affaires, d'un employé-clé ou de l'hôte à destination. Un employé-clé est un employé ou un franchisé qui joue un rôle primordial dans la bonne marche de l'entreprise pour laquelle il travaille, de concert avec la personne assurée, et dont l'absence met les activités principales de cette dernière en péril;
- d) service de la personne assurée ou du compagnon de voyage comme membre d'un jury, ou son assignation à comparaître comme témoin dans une cause à être entendue, durant la période du voyage;
- e) mise en quarantaine de la personne assurée ou du compagnon de voyage;
- f) détournement d'un avion à bord duquel la personne assurée voyage;
- g) déménagement de la résidence principale de la personne assurée à une distance minimale de 160 kilomètres dans les 30 jours qui précèdent la date du voyage assuré, à la suite d'un transfert exigé par son employeur;
- h) sinistre qui rend la résidence principale de la personne assurée ou du compagnon de voyage inhabitable;
- i) annulation d'une réunion d'affaires à cause de l'hospitalisation ou du décès de la personne avec qui les arrangements d'affaires concernant ladite réunion ont été préalablement pris. La réunion doit être la raison principale du voyage et le remboursement est limité aux frais de transport et à un maximum de 3 jours d'hébergement;
- j) situation particulière dans le pays, la région ou l'endroit de destination du voyage qui incite le gouvernement du Canada à émettre, après la date d'achat du billet d'avion ou du forfait voyage, un des avertissements suivants :
 - i) éviter tout voyage non essentiel; ou
 - ii) éviter tout voyage;

à condition que l'avertissement soit toujours en vigueur 14 jours avant la date du départ;

- k) maladie, accident ou décès d'une personne dont la personne assurée ou le compagnon de voyage est le tuteur;
- l) décès d'une personne dont la personne assurée ou le compagnon de voyage est le liquidateur de la succession;
- m) défaillance du fournisseur de services de voyage ayant un bureau au Canada et détenant tous les permis et certificats d'exploitation requis par les autorités canadiennes compétentes;
- n) perte involontaire de l'emploi permanent de la personne assurée ou du compagnon de voyage, pourvu que la personne concernée ait été activement au service du même employeur depuis plus d'un an et qu'elle n'ait pas eu de raison de croire qu'elle pourrait perdre ledit emploi dans les jours suivant l'achat du voyage; par emploi permanent, on entend un emploi non saisonnier pour lequel une personne est embauchée en vertu d'un contrat à durée indéterminée;
- o) annulation d'une croisière avant la date du départ du navire de croisière en raison :
 - i) d'une panne mécanique;
 - ii) de l'échouement du navire;
 - iii) de sa mise en quarantaine; ou
 - iv) de son déroutement en raison d'intempéries;
- p) correspondance manquée empêchant la personne assurée de poursuivre son voyage selon l'itinéraire prévu en raison du :
 - i) retard du moyen de transport public assurant la correspondance, causé par :
 - un accident de la circulation prouvé par un rapport de police;
 - la fermeture d'urgence d'une route, prouvée par un rapport de police;
 - des difficultés mécaniques;
 - des conditions atmosphériques défavorables; ou
 - une catastrophe naturelle; ou

- ii) retard du véhicule, causé par :
 - un accident de la circulation prouvé par un rapport de police;
 - la fermeture d'urgence d'une route, prouvée par un rapport de police;
- q) situation de crise ou d'urgence d'ordre public où la personne assurée ou le compagnon de voyage est appelé à servir comme policier, pompier, militaire actif ou réserviste, ou à fournir des services de santé essentiels;
- r) réception par la personne assurée d'un avis de garde légale d'un enfant;
- s) maladie, accident ou décès de la personne qui doit assurer la garde des enfants à charge de la personne assurée;
- t) grossesse de l'adhérent ou son conjoint qui débute après la date d'achat du voyage et dont le retour est prévu après les 32 premières semaines de grossesse.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EXCLUSIONS

1) Exclusions applicables à l'ensemble de la garantie d'assurance maladie

Aucune prestation n'est versée pour les frais suivants :

- a) frais effectivement payés en vertu d'une loi sociale, de toute loi concernant les accidents du travail ou les maladies professionnelles, les soins ou les services rendus dans des cliniques municipales, provinciales ou fédérales;

- b) services, fournitures, examens ou soins qui ne sont pas conformes aux normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante des professions de la santé impliquées ou qui sont exigés par un tiers ou reçus collectivement;
- c) frais en rapport avec une insurrection, une émeute ou une guerre;
- d) appréciation de la vision de même que lunettes;
- e) les frais engagés pour tout ce qui est implanté chirurgicalement;
- f) appareils robotisés d'aide à la marche;
- g) frais engagés pour des tests génétiques;
- h) frais engagés à des fins esthétiques, à moins qu'ils soient expressément prévus dans la liste des frais admissibles;
- i) frais relatifs à des soins ou traitements à titre expérimental;
- j) frais engagés suite à la participation à un crime ou à un attentat quelconque;
- k) frais qui sont remboursables par une régie, un organisme gouvernemental ou par le régime d'avantages sociaux des Forces canadiennes;
- l) frais engagés pour des voyages de santé ou pour des examens médicaux subis à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification;
- m) frais engagés pour des soins dentaires, sauf ceux qui sont expressément prévus dans la liste des frais admissibles.

2) Exclusions applicables aux médicaments

Aucune prestation n'est versée pour les produits suivants, qu'ils soient ou non considérés comme des médicaments :

- a) shampoings et produits pour la pousse des cheveux;
- b) produits pour soins esthétiques ou cosmétiques;
- c) produits de régime servant à compléter ou à remplacer l'alimentation;
- d) produits dits naturels;
- e) préparations homéopathiques;
- f) produits servant à l'insémination artificielle;
- g) médicaments fournis au cours d'une hospitalisation;

- h) produits et médicaments antitabac qui ne sont pas couverts en vertu du Régime général d'assurance médicaments du gouvernement du Québec ainsi que les frais en excédent du maximum prévu en vertu dudit régime relativement à ces produits ou médicaments;
- i) hormone de croissance;
- j) médicaments prescrits pour le traitement de la dysfonction érectile;
- k) les frais engagés pour des soins, produits ou médicaments qui sont utilisés pour traiter des conditions spécifiques autres que celles pour lesquelles ils ont été approuvés par Santé Canada;
- l) les frais engagés pour des soins, produits ou médicaments qui font l'objet d'une consommation plus élevée que celle prévue par les critères de bonnes pratiques cliniques établis par l'assureur.

De plus, aucune prestation n'est versée pour la contribution financière imposée aux personnes assurées par le Régime général d'assurance médicaments (RGAM).

Les exclusions ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet de rendre le régime de l'assureur moins généreux que le Régime général d'assurance médicaments en termes de prestations.

3) Exclusions applicables aux médicaments exigeant une autorisation préalable

L'assureur se réserve le droit d'appliquer certaines restrictions, exclusions et limitations, notamment pour les soins, produits ou médicaments qui ne répondent pas aux critères d'autorisation préalable établis par l'assureur à la date à laquelle les frais sont engagés.

4) Restrictions applicables aux médicaments

L'assureur se réserve le droit d'appliquer des restrictions au remboursement de médicaments pour lesquels un médicament équivalent moins cher existe sur le marché.

5) Limitations additionnelles applicables aux médicaments

Pour les médicaments biologiques, l'assureur se réserve le droit de rembourser un médicament biosimilaire moins cher s'il en existe sur le marché.

6) Exclusions additionnelles applicables aux médicaments

Aucun remboursement n'est effectué pour ce qui suit :

- a) Médicaments ou produits qui sont inscrits sur la liste des médicaments ou produits exclus, disponible sur le site web de l'assureur. Cette liste est établie en fonction, notamment, des données relatives à l'efficacité des médicaments ou produits par rapport aux coûts qui y sont reliés, des lignes directrices de pratique clinique et des recommandations émises par les organismes d'évaluation des technologies de la santé.
- b) Médicaments ou produits considérés par l'assureur comme devant être administrés à l'hôpital ou en milieu hospitalier, notamment ceux nécessitant une surveillance médicale particulière pendant le traitement en raison de la gravité de l'état du patient, de la complexité du traitement ou pour des motifs de sécurité. Afin d'identifier ces médicaments ou produits, l'assureur utilise, sans s'y limiter, les données provenant des monographies de produits approuvées par Santé Canada et des recommandations émises par les organismes d'évaluation des technologies de la santé.

7) Exclusions et limitations applicables à l'assurance voyage

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

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

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

- e) pour les frais de soins de santé et les frais hospitaliers qui sont engagés pour une personne assurée qui ne peut être rapatriée dans sa province de résidence et qui refuse un traitement médical prescrit par le médecin et approuvé par le Service d'assistance voyage;
- f) pour toute urgence médicale survenue dans un pays, une région ou un endroit pour lesquels le gouvernement du Canada a émis un avertissement d'éviter tout voyage, avant la date de début du voyage.

La personne assurée qui se trouve dans le pays, la région ou l'endroit faisant l'objet d'un avertissement émis en cours de voyage n'est pas visée par la présente exclusion. Elle doit toutefois prendre les dispositions nécessaires pour quitter ce pays, cette région ou cet endroit dès que possible mais au plus tard dans les 14 jours qui suivent l'émission de l'avertissement;

- g) si la personne assurée refuse de divulguer les renseignements nécessaires à l'assureur relativement aux autres régimes d'assurance en vertu desquels elle bénéficie également de garanties d'assurance voyage ou si elle refuse à l'assureur l'utilisation de tels renseignements;
- h) si les frais engagés sont reliés à un état de santé qui n'était pas stable avant la date de début du voyage;
- i) pour les frais engagés pour une grossesse, une fausse couche, un accouchement ou leurs complications, lorsque ces frais sont engagés après les 32 premières semaines de grossesse;
- j) si la personne assurée est atteinte d'une maladie et que son espérance de vie est de moins de 12 mois à la date d'achat du voyage;
- k) pour tout accident survenant durant le voyage et qui résulte de la pratique par la personne assurée d'une activité sportive contre rémunération (incluant les prix remis en argent), ou d'un sport ou d'une activité représentant un haut degré de risque, notamment :
 - i) le deltaplane, le parapente et le kitesurf;
 - ii) le parachutisme et la chute libre;
 - iii) le saut à l'élastique (bungee jumping);
 - iv) l'escalade et l'alpinisme;
 - v) le ski acrobatique et le ski hors-piste;

- vi) la plongée autonome en tant qu'amateur, si la personne assurée ne détient pas une qualification de plongeur (au moins le niveau de base) d'une école de plongée certifiée;
- vii) les sports de combat;
- viii) les courses et les entraînements de véhicules motorisés;
- l) pour le décès ou les frais qui résultent directement ou indirectement de :
 - i) la consommation de drogues, ou
 - ii) la consommation abusive de médicaments ou d'alcool.

La consommation abusive de médicament est celle qui dépasse la posologie recommandée. La consommation d'alcool est considérée abusive si le taux d'alcool dans le sang dépasse celui permis par le Code criminel du Canada.

Les prestations d'assurance voyage sont limitées à un maximum global de 5 000 000 \$ par personne assurée, sa vie durant.

8) Exclusions applicables à l'assurance annulation de voyage

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

- a) si à la date d'achat du voyage ou d'un billet de passager dans tout véhicule de transport public ou à la date du départ, la personne assurée connaissait la raison, incluant une mise en quarantaine, qui l'empêcherait d'entreprendre ou de terminer le voyage projeté;
- b) si la cause invoquée n'empêche pas, hors de tout doute raisonnable, la personne assurée d'entreprendre ou de terminer le voyage projeté;
- c) pour tout accident survenant durant le voyage et qui résulte de la pratique par la personne assurée d'une activité sportive contre rémunération (incluant les prix remis en argent), ou d'un sport ou d'une activité représentant un haut degré de risque, notamment :
 - i) le deltaplane, le parapente et le kitesurf;
 - ii) le parachutisme et la chute libre;
 - iii) le saut à l'élastique (bungee jumping);
 - iv) l'escalade et l'alpinisme;
 - v) le ski acrobatique et le ski hors-piste;

- vi) la plongée autonome en tant qu'amateur, si la personne assurée ne détient pas une qualification de plongeur (au moins le niveau de base) d'une école de plongée certifiée;
 - vii) les sports de combat;
 - viii) les courses et les entraînements de véhicules motorisés;
- d) pour les frais engagés pour une grossesse, une fausse-couche, un accouchement ou leurs complications, lorsque ces frais sont engagés dans les deux mois qui précèdent la date normale prévue pour l'accouchement;
 - e) pour le décès ou les frais engagés qui résultent directement ou indirectement de l'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool; l'absorption abusive d'alcool est celle qui résulte en une alcoolémie de 80 milligrammes ou plus d'alcool par 100 millilitres de sang;
 - f) pour tout accident ou maladie survenu lorsque la personne assurée effectuait son voyage à l'aide d'un véhicule commercial et qu'elle voyageait en tant que conducteur, pilote, membre de l'équipage ou passager non payant. La présente exclusion ne s'applique pas si le véhicule était utilisé uniquement comme moyen de transport privé lors de vacances et si ce véhicule était une automobile ou une camionnette (ou un camion) avec une capacité maximale de 1 000 kilogrammes;
 - g) pour le décès ou les frais engagés à la suite de manœuvres d'entraînement des forces armées ainsi que pour la partie des frais remboursables par une régie ou un organisme gouvernemental consécutivement au décès ou aux frais engagés relativement à tout accident non spécifiquement exclu par la présente garantie;
 - h) pour tout événement survenu dans un pays, une région ou un endroit pour lesquels le gouvernement du Canada a émis, avant la date de début du voyage, un des avertissements suivants :
 - i) éviter tout voyage non essentiel; ou
 - ii) éviter tout voyage.

La personne assurée qui se trouve dans le pays, la région ou l'endroit faisant l'objet d'un avertissement émis en cours de voyage n'est pas visée par la présente exclusion. Elle doit toutefois prendre les dispositions nécessaires pour quitter ce pays, cette région ou cet endroit dès que possible mais au plus tard dans les 14 jours qui suivent l'émission de l'avertissement;

- i) si un voyage est entrepris dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou blessée et que la condition médicale ou le décès subséquent de cette personne résulte en une annulation ou en un retour prématuré ou retardé;
- j) pour la portion d'un voyage remboursée par le fournisseur de services de voyage sous forme de crédits-voyage;
- k) pour toute défaillance d'un fournisseur de services de voyage n'ayant pas de bureau au Canada et ne détenant pas tous les permis et certificats d'exploitation requis par les autorités canadiennes compétentes;
- l) pour les frais engagés pour une excursion, une sortie ou une activité d'un jour ou moins que la personne assurée avait prévu faire pendant le voyage mais qu'elle annule.

Advenant une cause d'annulation avant le départ, le voyage doit être annulé auprès de l'agence de voyage ou du transporteur concerné au plus tard 48 heures après le jour où la cause d'annulation survient, ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié, et l'assureur doit en être avisé au même moment. La responsabilité de l'assureur est limitée aux frais d'annulation stipulés au contrat de voyage 48 heures après la date de la cause de l'annulation, ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié.

Pour le contrat, l'engagement de l'assureur est limité à 1 000 000 \$ 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 3 000 000 \$ par année civile pour toutes les demandes de prestations engagées pour l'ensemble des défaillances de fournisseurs de services de voyage.

DROIT DE TRANSFORMATION

Tout adhérent dont l'assurance prend fin peut obtenir de l'assureur, sans avoir à fournir de preuve d'assurabilité, une assurance accident-maladie distincte, aux taux et conditions fixés par l'assureur et alors en vigueur pour ce genre d'assurance, sous réserve des dispositions suivantes :

- 1) l'adhérent doit transmettre à l'assureur, avant la fin de son assurance en vertu de la présente garantie ou au cours des 31 jours qui suivent cette date, une demande écrite de transformation d'assurance;
- 2) l'adhérent peut demander l'assurance pour lui-même et, le cas échéant, pour ses personnes à charge si elles étaient assurées en vertu de la présente garantie;
- 3) suite à l'acceptation de la demande par l'assureur, la nouvelle assurance entre en vigueur à la date de la fin de l'assurance en vertu de la présente garantie;

- 4) le coût de la nouvelle assurance est entièrement à la charge de la personne qui exerce son droit de transformation et il est réévalué annuellement;
- 5) pendant que la présente garantie est en vigueur, toute personne à charge dont l'assurance prend fin parce qu'elle cesse d'être une personne à charge au sens du contrat ou parce que l'adhérent décède, peut exercer son droit de transformation au même titre que l'adhérent et sous réserve des mêmes conditions;
- 6) aucun droit de transformation n'est accordé à la personne dont l'assurance prend fin par suite de la fin du contrat.

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

OBJET DE LA GARANTIE

Cette garantie est disponible uniquement aux adhérents participant au Module Intermédiaire et au Module Complet.

Lorsqu'un adhérent engage des frais pour des soins dentaires pour lui-même ou pour l'une de ses personnes à charge assurées, l'assureur rembourse les frais raisonnables engagés pour tout service prévu par l'assurance, selon les modalités prévues ci-après.

FRANCHISE

25 \$ par adhérent ou par famille, à l'égard de chaque année civile.

POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT

	Module Intermédiaire	Module Complet
Soins préventifs	100 %	100 %
Soins de base	80 %	100 %
Restauration majeure	50 %	50 %
Orthodontie	50 %	50 %

REMBOURSEMENT MAXIMAL (PAR PERSONNE ASSURÉE)

	Module Intermédiaire	Module Complet
Soins dentaires préventifs, de base et de restauration majeure	1 000 \$ par année civile	1 500 \$ par année civile
Orthodontie	1 000 \$ à vie	1 500 \$ à vie

GUIDE DES TARIFS

Aux fins de la présente garantie, les frais admissibles sont ceux qui n'excèdent pas les tarifs prévus et approuvés par l'association des chirurgiens dentistes de la province de résidence de l'adhérent pour l'année civile qui précède celle au cours de laquelle les frais sont engagés.

ÉVALUATION PRÉALABLE DES PRESTATIONS

Lorsque le coût global estimatif d'une série proposée de soins dentaires pour une personne assurée dépasse 500 \$, il est conseillé à l'adhérent de présenter un plan de traitement détaillé à l'assureur avant le commencement de ce traitement. L'assureur informe alors l'adhérent du remboursement auquel il a droit conformément aux dispositions de la présente garantie. Le plan de traitement doit indiquer le type de soins à fournir, les dates prévues de la série de soins et les sommes exigées pour chaque soin.

FRAIS ADMISSIBLES

1) Soins dentaires préventifs (remboursables à 100 %)

DIAGNOSTIC

Examen complet (un examen par période de 3 ans)

Examen périodique
(un examen par période de 12 mois pour le Module Intermédiaire, un examen par période de 6 mois pour le Module Complet)

Examen d'urgence

Examen parodontal complet (un examen par période de 60 mois)

Examen des dysfonctions du système stomatognathique (un examen par période de 60 mois)

Examen prosthodontique (un examen par période de 24 mois)

Examen spécifique et diagnostique d'orthodontie

Radiographies intra-orales (périapicales, occlusales, interproximales) et interprétations

Radiographies extra-orales (sialographies, articulation temporo-mandibulaire, panoramique) et interprétation

Tests et examens de laboratoire (tests pulpaires, cultures bactériologiques pour la détermination d'agents pathologiques)

Biopsie de tissu mou ou de tissu dur et examen cytologique

Modèles de diagnostic

PRÉVENTION

Prophylaxie (polissage)
Module Intermédiaire : une fois par période de 12 mois
Module Complet : une fois par période de 6 mois

Application topique de fluorure

Analyse de diète et recommandations

Conseils d'hygiène buccale

Ablation de matériau obturateur sous-gingival

Appareils de maintien (incluant surveillance et ajustement)

Détartrage

Module Intermédiaire : une fois par période de 12 mois

Module Complet : une fois par période de 6 mois

2) Soins dentaires de base (remboursables à 80 % pour le Module Intermédiaire et à 100 % pour le Module Complet)

RESTAURATION

Pansement sédatif

Meulage et polissage d'une dent traumatisée

Recimentation d'un fragment de dent brisée

Restauration en amalgame

Tenons par restauration

Supplément pour une restauration en amalgame ou composite sous le crochet d'une prothèse partielle existante

Restauration en acrylique ou composite

Anesthésie locale

PARODONTIE (TRAITEMENT DE LA GENCIVE ET DES AUTRES ÉLÉMENTS DE SOUTIEN DE LA DENT)

Soins de certaines infections aiguës et autres lésions

Application d'agent désensibilisant

Actes de chirurgie parodontale

Jumelages provisoires

Traitements parodontaux d'appoint et appareils parodontaux

CHIRURGIE BUCCALE

Ablation de dent ayant fait éruption

Supplément pour points de suture

Ablation chirurgicale (complexe)

Alvéoloplastie

Ostéoplastie

Tubéroplastie
Ablation de surplus de muqueuse
Ablation de tumeur et de kyste
Incision et drainage
Réparation d'une lacération de tissu mou
Frénectomie
Dislocation de la mandibule
Traitement de glandes salivaires

ENDODONTIE

Pulpotomie
Traitement de canal
Apexification
Traitements périapicaux
Amputation de racine
Réparation de perforation
Traitements endodontiques spéciaux et préparation de dent pour traitement
Hémisection
Blanchiment
Réimplantation intentionnelle (comprenant exérèse, préparation et obturation canalaire, puis reposition)

TRAITEMENTS D'URGENCE D'ENDODONTIE

Pulpectomie sur dent primaire
Ouverture de la dent sans pulpectomie
Supplément pour un traitement endodontique à travers une couronne métal et/ou porcelaine
Tentative infructueuse de compléter un traitement de canal dû à sa complexité
Meulage sélectif pour soulager une occlusion traumatique (traitement distinct)

Réimplantation d'une dent ayant fait l'objet d'une avulsion

Reposition d'une dent déplacée par un traumatisme

3) Soins dentaires de restauration majeure ^{(1) et (2)} (remboursables à 50 %)

RESTAURATION

Aurification

Incrustations en or (avec recouvrement de cuspidés)

Tenons de rétention dans les incrustations

Incrustations en porcelaine

Couronnes individuelles (acrylique cuit, or et acrylique ou acrylique sur métal, intermédiaire directe, intermédiaire indirecte, porcelaine, porcelaine sur métal, or (couronne complète), or (couronne 3/4), acier inoxydable préfabriqué, couronne polycarbonate)

AUTRES SERVICES

Corps coulé

Réparation d'une couronne

Recimentation d'incrustation ou de couronne

Supplément pour mordantage de la restauration

Ablation d'une incrustation ou d'une couronne

Corps non coulé (préfabriqué)

Reconstitution d'une dent en prévision d'une couronne

PROTHÈSES AMOVIBLES ⁽³⁾

Prothèse complète (immédiate, temporaire, de transition)

Prothèse partielle (de transition, avec base coulée, alliage chrome, cobalt ou or, avec attaches de précision, coulée de type semi-précision)

Empreinte pour le modèle réfractaire

Ajustement de prothèse et réparation

Additions à une prothèse partielle, nettoyage et polissage de prothèse

Duplication, rebasage et regarnissage

Réfection de prothèses partielles

PROTHÈSES FIXES ⁽³⁾

Pontiques

Réparations

Piliers

Attaches de précision

Notes :

- (1) Les frais engagés pour la fabrication de prothèses par un membre reconnu de l'Association des denturologistes du Québec sont remboursables conformément aux modalités de la garantie pour de telles prothèses.*
- (2) L'achat initial de prothèses ne peut être remboursé que si l'extraction qui a rendu cet achat nécessaire a eu lieu pendant que la personne était assurée en vertu de la garantie.*
- (3) Le remplacement de ces prothèses ne peut faire l'objet d'un remboursement qu'une seule fois par période de 5 ans et seulement jusqu'à concurrence du remboursement prévu pour une prothèse équivalant à celle que la personne possédait avant le premier remplacement ayant fait l'objet d'un remboursement pour cette même prothèse. Cette limite de 5 ans ne s'applique toutefois pas au remplacement de prothèses temporaires qui ont été mises en bouche moins de 12 mois auparavant.*

4) Soins d'orthodontie (remboursables à 50 %)

ORTHODONTIE

Exposition chirurgicale d'une dent, incluant attachement orthodontique

Transplantation d'une dent

Reposition d'une dent par chirurgie

Ancrage osseux

Examen complet d'orthodontie

Ajustement, modifications ou recimentation

Urgences orthodontiques

Orthodontie corrective (appareils amovibles, appareils orthopédiques, appareils fixes bilatéraux et appareils fixes unilatéraux)

Appareils de contrôle des habitudes buccales (diagnostic, motivation du patient et myothérapie)

Appareils de rétention

Traitement d'orthodontie compréhensif majeur

Traitement d'orthodontie compréhensif majeur en deux phases

Versement sur traitement d'orthodontie en cours

EXCLUSIONS

Si la demande d'adhésion d'un salarié dont la participation est facultative ou d'une personne à charge n'est pas présentée dans le délai de 31 jours prévu à cet effet, l'assureur limite le montant des prestations payables à 125 \$ par personne assurée pendant les 12 premiers mois d'assurance.

- 1) Aucune prestation n'est versée pour les frais suivants :
 - a) frais pour traitements ou prothèses à des fins principalement esthétiques, ou pour la personnalisation de prothèses dentaires, à l'exception de tous frais expressément prévus dans la description de la garantie;
 - b) frais remboursables par tout régime gouvernemental ou tout autre régime d'assurance, ou frais que la personne assurée n'est pas tenue de payer;
 - c) frais relatifs à des soins ou traitements à titre expérimental;
 - d) honoraires professionnels d'un chirurgien dentiste, si ces honoraires sont assurés en vertu du régime d'assurance maladie;
 - e) frais payés ou couverts en vertu d'une loi d'assurance hospitalisation ou de toute loi d'assurance maladie de la province de résidence de l'adhérent, ou d'une autre province du Canada, ou de toute autre loi équivalente d'un autre pays;
 - f) frais remboursables en vertu d'un autre régime d'assurance collective;
 - g) frais qui sont à la charge d'un tiers responsable, sauf en cas de subrogation;
 - h) frais pour le remplacement de prothèses perdues ou volées, ou pour le double d'une prothèse ou de tout autre appareil;
 - i) honoraires d'un chirurgien dentiste pour un rendez-vous auquel la personne assurée ne s'est pas présentée ou pour un formulaire rempli à la demande de l'assureur;
 - j) frais engagés en rapport avec l'acquisition de prothèses initiales, si l'extraction qui a rendu ces prothèses nécessaires a eu lieu lorsque la personne concernée n'était pas assurée par un régime de soins dentaires (la personne assurée doit elle-même prouver qu'elle était assurée lorsque l'extraction a eu lieu);

- k) dommages subis par suite d'une guerre, déclarée ou non, d'une insurrection ou d'une émeute, sauf s'il s'agit d'une tentative de suicide;
- l) dommages subis par suite de la participation de la personne assurée à un crime ou à un attentat quelconque.

Le remplacement de prothèses ne peut faire l'objet d'un remboursement qu'une seule fois par période de 5 ans et seulement jusqu'à concurrence du remboursement prévu pour une prothèse équivalant à celle que la personne possédait déjà.

2) Restriction

Les restaurations en composite sur les molaires sont remboursées jusqu'à concurrence du coût des restaurations en amalgame.



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

La protection Assuris

Desjardins Assurances est membre d'Assuris, une société à but non lucratif financée par l'Industrie de l'assurance vie. Elle protège les assurés canadiens contre la perte de leurs prestations en cas de faillite d'une société membre.

Pour connaître l'étendue de la protection d'Assuris, consultez le **www.assuris.ca**. Vous pouvez aussi obtenir une brochure en écrivant à l'adresse **info@assuris.ca** ou par téléphone au 1 866 878-1225.

Notre engagement envers vous

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

desjardinsassurancevie.com/adherent



Desjardins

Assurances

Vie • Santé • Retraite

Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie. Desjardins^{MD}, Desjardins Assurances^{MC} et les marques de commerce associées sont des marques de commerce de la Fédération des caisses Desjardins du Québec utilisées sous licence par Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie. 200, rue des Commandeurs, Lévis (Québec) G6V 6R2 / 1 866 647-5013 desjardinsassurancevie.com