



La Capitale
assurances et gestion du patrimoine

(Assureur)



FTQ

**Le Comité paritaire intersectoriel FTQ
(Preneur)**

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE Contrat 6000 – FTQ

**offert aux personnes salariées
représentées par**



Union des employés et employées de service
SECTION LOCALE 800

SCFP / Syndicat canadien
de la fonction publique



Régime modifié le 1^{er} janvier 2008

LES RÉGIMES D'ASSURANCE COLLECTIVE DU CONTRAT 6000 SONT OFFERTS AUX PERSONNES SALARIÉES MEMBRES DE L'UN DES SYNDICATS AFFILIÉS À LA FTQ SUIVANTS :

— SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP)

Syndicat québécois des employés et employées de service, section locale 298 (SQEES)

Syndicat des employées et employés professionnels-les et de bureau – Québec (SEPB-Québec)

— SECTEUR DE L'ENSEIGNEMENT PRIMAIRE ET SECONDAIRE

Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP)

Union des employés et des employées de service (UES-800)

Syndicat des employées et employés professionnels-les et de bureau – Québec (SEPB-Québec)

— SECTEUR DE L'ENSEIGNEMENT COLLÉGIAL

Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP)

— ORGANISMES

SOCIÉTÉ IMMOBILIÈRE DU QUÉBEC (SIQ)

SOCIÉTÉ DE DÉVELOPPEMENT DES ENTREPRISES CULTURELLES (SODEC)

LA CORPORATION D'URGENCES-SANTÉ

CONSEIL DES SERVICES ESSENTIELS

MUSÉE NATIONAL DES BEAUX-ARTS DU QUÉBEC

SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE D'INFORMATION JURIDIQUE (SOQUIJ)

LA FÉDÉRATION DES COMMISSIONS SCOLAIRES DU QUÉBEC (FCSQ)

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ)

Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP)

RÉGIE DE L'ÉNERGIE

Syndicat des employées et employés professionnels-les et de bureau – Québec (SEPB-Québec)

TRAVAILLANT DANS LES ÉTABLISSEMENTS REPRÉSENTÉS PAR :

— SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS)

Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (FQCRPAT)

Association des établissements privés conventionnés – santé et services sociaux (AEPC)

Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ)

Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle (FQCRDI)

Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ)

Agences de la santé et des services sociaux

— SECTEURS DE L'ENSEIGNEMENT PRIMAIRE, SECONDAIRE ET COLLÉGIAL

Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS)

La Fédération des commissions scolaires du Québec (FCSQ)

Association des commissions scolaires anglophones du Québec (ACSAQ)

Fédération des cégeps

OU POUR LES ORGANISMES SUIVANTS :

- SOCIÉTÉ IMMOBILIÈRE DU QUÉBEC (SIQ)
- SOCIÉTÉ DE DÉVELOPPEMENT DES ENTREPRISES CULTURELLES (SODEC)
- LA CORPORATION D'URGENCES-SANTÉ
- CONSEIL DES SERVICES ESSENTIELS
- MUSÉE NATIONAL DES BEAUX-ARTS DU QUÉBEC
- SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE D'INFORMATION JURIDIQUE (SOQUIJ)
- LA FÉDÉRATION DES COMMISSIONS SCOLAIRES DU QUÉBEC (FCSQ)
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ)
- RÉGIE DE L'ÉNERGIE

VOTRE RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

IMPORTANT

Le preneur peut en tout temps, après entente avec l'Assureur, apporter des modifications au contrat concernant les catégories de personnes admissibles, l'étendue des garanties et le partage des coûts entre les catégories de personnes assurées. De telles modifications peuvent alors s'appliquer à toutes les personnes assurées, qu'elles soient actives, invalides ou retraitées.

Cette brochure ne mentionne pas toutes les clauses concernant les définitions, l'admissibilité, l'adhésion, le début et la fin de l'assurance et autres stipulations diverses. Toutefois, pour en connaître davantage le contenu, vous pouvez consulter le guide administratif disponible chez votre employeur ou obtenir une copie de la police en communiquant avec le représentant syndical local.

Cette brochure est produite à titre d'information et ne change en rien les dispositions et conditions du contrat.



100%

Ce document a été imprimé sur du papier contenant 100 % de fibres recyclées postconsommation.
Un simple geste afin de mieux gérer l'environnement et nos ressources.

La forme masculine est utilisée pour faciliter la lecture du document ;
elle désigne autant le féminin que le masculin.

TABLE DES MATIÈRES

RÉGIMES D'ASSURANCE	8
Sommaire des régimes	8
Régime d'assurance maladie de base	11
Régime optionnel d'assurance maladie complémentaire (option I)	15
Régime optionnel d'assurance soins dentaires (option II)	17
Régime optionnel d'assurance vie du participant actif et du retraité (option III)	24
– Participant actif	24
• Garantie d'assurance vie de base du participant	24
• Garantie d'assurance vie additionnelle du participant	24
• Garantie d'assurance en cas de mort ou mutilation accidentelles du participant	24
• Garantie d'assurance vie de base du conjoint ou des enfants à charge du participant	25
• Garantie d'assurance vie additionnelle du conjoint du participant	25
– Participant retraité	26
• Garantie d'assurance vie de base du retraité	26
• Garantie d'assurance vie de base du conjoint ou des enfants à charge du retraité	26
• Garantie d'assurance vie additionnelle du conjoint du retraité	26
RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	27
PROCÉDURE POUR RÉCLAMER	43
ASSURANCE VOYAGE	45
ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE	49
TABLEAU DES PRIMES	53

RÉGIMES D'ASSURANCE

Sommaire des régimes

Les tableaux suivants présentent brièvement les garanties prévues aux régimes d'assurance collective offerts aux participants actifs et retraités ainsi qu'un sommaire des prestations payables en vertu du contrat 6000. Afin d'obtenir une description complète des régimes, veuillez consulter les pages qui s'y rapportent.

PARTICIPANT ACTIF	
Régime d'assurance maladie de base (page 11) (Participation obligatoire)	
Hospitalisation	100 %, chambre semi-privée
Assurance voyage et assurance annulation de voyage	100 %
Médicaments et autres frais	80 % des premiers 2 500 \$ de frais admissibles et 100 % de l'excédent
Service de paiement automatisé	Différé
Régime d'assurance maladie complémentaire (option I) (page 15) (Participation facultative d'une durée minimale de 36 mois)	
Psychologue, psychiatre, psychanalyste et travailleur social	50 %, des maximums s'appliquent
Autres professionnels de la santé, échographies, radiographies et thermographies	80 %, des maximums s'appliquent
Régime d'assurance soins dentaires (option II) (page 17) (Participation facultative d'une durée minimale de 36 mois)	
Frais de diagnostic, de prévention, de restauration de base et de restauration majeure	80 %, jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement de 1 000 \$ par année civile par personne assurée
Prothèses amovibles	80 %, jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement de 1 000 \$ par année civile par personne assurée, 1 remplacement par période de 4 années consécutives
Service de paiement automatisé	Direct

PARTICIPANT ACTIF (suite)**Régime d'assurance vie (option III) (page 24)
(Participation facultative)**

Assurance vie de base du participant	Moins de 65 ans : 1 fois le salaire ou traitement annuel 65 ans ou plus : ½ fois le salaire ou traitement annuel
Assurance en cas de mort ou mutilation accidentelles du participant	Moins de 65 ans : 1 fois le salaire ou traitement annuel 65 ans ou plus : ½ fois le salaire ou traitement annuel
Assurance vie additionnelle du participant	1 à 5 fois le salaire ou traitement annuel
Assurance vie de base du conjoint / des enfants à charge	5 000 \$ / 2 500 \$
Assurance vie additionnelle du conjoint	1 à 20 tranches de 5 000 \$

Ce régime prévoit le paiement anticipé d'une prestation en cas de maladie en phase terminale.

PARTICIPANT RETRAITÉ**Produit d'assurance maladie individuelle – Série 3995
(Participation facultative)**

Le participant qui prend sa retraite et qui n'est pas admissible à un autre régime collectif d'assurance maladie (comprenant le remboursement des frais de médicaments) doit obligatoirement s'inscrire auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Il peut également adhérer à la police d'assurance maladie individuelle – Série 3995 pour obtenir entre autres les protections suivantes : hospitalisation, médicaments non remboursés par la Régie de l'assurance maladie du Québec, professionnels de la santé, assurance voyage et assurance annulation de voyage.

Vous trouverez une description **sommaire** de la police dans le dépliant : « PRODUIT D'ASSURANCE MALADIE INDIVIDUELLE - SÉRIE 3995 ».

**Régime d'assurance vie (option III) (page 26)
(Participation facultative)**

Assurance vie de base du retraité	1 à 20 tranches de 5 000 \$, jusqu'à concurrence du montant détenu avant la retraite
Assurance vie de base du conjoint / des enfants à charge	5 000 \$ / 2 500 \$
Assurance vie additionnelle du conjoint	1 à 20 tranches de 5 000 \$, jusqu'à concurrence du montant détenu avant la retraite

Ce régime prévoit le paiement anticipé d'une prestation en cas de maladie en phase terminale.

Au moment de la retraite, le participant peut conserver le régime d'assurance vie collective et adhérer à la police d'assurance maladie individuelle – Série 3995. Il doit préalablement détenir les régimes d'assurance vie et d'assurance maladie et présenter une demande dans les 30 jours suivant son départ à la retraite.

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DE BASE

Participation obligatoire

Les frais admissibles sont les frais raisonnables selon la gravité du cas et la pratique courante de la médecine, engagés par une personne assurée par suite d'accident, de maladie, de grossesse ou d'intervention chirurgicale reliée à la planification familiale.

1. Les frais décrits ci-après sont remboursés à 100 %.

a) Frais hospitaliers

Les frais hospitaliers engagés au Canada et en excédent de ce qui est payable par tout régime étatique d'assurance, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre semi-privée pour chaque jour d'hospitalisation selon les tarifs en vigueur dans la province où ils sont engagés et sans limites quant au nombre de jours.

b) Glucomètre, réflectomètre ou dextromètre

Les frais engagés pour la location, l'achat ou la réparation d'un glucomètre, d'un réflectomètre, ou d'un dextromètre, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 250 \$ par période de 60 mois consécutifs, par personne assurée, sur présentation d'un rapport complet du médecin traitant attestant que la personne assurée est insulino-dépendante et que sa condition nécessite l'utilisation d'un tel appareil.

c) Appareil auditif ou prothèse auditive

Les frais engagés pour la location, l'achat ou la réparation d'un appareil auditif ou d'une prothèse auditive, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 500 \$ par période de 36 mois consécutifs, par personne assurée.

d) Cure de désintoxication

Dans le cas d'une cure de désintoxication reliée à l'alcoolisme ou à l'usage de la drogue excluant tout traitement relié au tabagisme, des frais admissibles sont prévus pour un séjour dans une maison officiellement reconnue à cette fin, sous réserve d'un remboursement maximal de 40 \$ par jour et de 1 000 \$ par année civile, par personne assurée.

e) Stérilet

Les frais d'achat d'un stérilet, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 100 \$ par période de 24 mois consécutifs, par personne assurée.

f) Assurance voyage

Une description complète de cette garantie est présentée à la page 45 de la brochure. Des maximums s'appliquent.

g) Assurance annulation de voyage

Une description complète de cette garantie est présentée à la page 49 de la brochure. Des maximums s'appliquent.

2. Les frais décrits ci-après sont remboursés à 80 % pour le participant et ses personnes à charge, le cas échéant, puis à 100 % lorsque l'ensemble de ces frais excède 2 500 \$ au cours d'une même année civile.

- a) Les frais pour les **médicaments prescrits** sur ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste, vendus par un pharmacien licencié ou par un médecin dûment autorisé, sous réserve des exclusions apparaissant ci-après. Nous entendons par médicament, les produits inclus dans la liste de médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ou dans la liste de médicaments de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (l'AQPP) à l'exception des médicaments codés «V» ou «Z».

Les produits suivants ne sont pas considérés comme médicaments :

- les produits considérés comme étant des substituts de nourriture, les produits cosmétiques, les savons, les huiles de teint, les émoullients épidermiques, les shampoings et autres produits pour le cuir chevelu sauf sur recommandation médicale jugée satisfaisante par l'Assureur ;
- les substances ou aliments diététiques ;
- les médicaments homéopathiques ;
- les substances utilisées dans le but d'insémination, les gelées et mousses à but contraceptif et prophylactique ;
- les vaccins préventifs ;
- les injections dans le cadre d'une cure d'amaigrissement ;
- les laxatifs et antiacides stomacaux d'usage courant, sauf sur recommandation médicale jugée satisfaisante par l'Assureur ;
- les médicaments ou substances servant au traitement de l'impuissance ;
- les médicaments administrés principalement à titre préventif ;
- les produits antitabac (sauf ceux figurant sur la liste de la RAMQ) ;
- les médicaments administrés à des fins esthétiques, sauf si requis à cause d'un accident.

Nonobstant toute définition ou exclusion stipulée ci-dessus, sont considérés admissibles tous les médicaments que le contrat collectif doit couvrir conformément à la Loi sur l'assurance médicaments du Québec.

Pour tout médicament approuvé après le 1^{er} janvier 1997, l'Assureur se réserve le droit, après entente avec le Comité :

- d'en limiter le remboursement selon les critères prévus par le règlement de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec, s'il est inscrit à titre de médicament d'exception à la liste en vertu de l'article 60 de la loi ;
 - de l'exclure ou d'établir des critères de remboursement, s'il n'est pas inscrit à ladite liste.
- b) Le transport par **ambulance** (aller et retour au centre hospitalier), y compris le transport aérien ou ferroviaire en cas d'urgence ou lorsque requis médicalement.
- c) Les frais d'achat ou de remplacement de **membres artificiels, prothèses, bandages herniaires, bandages spéciaux (brûlures graves), corsets, béquilles, attelles, plâtres, yeux artificiels, bas de soutien** avec un taux de compression de 13 mm Hg et plus (maximum de 4 paires par année civile), engagés sous recommandation médicale et requis par la condition physique de la personne assurée.
- d) Les frais d'achat, de location ou de remplacement de **toute fourniture ou tout équipement requis par la condition physique** de la personne assurée, fabriqués par un orthésiste-prothésiste ou un autre professionnel spécialisé dans la fabrication de tels équipements ou fournitures et prescrits par un médecin (exemple : vêtement de compression pour brûlé, orthèse plantaire, genouillère, appareil pour asthmatique).
- e) Les frais de location ou d'achat, si ce dernier mode est jugé plus économique, d'un **fauteuil roulant**, d'un **lit d'hôpital** (excluant le matelas) et d'un **appareil respiratoire**.
- f) Les frais engagés pour les fournitures et services suivants rendus sous surveillance ou sur ordonnance médicale et non autrement remboursables :
- **orthophonie** ;
 - **ergothérapie** ;
 - **oxygénothérapie** ;
 - **audiologie** ;
 - **examens de laboratoire** ;
 - **bâtonnets, seringues et aiguilles dans le cas de diabète** ;
 - **sérums et injections**.
- g) Les frais pour la substance utilisée pour les **injections sclérosantes** si le traitement est médicalement requis ; sujet à un maximum admissible de 20 \$ par traitement et de 10 traitements par année civile, par personne assurée.

- h) Les services professionnels d'un **dentiste**, pour réparer des dommages accidentels à des dents naturelles subis après le début de l'assurance, à la condition que les services soient rendus dans les 12 mois suivant la date de l'accident.
- i) Les frais d'achat de **chaussures orthopédiques** conçues et fabriquées sur mesure pour une personne, à partir d'un moulage, dans le but de corriger un défaut du pied, de chaussures ouvertes, évasées ou droites, ainsi que les chaussures nécessaires au maintien des attelles dites de Denis Browne. Le coût des **orthèses** et des **additions ou modifications faites à des chaussures** est également admissible. Ces équipements doivent être fabriqués par un laboratoire orthopédique spécialisé licencié en vertu de la Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q., chapitre P.35).
- j) Les frais pour un **examen de la vue** effectué par un ophtalmologiste ou un optométriste, pour les personnes assurées âgées de 18 à 64 ans, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 40 \$ par période de 24 mois consécutifs, par personne assurée.
- k) **Transport et hébergement pour régions éloignées**

Lorsque sur ordonnance médicale, une personne assurée doit se déplacer à l'extérieur de sa région pour consulter ou recevoir des traitements d'un médecin spécialiste non disponibles dans sa région, les frais suivants sont admissibles jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 000 \$ par année civile, par personne assurée :

- Les frais de déplacement en transport public (autobus, avion, bateau et train) ou en automobile si la situation nécessite un déplacement aller-retour d'au moins 400 kilomètres entre le lieu de résidence de la personne assurée et le lieu de consultation ou de réception des traitements du médecin spécialiste. Toutefois, relativement aux frais de déplacement en automobile, les frais admissibles sont égaux à ceux qui auraient été engagés si le moyen de transport utilisé avait été l'autobus.
- Les frais de logement engagés dans un établissement public jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 60 \$ par jour, à la condition que la consultation ou le traitement nécessite un séjour.

Les frais admissibles doivent être engagés pour consultation ou traitement à l'intérieur de la province de Québec et ils sont remboursés sur production de factures acquittées sauf pour le transport, s'il est fait en automobile.

Dans le cas où le participant détient une protection individuelle, les frais admissibles doivent être engagés pour le participant et s'appliquer explicitement à ce dernier.

Dans le cas où le participant détient une protection familiale ou monoparentale, les frais admissibles doivent être engagés pour le participant ou ses personnes à charge et s'appliquer explicitement à ce dernier ou ces dernières.

Cette protection permet la présence d'un accompagnateur si la situation le justifie.

Les frais remboursés sont les frais en excédent de ceux remboursés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

3. Exclusions

Sous réserve des dispositions de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec, aucune prestation n'est payable pour des frais engagés :

- pour l'achat de prothèses dentaires, lunettes, verres de contact ou leur ajustement ;
- pour l'examen de l'ouïe ;
- pour un examen médical périodique, ou pour un examen médical pour fins d'emploi, pour fins d'admission à une institution scolaire, pour fins d'assurance ou pour voyage de santé ;
- du fait de mutilation volontaire en quelque état que ce soit ;
- pour des soins de chirurgie esthétique autres que ceux décrits précédemment ;
- pour une condition survenue alors que la personne assurée est en service actif dans les forces armées ;
- pour des soins, services ou fournitures que la personne assurée n'est pas tenue de payer ;
- pour des frais payables en vertu de tout régime public ou privé, individuel ou collectif ;
- dans un pays en état de guerre déclarée ou non, en état d'instabilité politique notoire ou pour lequel le gouvernement du Canada a émis une recommandation incitant les Canadiens à ne pas y voyager

lorsque les frais sont reliés à la situation conflictuelle dans le pays et qu'ils ont été engagés après que la recommandation a été émise, ou en raison d'une participation active à une insurrection réelle ou appréhendée ;

- par suite de la participation de la personne assurée à un acte criminel ;
- en cas d'hospitalisation pour soins prolongés. Les frais de séjour dans un centre d'accueil, incluant les centres hospitaliers fournissant le même type de service (hébergement) ou tout autre établissement ne sont pas admissibles au remboursement ;
- pour tout ticket modérateur, franchise ou coassurance exigé par tout régime public sur des produits et services admissibles en vertu de la présente garantie ;

Ces exclusions s'appliquent également à la garantie d'assurance voyage et s'ajoutent à celles apparaissant dans la description de cette dernière.

RÉGIME OPTIONNEL D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – Option I

Participation facultative d'une durée minimale de 36 mois

Les frais admissibles sont les frais raisonnables selon la gravité du cas et la pratique courante de la médecine, engagés par une personne assurée par suite d'accident, de maladie, de grossesse ou d'intervention chirurgicale reliée à la planification familiale.

NOTE: Les professionnels de la santé doivent être membres en règle de leur ordre professionnel ou d'une association professionnelle ou doivent être reconnus par le Comité et l'Assureur. Ils doivent exercer dans les limites de leurs compétences au sens de la loi.

1. Les frais décrits ci-après sont remboursés à 80 %.

- a) Les services professionnels d'un **chiropraticien**, à raison d'un remboursement maximal de 20 \$ par traitement et de 400 \$ par année civile, par personne assurée. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestations.
L'examen initial rendu par le chiropraticien est admissible au même titre qu'un traitement, étant entendu qu'un seul de ces deux services donne lieu à des prestations s'ils sont reçus la même journée.
- b) Les services professionnels d'un **infirmier ou d'un infirmier auxiliaire**, pour des soins médicaux rendus au domicile de la personne assurée, à l'exception de toute personne qui habite normalement avec la personne assurée ou qui fait partie de sa famille, à raison d'un remboursement maximal de 200 \$ par jour et de 4 000 \$ par année civile, par personne assurée.
- c) Les services professionnels d'un **physiothérapeute** ou d'un **thérapeute en réadaptation physique**, à raison d'un remboursement maximal de 20 \$ par traitement et de 400 \$ par année civile, par personne assurée, pour l'ensemble de ces spécialistes. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestations.
- d) Les services professionnels d'un **homéopathe**, d'un **ostéopathe**, d'un **naturopathe**, d'un **acupuncteur** ou d'un **diététiste**, à raison d'un remboursement maximal de 20 \$ par traitement et de 400 \$ par année civile, par personne assurée, par spécialiste. Un seul traitement par jour, par spécialiste, pour la même personne assurée, est sujet à prestations.
- e) Les services professionnels d'un **podiatre** ou d'une **infirmière en hygiène des pieds**, à raison d'un remboursement maximal de 20 \$ par traitement et de 400 \$ par année civile, par personne assurée, pour l'ensemble de ces spécialistes. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestations.
- f) Les services professionnels d'un **kinésithérapeute**, d'un **orthothérapeute**, d'un **kinothérapeute** ou d'un **massothérapeute**, à raison d'un remboursement maximal de 20 \$ par traitement et de 400 \$ par année civile, par personne assurée, pour l'ensemble de ces spécialistes. Un seul traitement par jour, par spécialiste, pour la même personne assurée, est sujet à prestations.
- g) Les frais de **radiographies** requises pour le traitement donné par un spécialiste couvert par le régime d'assurance maladie de base ou le régime optionnel I à raison d'un remboursement maximal de 40 \$ par année civile, par personne assurée.
- h) Les frais d'**échographies** et de **thermographies**, à l'exclusion des échographies foetales, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 400 \$ par année civile, par personne assurée, s'ils sont engagés sur prescription médicale.

2. Les frais décrits ci-après sont remboursés à 50 %.

Les services professionnels d'un **psychologue**, d'un **psychiatre**, d'un **psychanalyste** ou d'un **travailleur social professionnel** sont remboursés jusqu'à concurrence d'un montant maximal de 500 \$ par année civile, par personne assurée, pour l'ensemble de ces spécialistes. Un seul traitement par jour, par spécialiste, pour la même personne assurée, est sujet à prestations. Les services professionnels de psychiatres remboursables sont uniquement ceux rendus comme traitements de psychanalyse et dans la mesure où ces professionnels font partie de la Société canadienne de psychanalyse.

3. Exclusions

Les exclusions mentionnées au régime d'assurance maladie de base s'appliquent également au régime d'assurance maladie complémentaire.

RÉGIME OPTIONNEL D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES – Option II

Participation facultative d'une durée minimale de 36 mois

Les frais admissibles sont les frais raisonnablement rendus et recommandés par un dentiste et dont le coût n'excède pas les tarifs du guide de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec (ACDQ) en vigueur l'année précédant le moment où les services sont rendus.

L'Assureur rembourse 80 % des frais de diagnostic, de prévention, de restauration de base et de restauration majeure décrits ci-après, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 000 \$ par année civile, par personne assurée, pour l'ensemble de ces frais.

L'Assureur rembourse 80 % des frais de prothèses. Ces frais sont admissibles jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 000 \$ par année civile, par personne assurée. *Voir restrictions page 23.*

Les codes utilisés dans la description sont ceux du document intitulé « Nomenclature et tarifs des actes buccodentaires 2003 » de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec (ACDQ). Pour les années subséquentes, ces codes sont remplacés par leur équivalent dans les documents ultérieurs de l'Association. Tout nouveau numéro de code d'acte dentaire qui s'ajoute pendant la durée du contrat et qui touche les frais décrits ci-après est automatiquement reconnu.

1. Frais admissibles

Description des frais de diagnostic

- Examen buccal clinique
 - a) examen complet jusqu'à concurrence d'un examen par période de 9 mois consécutifs (01110, 01120, 01130)
 - b) examen de rappel ou périodique jusqu'à concurrence d'un examen par période de 9 mois consécutifs (01200)
 - c) examen dentaire pour les enfants à charge âgés de moins de 10 ans, non remboursable par le régime public de l'assurance maladie du Québec, jusqu'à concurrence d'un examen par période de 12 mois consécutifs (01250)
 - d) examen d'urgence (01300)
 - e) examen d'un aspect particulier jusqu'à concurrence d'un examen par période de 9 mois consécutifs (01400)
 - f) examen parodontal complet jusqu'à concurrence d'un examen par période de 36 mois consécutifs (01500)

Limitation : un seul examen de rappel, d'un aspect particulier, périodique ou complet par période de 9 mois consécutifs est couvert. Toutefois, l'examen effectué par un spécialiste à la suite d'une recommandation d'un chirurgien dentiste (admissible selon le tarif des chirurgiens dentistes) n'est pas sujet à cette limitation.

- Radiographies
 - a) radiographies intra-orales
 - i) radiographie périapicale (02111 à 02116)
 - ii) radiographie occlusale (02131, 02132)
 - iii) radiographie interproximale (02141 à 02144)
 - b) radiographies extra-orales
 - i) pellicule extra-orale (02201, 02202)
 - ii) examen des sinus (02304)

- iii) sialographie (02400)
- iv) substance radio-opaque (02430)
- v) articulation temporo-mandibulaire (02504)
- vi) pellicule panoramique (02600)
- vii) pellicule céphalométrique (02701, 02702)
- c) interprétation de radiographies provenant d'une autre source (02800)
- d) demande de duplicata d'une radiographie ou d'un dossier (02910)
- e) radiographie de la main et du poignet comme aide-diagnostic au traitement dentaire (02915)
- f) tomographie (02920, 02929)

Limitation : pas plus d'une séance de radiographies sera remboursable par période de 9 mois consécutifs, à l'exception de la séance de radiographies effectuées lors d'un examen d'urgence ou effectuées lors d'un examen fait par un spécialiste à la suite d'une recommandation d'un chirurgien-dentiste. De plus, la série complète de pellicules périapicales et interproximales ne sera remboursable qu'une fois par période de 36 mois consécutifs.

- Tests et examens de laboratoire
 - a) culture bactériologique pour déterminer les agents pathologiques (04100)
 - b) culture bactériologique pour déterminer la susceptibilité à la carie (04201)
 - c) biopsie du tissu mou ou du tissu dur (04302, 04311, 04312)
 - d) tests cytologiques (04401, 04402)
- Modèles de diagnostic
 - a) non montés (04500)
 - b) montés (04510, 04520)
 - c) cirage diagnostique (04730)
- Présentation de cas / plan de traitement (05101)
- Consultation (05200)

Description des frais de prévention

- Polissage de la partie coronaire des dents (prophylaxie), jusqu'à concurrence d'un traitement par période de 9 mois consécutifs (11100, 11200, 11300)
- Détartrage parodontal, jusqu'à concurrence d'un traitement par période de 9 mois consécutifs relativement à l'ensemble de ces actes dentaires (43411 à 43414, 43417, 43419)
- Application topique de fluorure, jusqu'à concurrence d'un traitement par période de 9 mois consécutifs (12400)
- Analyse de la diète et recommandation (13100)
- Conseils d'hygiène buccale (13200, 13210)
- Programme de contrôle de la plaque dentaire (13220)
- Finition d'une obturation (13300)
- Scellants des puits et fissures (13401, 13404)
- Protecteur buccal (13510)
- Meulage des dents
 - a) meulage interproximal des dents (13700)
 - b) odontotomie prophylactique et/ou améloplastie (13710)

- Appareils de maintien d'espace
 - a) sur bagues (15108 à 15111, 15120)
 - b) sur couronne en acier (15200, 15210)
 - c) appareil amovible (15400, 15410)
 - d) avec mordançage à l'acide (15420)

Description des frais de restauration de base

RESTAURATION

- dents primaires
 - a) antérieure ou postérieure en amalgame conventionnel (21101 à 21105)
 - b) antérieure ou postérieure en amalgame lié par mordançage (21121 à 21125)
 - c) antérieure en composite lié par mordançage (23311 à 23315)
 - d) postérieure en composite lié par mordançage (23411 à 23415)
- dents permanentes
 - a) antérieure et prémolaire en amalgame conventionnel (21211 à 21215)
 - b) molaire en amalgame conventionnel (21221 à 21225)
 - c) antérieure et prémolaire en amalgame lié par mordançage (21231 à 21235)
 - d) molaire en amalgame lié par mordançage (21241 à 21245)
 - e) antérieure en composite lié par mordançage (23111 à 23115, 23118)
 - f) facette (antérieure et prémolaire) (23121 à 23123)
 - g) prémolaire en composite lié par mordançage (23211 à 23215)
 - h) molaire en composite lié par mordançage (23221 à 23225)
- tenons pour restauration (en amalgame ou en composite) (21301 à 21304)
- supplément pour une restauration (en amalgame ou en composite) sous le crochet d'une prothèse partielle (21501, 23701)
- aurification (24101, 24102)
- incrustation
 - a) en métal (25100, 25200, 25300, 25500)
 - b) en porcelaine, en résine ou en céramique (25121 à 25123, 25521)
- tenon de rétention dans l'incrustation (25601 à 25604)

CHIRURGIE BUCCALE

- ablation d'une dent ayant fait éruption (sans complication) (71101, 71111)
- ablations chirurgicales
 - a) dent ayant fait éruption (complexe) (72100)
 - b) dent incluse (72210, 72220, 72230, 72240)
 - c) racines résiduelles (72300, 72310, 72320)
 - d) exérèse d'une ou de portions d'une dent fracturée (72350)
 - e) exposition chirurgicale d'une dent (72410 à 72412)
 - f) déplacement chirurgical d'une dent (72430, 72440)
 - g) énucléation d'une dent (72450)

- correction et remodelage des tissus buccaux
 - a) alvéolectomie (73020)
 - b) alvéoloplastie (73100, 73110)
 - c) stomatoplastie (73123)
 - d) ostéoplastie (73133 à 73135, 73140)
 - e) tubéroplastie (73150, 73151)
 - f) ablation de tissu hyperplasique (par radiochirurgie ou par dissection) (73171 à 73176)
 - g) ablation de surplus de muqueuse (par radiochirurgie ou par dissection) (73181 à 73186)
 - h) reconstruction du procès alvéolaire avec un matériau synthétique biocompatible (73360, 73361)
 - i) extension des replis muqueux avec épithélialisation secondaire (incluant vestibuloplastie) (73381 à 73384)
 - j) extension des replis muqueux avec greffe muqueuse ou épidermique (73401 à 73404)
- ablation d'une tumeur ou d'un kyste
 - a) ablation d'une tumeur (74108, 74109)
 - b) ablation et curetage d'un kyste ou d'un granulome intra-osseux (74408 à 74410)
- incision et drainage chirurgicaux (75100, 75101, 75110)
- ablation d'un corps étranger dans le tissu osseux ou le tissu mou (75301, 75361)
- frénectomie (77801 à 77803)
- traitement d'une hémorragie (79400, 79401)

SERVICES GÉNÉRAUX COMPLÉMENTAIRES

- anesthésie locale (92110, 92120)
- anesthésie générale (coût de médicaments anesthésiques seulement) (92201, 92202)
- sédation consciente par inhalation (92310, 92311)
- visites professionnelles (94100, 94200, 94400)

Description des frais de restauration majeure

ENDODONTIE

- carie / trauma / contrôle de la douleur
 - a) pansement sédatif / coiffage indirect (20111, 20121)
 - b) meulage et polissage d'une dent traumatisée (20131)
- urgence endodontique
 - a) pulpotomie (32201, 32202, 32210)
 - b) ouverture et drainage (acte d'urgence distinct du traitement de canal)
 - i) ouverture à travers une dent naturelle (39201, 39202)
 - ii) ouverture à travers une couronne en métal ou en porcelaine (39211, 39212)
 - c) pulpectomie (acte d'urgence distinct du traitement de canal) (39901 à 39905)
 - d) meulage sélectif pour soulager une occlusion traumatique (39970)
 - e) réimplantation d'une dent avulsée (39981)
 - f) reposition d'une dent déplacée par traumatisme (39985)
- préparation de la dent en vue d'un traitement (39100, 39110, 39120)

- thérapie canalairre
 - a) traitement de canal
 - i) un canal (33100 à 33102, 33110 à 33112)
 - ii) deux canaux (33200 à 33202, 33210 à 33212)
 - iii) trois canaux (33300 à 33302, 33310 à 33312)
 - iv) quatre canaux (33400 à 33402, 33410 à 33412)
 - b) apexification
 - i) un canal (33521, 33531, 33541)
 - ii) deux canaux (33522, 33532, 33542)
 - iii) trois canaux (33523, 33533, 33543)
- chirurgie endodontique périapicale
 - a) apectomie (acte distinct du traitement de canal) (34101 à 34104)
 - b) apectomie et traitement de canal conjoints avec ou sans obturation rétrograde (34111, 34112, 34114, 34115)
 - c) apectomie et obturation rétrograde (acte distinct du traitement de canal) (34201 à 34203, 34212, 34215)
 - d) amputation de racine (34401, 34402)
 - e) réimplantation intentionnelle (34451 à 34453)
 - f) hémisection (39230)
- blanchiment d'une dent effectué au cabinet par le dentiste, jusqu'à concurrence d'un maximum global de 10 séances par année civile par assuré pour toutes les dents
 - a) dents dévitalisées (39410)
 - b) dents vivantes, au cabinet (97101, 97102)

PARODONTIE

- soins d'une infection aiguë et autres lésions (41200)
- application d'un désensibilisant, jusqu'à concurrence d'un maximum global de 10 applications par année civile par assuré pour toutes les dents (41300)
- chirurgie parodontale
 - a) curetage gingival et surfaçage radiculaire (42000, 42001)
 - b) gingivoplastie et/ou gingivectomie (42003, 42010)
 - c) fibrotomie (42330, 42331)
 - d) approche par lambeau avec ostéoplastie et/ou ostéectomie (42100)
 - e) greffe
 - i) tissus mous (42200, 42300, 42560, 42561)
 - ii) tissus osseux (42611, 42700, 42711)
 - f) Wedge proximal (mésial ou distal) (42400)
 - g) chirurgie exploratoire, avec approche par lambeau (42441)
 - h) visite de contrôle postopératoire pour changer un pansement (42720)
- traitements parodontaux d'appoint
 - a) jumelages ou ligatures, provisoires (43200, 43211, 43212, 43260, 43280)
 - b) jumelages permanents (43290, 43295)
 - c) équilibrage de l'occlusion (43300, 43310)

- d) appareil parodontal (pour contrôler le bruxisme) (43611, 43612, 43622, 43631)
- e) appareil intra-oral pour l'articulation temporo-mandibulaire (plaque occlusale) (43711, 43712, 43732, 43741)
- f) irrigation parodontale sous-gingivale (49211)
- g) application intra-sulculaire d'agent antimicrobien et/ou chimiothérapeutique à dégradation lente (49221, 49229)

Description des frais pour prothèses amovibles

PROTHÈSES AMOVIBLES

- prothèse complète
 - a) standard (51100, 51110, 51120)
 - b) équilibrée (51201 à 51203)
- prothèse complète immédiate (51300, 51310, 51320)
- prothèse complète immédiate (de transition) (51600, 51610, 51620)
- prothèse complète hybride
 - a) standard (51701 à 51703)
 - b) équilibrée (51711 à 51713)
- prothèse partielle acrylique (immédiate, de transition ou permanente) (52101 à 52103, 52120 à 52124, 52129, 52230 à 52232)
- prothèse partielle avec base coulée, alliage chrome-cobalt, appuis et crochets coulés et/ou façonnés (52400, 52410, 52420, 52500, 52510, 52520, 53131 à 53133, 53150, 53221 à 53223)
- prothèse complète avec prothèse partielle amovible sur arcade opposée, avec base coulée, alliage chrome-cobalt, avec ou sans selles libres (52530, 52541)
- prothèse partielle amovible coulée avec attaches de précision (52600, 52610, 52620)
- prothèse partielle coulée de type semi-précision (52601, 52611, 52630)
- prothèse partielle hybride, base coulée (52701, 52702)

AJUSTEMENT D'UNE PROTHÈSE

- ajustements mineurs à la condition que ces ajustements soient prodigués plus de 6 mois après la pose initiale de la prothèse (54250, 54251)
- remontage et équilibrage d'une prothèse complète ou partielle (54300 à 54302)

RÉPARATIONS D'UNE PROTHÈSE COMPLÈTE OU PARTIELLE

- réparation d'une prothèse complète sans empreinte (55101 à 55104)
- réparation d'une prothèse complète avec empreinte (55201 à 55204)
- ajouts de structure à une prothèse partielle (55520, 55530)
- remplacement des dents d'une prothèse (56602)
- récupération de hauteur verticale par l'ajout d'acrylique à une prothèse existante (56631)

NETTOYAGE ET POLISSAGE D'UNE PROTHÈSE (55700)

DUPLICATA D'UNE PROTHÈSE (56100, 56101)

REBASAGE ET REGARNISSAGE

- regarnissage d'une prothèse complète ou partielle (56200, 56201, 56210, 56211, 56220 à 56222, 56230 à 56232)
- rebasage (jump) (56260 à 56263, 56280, 56290)
- garnissage temporaire thérapeutique (56270 à 56273)

RÉFECTION D'UNE PROTHÈSE PARTIELLE (lorsque la structure métallique ou le squelette est conservé) (56411 à 56413)

Restrictions concernant les prothèses amovibles

- Le remplacement d'une prothèse ou l'addition de dents à une prothèse amovible sont remboursables à la condition qu'il soit prouvé de façon satisfaisante :
 - a) que le remplacement ou l'addition de dents est nécessaire à la suite de l'extraction de dents après la pose initiale de la prothèse, ou
 - b) qu'il se soit écoulé au moins 4 ans depuis la pose initiale de la prothèse.

Limitations aux frais admissibles

Aucun remboursement n'est effectué par l'Assureur pour les traitements dentaires suivants :

- Les traitements dentaires effectués gratuitement ou que la personne assurée n'est pas tenue de payer ;
- Les traitements dentaires pour lesquels la personne assurée a droit à une indemnité en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, de la Loi sur l'assurance automobile ou de toute autre loi canadienne ou étrangère au même effet ;
- Les traitements dentaires payables par un régime d'assurance maladie auquel la personne assurée a adhéré.

2. Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour les frais de soins dentaires engagés :

- À l'intention d'une tierce personne ;
- Lors d'une chirurgie esthétique, notamment pour la transformation, l'extraction ou le remplacement des dents saines en vue d'en modifier l'apparence ;
- Lors d'une condition survenue alors que la personne assurée est en service actif dans les forces armées.

RÉGIME OPTIONNEL D'ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT ACTIF ET DU RETRAITÉ – Option III

Participation facultative

1. Participant actif

a) Assurance vie de base du participant

Le montant d'assurance vie de base payable au décès du participant est égal à :

- 1 fois le salaire annuel, arrondi au multiple de 5 \$ le plus près, pour un participant de moins de 65 ans ;
- 1/2 fois le salaire annuel, arrondi au multiple de 5 \$ le plus près, pour un participant de 65 ans et plus.

b) Assurance vie additionnelle du participant

NOTE: La participation à cette garantie est conditionnelle à la participation à la garantie d'assurance vie de base.

Le participant peut opter pour un montant additionnel d'assurance vie égal à 1 jusqu'à 5 fois son salaire annuel selon son choix. Le produit est arrondi au multiple de 5 \$ le plus près.

Cette garantie est sujette à des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'Assureur au moment de l'adhésion ou de l'ajout d'une nouvelle tranche d'assurance vie additionnelle.

Cette garantie ne s'applique pas si le participant meurt suite à un suicide ou des suites de toute tentative de suicide au cours de la première année qui suit la date de prise d'effet de la présente garantie, de sa remise en vigueur, ou de toute augmentation du montant de la garantie, qu'il soit sain d'esprit ou non lors du suicide ou de la tentative de suicide. Dans ce cas, l'assurance ou l'augmentation, selon le cas, est nulle et sans effet et la responsabilité de l'Assureur est limitée au remboursement des primes perçues.

c) Assurance en cas de mort ou mutilation accidentelles du participant

NOTE: La participation à cette garantie est conditionnelle à la participation à la garantie d'assurance vie de base.

Lorsque le participant subit l'une des pertes énumérées ci-dessous, et que cette perte survient dans les 365 jours de la date de l'accident, à la condition que le participant soit protégé par la présente garantie à la date de l'accident, l'Assureur paie le pourcentage du salaire annuel indiqué ci-après, sans toutefois dépasser 100 % du salaire pour toutes les pertes relatives au même accident. Ce pourcentage est réduit de moitié lorsqu'un participant atteint l'âge de 65 ans.

TABLEAU DES PERTES	POURCENTAGE DU SALAIRE ANNUEL
– Perte de la vie	100 %
– Perte des deux mains, des deux pieds ou de la vue des deux yeux	100 %
– Perte d'une main et d'un pied	100 %
– Perte d'une main ou d'un pied avec la perte de la vue d'un oeil	100 %
– Perte d'une main ou d'un pied	50 %
– Perte de la vue d'un oeil	50 %
– Perte de chaque doigt	10 %

Par le mot « perte », on entend, pour ce qui est d'une main, d'un pied ou d'un doigt, la perte d'usage totale et définitive ; en ce qui concerne la vue, on entend la perte totale, définitive et irrémédiable de la vue. Lors d'une perte subie par un invalide, le pourcentage du salaire annuel demeure celui établi au début de l'invalidité. Aux fins d'assurance, l'invalide est considéré comme un retraité à compter de son 65^e anniversaire.

Cette garantie ne s'applique pas si la perte subie survient dans les cas suivants :

- alors que le participant exerce toute fonction de l'équipage d'un aéronef, sauf s'il est tenu de le faire dans l'exercice de ses fonctions tel que prévu à sa convention collective de travail ou à son contrat individuel de travail ;
- en raison d'une guerre déclarée ou non ou de sa participation à une insurrection réelle ;
- en raison d'une tentative de suicide ou de suicide du participant ou d'une blessure ou d'une mutilation que le participant s'est volontairement infligée, qu'il soit sain d'esprit ou non ;
- lors de sa participation à un acte criminel, y compris le fait de conduire un véhicule moteur avec un taux d'alcoolémie qui dépasse la limite permise par la loi ;
- alors que le participant est en service actif dans les forces armées ;
- par suite d'une maladie ou d'une affection ne résultant pas d'un accident et qui se manifeste lors d'un accident.

d) Assurance vie de base du conjoint ou des enfants à charge du participant

NOTE : La participation à cette garantie est conditionnelle à la participation à la garantie d'assurance vie de base du participant.

Les prestations payables en cas de décès sont égales à :

- 2 500 \$ dans le cas d'un enfant à charge assuré âgé de 24 heures ou plus ;
- 5 000 \$ dans le cas du conjoint assuré.

e) Assurance vie additionnelle du conjoint du participant

NOTE : La participation à cette garantie est conditionnelle à la participation à la garantie d'assurance vie de base du conjoint ou des enfants à charge.

Le participant peut opter pour un montant additionnel variant de 1 à 20 tranches de 5 000 \$ sur la vie de son conjoint. Cette garantie est sujette à des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'Assureur au moment de l'adhésion ou de l'ajout d'une nouvelle tranche d'assurance vie additionnelle.

Cette garantie ne s'applique pas si le conjoint meurt suite à un suicide ou des suites de toute tentative de suicide au cours de la première année qui suit la date de prise d'effet de la présente garantie, de sa remise en vigueur, ou de toute augmentation du montant de la garantie, qu'il soit sain d'esprit ou non lors du suicide ou de la tentative de suicide. Dans ce cas, l'assurance ou l'augmentation, selon le cas, est nulle et sans effet et la responsabilité de l'Assureur est limitée au remboursement des primes perçues.

2. Participant retraité

a) Assurance vie de base du retraité

À compter de la date de prise de la retraite, le participant continue d'être assuré sans preuves d'assurabilité, pour un montant pouvant aller jusqu'à 20 tranches de 5 000 \$, selon son choix, sans toutefois excéder le montant détenu comme participant actif, à la condition d'en faire la demande à l'Assureur au cours des 30 jours suivant la date de sa retraite.

Pendant, pour le participant à temps partiel ou en congé sans solde sans participation, dont le montant d'assurance en vigueur immédiatement avant la date de sa retraite est inférieur à 5 000 \$, ledit montant est réputé s'élever à 5 000 \$.

Le participant peut réduire éventuellement le montant d'assurance choisi, mais ne peut l'augmenter. De plus, il peut mettre fin à son assurance en tout temps, auquel cas il ne pourra y participer à nouveau.

Le participant retraité qui effectue un retour au travail peut conserver le montant d'assurance détenu comme retraité. Dans un tel cas, tout nouveau montant d'assurance vie à l'intention du participant ou de ses personnes à charge auquel il a droit lorsqu'il cesse à nouveau d'être actif s'ajoute au montant d'assurance qu'il détient déjà. Le total de ces montants forme alors un seul montant d'assurance aux fins d'application des maximums prévus à la présente garantie (retraité et personnes à charge).

b) Assurance vie de base du conjoint ou des enfants à charge du retraité

Le participant retraité peut conserver le montant d'assurance qu'il détenait dans le régime des participants actifs pour son conjoint et ses enfants à charge, le cas échéant, à la condition qu'il adhère lui-même à la garantie d'assurance vie de base du participant retraité.

L'adhésion doit se faire en même temps pour toutes les garanties d'assurance vie offertes au retraité.

Les prestations payables en cas de décès sont égales à :

- 2 500 \$ dans le cas d'un enfant à charge assuré âgé de 24 heures ou plus ;
- 5 000 \$ dans le cas du conjoint assuré.

c) Assurance vie additionnelle du conjoint du retraité

Le participant retraité peut conserver, en partie ou en totalité, le montant d'assurance vie additionnelle qu'il détenait sur la vie de son conjoint dans le régime des participants actifs, soit entre 1 et 20 tranches de 5 000 \$, à la condition qu'il adhère à la garantie d'assurance vie de base du participant retraité et à la garantie d'assurance vie de base du conjoint ou des enfants à charge.

Les taux de prime sont ceux établis pour le montant d'assurance vie de base du retraité en tenant compte de l'âge du retraité et du sexe du conjoint.

L'adhésion doit se faire en même temps pour toutes les garanties d'assurance vie offertes au retraité.

3. Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale

Une personne assurée en vertu de l'une des garanties du régime d'assurance vie, dont l'espérance de vie est d'au plus 12 mois, peut obtenir le paiement d'une prestation anticipée en présentant une demande écrite à l'Assureur, accompagnée des preuves médicales appropriées et de l'acceptation écrite du bénéficiaire.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. Définitions

a) Comité

Le Comité paritaire intersectoriel – Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (CPI - FTQ).

b) Invalidité de 48 mois et moins

- **Dans le secteur de la santé et des services sociaux et pour l'Institut national de santé publique**, par invalidité, on entend un état d'incapacité résultant soit d'une maladie y compris un accident ou une complication d'une grossesse, soit d'une ligature tubaire, d'une vasectomie ou de cas similaires reliés à la planification familiale, soit d'un don d'organe ou de moelle osseuse faisant l'objet d'un suivi médical et qui rend la personne salariée totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou de tout autre emploi analogue et comportant une rémunération similaire qui lui est offert par l'employeur.
- **Pour la Société Immobilière du Québec (SIQ), pour La Corporation d'urgences-santé et pour le Musée national des beaux-arts du Québec**, par invalidité, on entend un état d'incapacité résultant soit d'une maladie y compris un accident ou une complication d'une grossesse, soit d'une ligature tubaire, d'une vasectomie ou de cas similaires reliés à la planification familiale, soit d'un don d'organe faisant l'objet d'un suivi médical et qui rend la personne salariée totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou de tout autre emploi analogue et comportant une rémunération similaire qui lui est offert par l'employeur.
- **Dans le secteur des commissions scolaires**, par invalidité, on entend un état d'incapacité résultant d'une maladie, y compris un accident à l'exclusion d'une lésion professionnelle, nécessitant des soins médicaux ou d'une intervention chirurgicale reliée à la planification familiale, cet état d'incapacité rendant la personne salariée totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou de tout autre emploi analogue qui lui est offert par l'employeur et qui comporte une rémunération similaire.
- **Dans le secteur de l'enseignement collégial, pour la Société de développement des entreprises culturelles (SODEC), pour la Régie de l'énergie ainsi que pour la Société québécoise d'information juridique (SOQUIJ)**, par invalidité, on entend un état d'incapacité résultant d'une maladie ou d'un accident ou résultant directement d'une complication d'une grossesse ou d'une interruption de grossesse avant la 20^e semaine précédant la date prévue pour la naissance, nécessitant des soins médicaux et qui rend la personne salariée totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de sa fonction ou de toute autre fonction analogue et comportant un salaire similaire qui lui est offert par l'employeur. L'invalidité couvre également une incapacité résultant d'une hospitalisation pour intervention chirurgicale ou d'une intervention médicale au cabinet du médecin, liée à la planification familiale.
- **Pour le Conseil des services essentiels**, par invalidité, on entend un état d'incapacité résultant d'une maladie, y compris un accident, une complication grave d'une grossesse ou une intervention chirurgicale reliée directement à la planification familiale, nécessitant des soins médicaux et qui rend la personne salariée incapable d'accomplir les fonctions habituelles de son emploi ou de tout autre emploi comportant une rémunération similaire qui lui est offert par l'employeur.

c) Invalidité de plus de 48 mois

Par invalidité, on entend un état d'incapacité qui rend la personne totalement incapable d'exercer toute occupation rémunératrice pour laquelle elle est raisonnablement apte par suite de son éducation, sa formation et son expérience.

Le participant n'est pas considéré invalide pour toute période d'invalidité au cours de laquelle il n'est pas sous les soins d'un médecin ou d'un chirurgien légalement autorisé à exercer la médecine sauf dans les cas stationnaires où l'invalidité est reconnue à la satisfaction de l'Assureur. Dans le cas d'une invalidité due à une maladie mentale, le participant invalide doit être sous les soins d'un spécialiste en psychiatrie sauf dans les cas stationnaires où l'invalidité est reconnue à la satisfaction de l'Assureur.

d) Participant

La personne salariée ou la personne retraitée assurée en vertu du présent contrat.

e) Période d'invalidité

– Dans le secteur de la santé et des services sociaux et pour l'Institut national de santé publique

Pendant les 36 premiers mois, une période d'invalidité est toute période continue d'invalidité ou une suite de périodes successives séparées par une période de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un travail à temps complet à moins que la personne salariée n'établisse à la satisfaction de l'employeur ou de son représentant qu'une période subséquente est attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente.

Cette période de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un travail à temps complet est :

- i) moins de 15 jours si la durée de l'invalidité est inférieure à 78 semaines ;
- ii) moins de 45 jours si la durée de l'invalidité est égale ou supérieure à 78 semaines ;

Au delà du 36^e mois, une période d'invalidité est toute période continue d'invalidité qui peut être interrompue par moins de 6 mois de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un travail à temps complet, s'il s'agit de la même invalidité.

– Pour La Corporation d'urgences-santé

Pendant les 36 premiers mois, une période d'invalidité est toute période continue d'invalidité ou une suite de périodes successives séparées par moins de 15 jours de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un travail à temps complet, à moins que la personne salariée n'établisse à la satisfaction de son employeur ou de son représentant qu'une période subséquente est attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente.

Au delà du 36^e mois, une période d'invalidité est toute période continue d'invalidité qui peut être interrompue par moins de 6 mois de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un travail à temps complet, s'il s'agit de la même invalidité.

– Dans le secteur des commissions scolaires

Pendant les 104 premières semaines, une période d'invalidité est toute période continue d'invalidité ou une suite de périodes successives séparées par moins de 40 jours (lire 8 jours au lieu de 40 jours, si la période continue d'invalidité qui précède son retour au travail est égale ou inférieure à 3 mois de calendrier) de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un travail à temps complet à moins que la personne salariée n'établisse, à la satisfaction de l'employeur ou de son représentant, qu'une période subséquente est attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente.

Au terme de la 104^e semaine, une période d'invalidité est toute période continue d'invalidité qui peut être interrompue par moins de 6 mois de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un travail à temps complet, s'il s'agit de la même invalidité.

– Pour la Société Immobilière du Québec (SIQ)

Pendant les 104 premières semaines, une période d'invalidité est toute période continue d'invalidité ou une suite de périodes successives séparées par moins de 22 jours (lire 8 jours au lieu de 22 jours, si la période continue d'invalidité qui précède son retour au travail est égale ou inférieure à 3 mois de calendrier) de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un travail à temps complet à moins que la personne salariée n'établisse, à la satisfaction de l'employeur ou de son représentant, qu'une période subséquente est attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente.

Au terme de la 104^e semaine, une période d'invalidité est toute période continue d'invalidité qui peut être interrompue par moins de 6 mois de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un travail à temps complet, s'il s'agit de la même invalidité.

– Dans le secteur de l'enseignement collégial

Une période d'invalidité est toute période continue d'invalidité ou une suite de périodes successives séparées par moins de 8 jours (lire 32 jours au lieu de 8 jours si la période continue d'invalidité qui précède le retour au travail est supérieure à 3 mois) de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un travail à temps complet, à moins que la personne salariée n'établisse, à la satisfaction de l'employeur ou de son représentant, qu'une période subséquente est attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente.

– Pour la Société de développement des entreprises culturelles (SODEC) ainsi que pour la Régie de l'énergie

Une période d'invalidité est toute période continue d'invalidité ou une suite de périodes successives séparées par moins de 22 jours (lire 8 jours au lieu de 22 jours si la période continue d'invalidité qui précède le retour au travail est supérieure à 3 mois) de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un travail à temps complet, à moins que la personne salariée n'établisse, à la satisfaction du Collège ou de sa personne représentante, qu'une période subséquente est attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente.

– Pour le Conseil des services essentiels ainsi que pour le Musée national des beaux-arts du Québec

Une période d'invalidité est toute période continue d'invalidité ou une suite de périodes successives séparées par moins de 15 jours de travail effectif à temps plein ou de disponibilité pour un travail à temps plein, à moins que la personne salariée n'établisse, à la satisfaction de l'employeur ou de son représentant, qu'une période subséquente est attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente.

Malgré l'alinéa précédent, est considérée comme faisant partie de la même invalidité, toute période pour laquelle la personne salariée doit s'absenter de son travail pour subir des traitements prescrits par un médecin et reliés à une invalidité antérieure. À cette fin, une telle période peut être comptabilisée sur une base horaire.

Au terme de la 104^e semaine, une période d'invalidité est toute période continue d'invalidité qui peut être interrompue par moins de 6 mois de travail effectif à temps plein, s'il s'agit de la même invalidité.

– Pour la Société québécoise d'information juridique (SQQUIJ)

À moins que le participant n'établisse à la satisfaction de l'employeur qu'une période subséquente est attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente, une période d'invalidité est :

- dans le cas où elle est inférieure à cinquante-deux (52) semaines, toute période continue d'invalidité ou une suite de périodes successives séparées par moins de quinze (15) jours de travail effectif à temps plein ou de disponibilité pour un travail à temps plein.
- dans le cas où elle est égale ou supérieure à cinquante-deux (52) semaines, toute période continue d'invalidité ou une suite de périodes successives séparées par moins de trente (30) jours de travail effectif à temps plein ou de disponibilité pour un travail à temps plein.

Malgré ce qui précède, est considérée comme faisant partie de la même invalidité toute période pour laquelle l'employé doit s'absenter de son travail pour subir des traitements prescrits par un médecin et reliés à une invalidité antérieure. À cette fin, une telle période peut être comptabilisée sur une base horaire.

NOTE POUR TOUS LES SECTEURS

Une période d'invalidité résultant de maladie ou de blessure qui a volontairement été causée par la personne salariée elle-même, d'alcoolisme ou de toxicomanie, de participation active à une émeute, à une insurrection, ou à des actes criminels, ou de service dans les forces armées n'est pas reconnue comme une période d'invalidité aux fins des présentes. Toutefois, la période d'invalidité résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie pendant laquelle la personne salariée reçoit des traitements ou soins médicaux en vue de sa réhabilitation est reconnue comme une période d'invalidité.

f) Personne assurée

Le participant ou l'une de ses personnes à charge assurées en vertu du présent contrat.

g) Personne à charge

Le conjoint ou l'enfant à charge du participant, tels que définis ci-après.

– Conjoint

Désigne une personne du même sexe ou de sexe différent qui, à la date de l'événement donnant droit à des prestations :

- a) est mariée ou unie civilement au participant, ou
- b) vit maritalement avec le participant depuis plus d'un an ou, depuis moins d'un an si elle est la mère ou le père d'un enfant du participant, ou
- c) vit maritalement avec le participant depuis au moins un an.

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

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

Si le participant a un conjoint répondant à la définition en a) et un autre conjoint répondant à la définition en b) ou c), l'Assureur reconnaîtra comme conjoint celui que le participant aura désigné par avis écrit.

– Enfant à charge

Désigne l'une ou l'autre des personnes suivantes :

- une personne âgée de moins de 18 ans à l'égard de laquelle le participant ou son conjoint exerce l'autorité parentale ;
- une personne, sans conjoint, âgée de 25 ans ou moins et fréquentant à temps complet, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement reconnu, et à l'égard de laquelle le participant ou son conjoint exercerait l'autorité parentale si elle était mineure ;
- une personne majeure domiciliée chez le participant, sans conjoint, à l'égard de laquelle le participant ou son conjoint exercerait l'autorité parentale si elle était mineure, et atteinte d'une invalidité totale ou d'une déficience fonctionnelle visée dans un règlement du gouvernement survenue avant l'âge de 18 ans.
- une personne majeure, sans conjoint, atteinte de déficience fonctionnelle définie dans le règlement sur le Régime général d'assurance médicaments et survenue avant qu'elle n'ait atteint l'âge de 18 ans, qui ne reçoit aucune prestation en vertu d'un programme d'aide de dernier recours prévu à la Loi sur la sécurité du revenu, qui est domiciliée chez le participant et sur laquelle le participant ou son conjoint exercerait l'autorité parentale si cette personne était mineure.

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

Dans le secteur des commissions scolaires, le secteur de l'enseignement collégial, pour la Société de développement des entreprises culturelles (SODEC) ainsi que pour la Régie de l'énergie, l'enfant du participant, du conjoint ou des deux, comprend l'enfant pour lequel une procédure d'adoption est entreprise.

h) Salaire ou traitement

– Dans le secteur de la santé et des services sociaux ainsi que pour la Corporation d'urgences-santé

Le salaire à l'échelle majoré, le cas échéant; des primes d'ancienneté et de disparités régionales, incluant la rémunération additionnelle pour la formation postsecondaire prévue aux conditions particulières des infirmières, mais en excluant les paiements pour le temps supplémentaire et les autres gains non réguliers.

– Dans le secteur de l'enseignement collégial

Le traitement majoré des primes de disparités régionales, s'il y a lieu, mais en excluant les paiements pour le temps supplémentaire.

– Pour la Société Immobilière du Québec (SIQ)

Le salaire pour une semaine régulière de travail incluant les primes pour disparités régionales (isolement, rétention), à l'exclusion toutefois de toute prime, allocation, rémunération additionnelle, ajustement, etc.

– Dans le secteur des commissions scolaires

Le taux de traitement incluant les primes pour disparités régionales (isolement, éloignement, rétention).

– Pour le Musée national des beaux-arts du Québec

Le taux horaire selon le classement, à l'exclusion de tout montant forfaitaire, majoration de traitement, supplément de traitement, rémunération additionnelle, prime, allocation, etc.

– Pour la Société de développement des entreprises culturelles (SODEC)

Le taux de traitement majoré, s'il y a lieu, de la prime de chef d'équipe et de l'allocation de disponibilité.

– Pour le Conseil des services essentiels

Le traitement régulier à l'exclusion de toute prime, montant forfaitaire ou rémunération additionnelle.

– Pour la Régie de l'énergie ainsi que pour la Société québécoise d'information juridique (SQIJI)

Le traitement à l'intérieur des échelles à l'exclusion de toute prime et rémunération additionnelle.

i) Secteur de la santé et des services sociaux

Le secteur de la santé et des services sociaux comprend tous les centres exploités par les établissements publics au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c.S-4.2), les établissements privés conventionnés au sens de cette loi et tout organisme qui fournit des services à un centre ou à des personnes bénéficiaires conformément à cette loi et est déclaré par le gouvernement être assimilé à un établissement tel que l'entend la Loi sur les services de santé et des services sociaux et représentés par les groupes d'employeurs : l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, l'Association des centres jeunesse du Québec, l'Association des établissements privés conventionnés – santé et services sociaux, l'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec, la Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle, la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes, les agences de la santé et des services sociaux et l'Institut national de santé publique du Québec.

2. Admissibilité

a) Personne salariée

– Dans le secteur de la santé et des services sociaux ainsi que pour La Corporation d'urgences-santé et l'Institut national de santé publique

- Personne salariée engagée à temps complet ou à 70 % ou plus du temps complet :
 - emploi permanent : après 1 mois de service continu ;
 - emploi temporaire : après 3 mois de service continu.
- Personne salariée engagée à temps partiel, moins de 70 % du temps complet : après 3 mois de service continu.

Après 3 mois de service continu, la personne salariée devient alors visée par l'alinéa i) ou ii) selon le pourcentage du temps travaillé par rapport au temps complet au cours de ces trois mois jusqu'au 1^{er} janvier qui suit immédiatement.

– Dans le secteur des commissions scolaires

- Personne salariée à temps complet (70 % ou plus de la semaine régulière de travail) et personne salariée à temps partiel (moins de 70 % de la semaine régulière de travail) : à compter de son entrée en service auprès de l'employeur ;
- Personne salariée temporaire ayant travaillé de façon continue au moins 6 mois depuis son embauchage ou dans le cadre de 2 ou plusieurs embauchages immédiatement contigus : à compter de l'application du délai de 6 mois précité ;
- Personne salariée travaillant auprès d'élèves handicapés intégrés partiellement ou totalement dans les classes régulières ainsi que les personnes salariées en service de garde (excluant les personnes salariées occasionnelles) : à compter de son entrée en service ;
- Personne salariée travaillant exclusivement dans le cadre de sessions de cours d'éducation aux adultes : aux conditions prévues dans la convention collective.

Nonobstant ce qui précède, la personne salariée travaillant 15 heures ou moins par semaine n'est pas admissible.

– Dans le secteur de l'enseignement collégial ainsi que la Société de développement des entreprises culturelles (SODEC)

- Personne salariée régulière : l'admissibilité a lieu à compter de sa date d'engagement ;
- Personne salariée remplaçante ou occasionnelle : l'admissibilité a lieu après 6 mois de service continu.

– Pour la Société immobilière du Québec (SIQ) ainsi que pour le Musée national des beaux-arts du Québec

- Personne salariée à temps complet ou 70 % et plus du temps complet : après 1 mois de service continu ;
- Personne salariée travaillant plus de 25 % et moins de 70 % du temps complet : après 3 mois de service continu.

– Pour le Conseil des services essentiels

- Personne salariée admissible à compter de sa date d'engagement.

– Pour la Régie de l'énergie

- Toute personne salariée est admissible après 1 mois de service continu.

– Pour la Société québécoise d'information juridique (SOQUIJ)

- Un employé dont la semaine normale de travail est plus de 25 % du temps complet est admissible après 1 mois d'ancienneté.

b) Personne à charge

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

c) Personne retraitée

Toute personne salariée devient admissible à la garantie d'assurance vie du retraité à compter de la date de sa retraite si elle était protégée dans le régime des participants actifs à cette date.

Pour le secteur de la santé et des services sociaux, un participant retraité qui est réembauché le ou après le 14 mai 2006 demeure assuré en vertu du régime d'assurance vie du retraité et de la police d'assurance maladie individuelle, s'il y avait adhéré avant son départ à la retraite. Un tel participant n'est pas admissible à l'ensemble des régimes d'assurance collective à l'intention des participants actifs.

3. Participation

a) Assurance maladie de base

La participation est obligatoire pour toute personne salariée admissible âgée de moins de 65 ans ainsi que pour ses personnes à charge, le cas échéant, sous réserve du droit d'exemption.

– Droit d'exemption

Une personne salariée peut refuser ou cesser de participer pour elle-même et ses personnes à charge, le cas échéant, au présent régime à la condition qu'elles soient assurées en vertu d'un régime d'assurance collective comportant des garanties similaires. Le choix de la personne salariée peut aussi s'appliquer seulement aux personnes à charge et, dans un tel cas, les mêmes dispositions s'appliquent. Un tel choix demeure irréversible tant que la personne salariée et ses personnes à charge, le cas échéant, demeurent admissibles à cet autre régime.

– Fin du droit d'exemption

Une personne salariée ou ses personnes à charge, le cas échéant, exemptée du régime d'assurance maladie de base peut mettre fin à son exemption ; ceci s'applique également au participant invalide. Les conditions suivantes doivent être remplies à la satisfaction de l'Assureur :

- antérieurement à sa demande, la personne salariée doit établir qu'elle était assurée en vertu d'un régime d'assurance collective accordant une protection similaire ;
- la personne salariée doit établir qu'il lui est devenu impossible de continuer à être assurée par le ou les régimes lui ayant permis d'obtenir son droit d'exemption.

– Participant âgé de 65 ans et plus

Un participant âgé de 65 ans et plus peut s'exempter du régime d'assurance maladie de base s'il choisit d'adhérer au Régime général d'assurance médicaments (RGAM) et ce choix est irréversible. Il peut toutefois adhérer à la police d'assurance maladie individuelle 3995, s'il le désire.

b) Régimes optionnels

– Assurance maladie complémentaire (option I)

Assurance soins dentaires (option II)

La participation à chacun de ces régimes est facultative. Aucune preuve d'assurabilité n'est exigée lorsque la personne salariée y adhère dans les 30 jours suivant son admissibilité.

Au-delà de ce délai, des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'Assureur sont exigées.

La durée minimale de participation est de 36 mois pour tout participant et pour ses personnes à charge, le cas échéant, à compter de la date de prise d'effet de son assurance. Après cette période, le participant peut, en tout temps, cesser de participer à ces régimes en avisant son employeur.

– Assurance vie du participant actif et retraité

PARTICIPANT ACTIF

- **Assurance vie de base du participant**

La participation est facultative. Aucune preuve d'assurabilité n'est exigée lorsque la personne salariée y adhère dans les 30 jours suivant son admissibilité.

Au-delà de ce délai, des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'Assureur sont exigées.

Il est également possible à la personne salariée d'adhérer à l'assurance vie de base du participant sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité en remplissant une demande d'adhésion dans les 30 jours suivant l'adoption, la naissance d'un premier enfant ou la date à laquelle la personne salariée prend conjointe ou conjoint selon la définition du conjoint prévue au contrat.

En cas d'abandon, des preuves d'assurabilité doivent être fournies à la satisfaction de l'Assureur lors d'une nouvelle demande d'adhésion.

- **Assurance vie additionnelle du participant**

 - Assurance mort ou mutilation accidentelles du participant**

 - Assurance vie de base du conjoint ou des enfants à charge du participant**

La participation à chacune de ces garanties est facultative mais conditionnelle à la participation à la garantie d'assurance vie de base du participant.

Pour l'assurance mort ou mutilation accidentelles du participant et l'assurance vie de base du conjoint ou des enfants à charge du participant, lorsque la demande d'adhésion parvient à l'Assureur plus de 30 jours suivant la date d'admissibilité, le participant doit fournir des preuves d'assurabilité pour lui et ses personnes à charge à la satisfaction de l'Assureur.

En cas d'abandon, des preuves d'assurabilité doivent être fournies à la satisfaction de l'Assureur lors d'une nouvelle demande d'adhésion.

Pour l'assurance vie additionnelle du participant, tous les montants d'assurance sont sujets à des preuves d'assurabilité.

- **Assurance vie additionnelle du conjoint du participant**

La participation est facultative mais conditionnelle à la participation à l'assurance vie de base du participant et à l'assurance vie de base du conjoint ou des enfants à charge.

Tous les montants d'assurance vie additionnelle sont sujets à des preuves d'assurabilité.

PARTICIPANT RETRAITÉ

- **Assurance vie de base du retraité**

La participation est facultative. Un participant retraité peut choisir d'adhérer à cette garantie en présentant une demande d'adhésion dans les 30 jours suivant la date de sa retraite. Aucune demande d'adhésion n'est acceptée après ce délai. Toutefois, advenant le décès du participant avant l'expiration de ce délai de 30 jours, il est présumé avoir adhéré à cette garantie en conservant le montant d'assurance vie qu'il détenait immédiatement avant sa retraite, sans excéder le montant maximum de 50 000 \$.

- **Assurance vie de base du conjoint ou des enfants à charge du retraité**

 - Assurance vie additionnelle du conjoint du retraité**

La participation à chacune de ces garanties est facultative mais conditionnelle à la participation à l'assurance vie de base du participant retraité.

Pour l'assurance vie de base du conjoint ou des enfants à charge du retraité, lorsque la demande d'adhésion parvient à l'Assureur plus de 30 jours suivant la date d'admissibilité, le participant doit fournir des preuves d'assurabilité pour lui et ses personnes à charge à la satisfaction de l'Assureur.

En cas d'abandon, des preuves d'assurabilité doivent être fournies à la satisfaction de l'Assureur lors d'une nouvelle demande d'adhésion.

Dispositions particulières pour le secteur de la santé et des services sociaux ainsi que pour la Corporation d'urgences-santé

La participation aux régimes optionnels est facultative pour les personnes salariées à temps partiel qui travaillent 25 % ou moins du temps complet comme suit :

Au terme de la période de 3 mois de service continu, la nouvelle personne salariée à temps partiel qui travaille 25 % ou moins du temps complet peut accepter d'être couverte par les régimes optionnels. Cette acceptation doit être signifiée, par un avis écrit, dans les 10 jours de calendrier de la réception de l'avis écrit de l'employeur indiquant son pourcentage de temps travaillé au cours de ses 3 premiers mois d'emploi.

Au 1^{er} janvier de chaque année, la personne salariée, dont la prestation de travail a diminué à 25 % ou moins du temps complet au cours de la période du 1^{er} novembre au 31 octobre de l'année précédente, peut cesser d'être couverte par les régimes optionnels, sauf si elle n'a pas complété la période de 36 mois requise dans le cas des régimes optionnels I et II. Cette cessation doit être signifiée, par un avis écrit, dans les 10 jours de calendrier de la réception d'un avis écrit de l'employeur indiquant le pourcentage du temps travaillé au cours de la période précédente.

Cependant, une personne salariée ne peut subir une révision à la baisse si la réduction de son temps de travail au cours de la période de référence, est due à un congé de maternité.

La personne salariée travaillant 25 % ou moins du temps complet peut, au 1^{er} janvier de chaque année, décider d'être couverte, de ne pas être couverte ou de cesser d'être couverte par les régimes optionnels. La modification doit être signifiée par un avis écrit transmis à l'employeur dans les 10 premiers jours de l'année. Toutefois, la participation aux régimes optionnels I et II, ne peut cesser qu'après la période minimale de participation de 36 mois.

Toute personne salariée admissible, non-détentriche de poste n'ayant pas adhéré aux régimes optionnels peut le faire sans preuves d'assurabilité en remplissant une demande d'adhésion dans les 30 jours suivant la date à laquelle elle obtient un premier poste permanent à temps partiel ou à temps complet.

c) Protection individuelle, monoparentale ou familiale

– Assurance maladie de base

L'assurance du participant entraîne celle de ses personnes à charge, s'il a choisi de s'assurer avec conjoint et enfant(s) à charge (protection familiale) ou avec enfant(s) à charge seulement (protection monoparentale). Le participant doit remplir une demande d'adhésion dans les 30 jours qui suivent la date à laquelle elles deviennent admissibles.

Toutefois, il est possible pour un participant sans enfant à charge dont le conjoint est âgé de 65 ans et plus de modifier sa protection familiale en une protection individuelle. Un participant qui effectue un tel choix ne peut modifier sa protection par la suite pour couvrir le conjoint.

– Régimes optionnels

Un participant assuré selon une protection individuelle peut choisir de s'assurer avec conjoint et enfant(s) à charge (protection familiale) ou avec enfant(s) à charge seulement (protection monoparentale) dès qu'il y a des personnes à charge ou dès que ses personnes à charge cessent d'être admissibles à un régime d'assurance collective comportant des prestations similaires. L'assurance des personnes à charge prend effet à ce moment pourvu qu'une nouvelle demande d'adhésion soit remplie par la personne salariée et reçue par l'Assureur dans les 30 jours qui suivent.

Si la demande d'adhésion parvient à l'Assureur après le délai de 30 jours, le participant doit fournir, à ses frais, des preuves d'assurabilité pour ses personnes à charge, à la satisfaction de l'Assureur. L'assurance prend alors effet à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur.

Toute personne salariée qui s'est prévalué du droit d'exemption au régime d'assurance maladie de base peut choisir de s'assurer et d'assurer ses personnes à charge en vertu des régimes optionnels en remplissant une demande d'adhésion dans les 30 jours suivant la date à laquelle celles-ci deviennent admissibles.

Un participant ne peut être assuré selon une protection monoparentale ou familiale en vertu des régimes optionnels, s'il est assuré selon une protection individuelle en vertu du régime d'assurance maladie de base. Un participant assuré pour une protection monoparentale ou familiale en vertu du régime d'assurance maladie de base peut cependant s'assurer pour une protection individuelle en vertu des régimes optionnels.

L'Assureur peut accorder une protection familiale ou monoparentale tout en excluant une personne de la famille suite à l'examen des preuves d'assurabilité.

De plus, la participation (individuelle, monoparentale, familiale) aux régimes optionnels doit être la même.

À noter que la protection monoparentale ne s'adresse qu'aux participants n'ayant pas de conjoint.

4. Preuves d'assurabilité

a) Assurance vie additionnelle pour le participant et son conjoint

Tous les montants d'assurance vie additionnelle sont sujets à des preuves d'assurabilité.

b) Assurance vie de base du participant

Assurance en cas de mort ou mutilation accidentelles du participant

Assurance vie de base du conjoint ou des enfants à charge du participant

Assurance vie du conjoint ou des enfants à charge du retraité

Lorsque la demande d'adhésion parvient à l'Assureur plus de 30 jours suivant la date d'admissibilité, le participant doit fournir des preuves d'assurabilité pour lui et ses personnes à charge à la satisfaction de l'Assureur.

En cas d'abandon, des preuves d'assurabilité doivent être fournies à la satisfaction de l'Assureur lors d'une nouvelle demande d'adhésion.

c) Assurance maladie complémentaire (option I)

Assurance soins dentaires (option II)

Lorsque la demande d'adhésion parvient à l'Assureur plus de 30 jours suivant la date d'admissibilité ou la date à laquelle le participant perd sa protection en vertu d'un autre régime d'assurance collective pour lequel il était assuré, il doit fournir des preuves d'assurabilité pour lui et ses personnes à charge à la satisfaction de l'Assureur.

5. Prise d'effet de l'assurance

a) Personne salariée et ses personnes à charge

PERSONNE SALARIÉE

– Régime de base

Toute personne salariée devient assurée à la date à laquelle elle devient admissible.

– Régimes optionnels

Toute personne salariée devient assurée à la date à laquelle elle devient admissible, pourvu qu'elle soit alors au travail ou l'ait été le dernier jour où elle devait normalement être au travail, sinon le jour de son retour au travail, à la condition qu'elle remplisse une demande d'adhésion dans les 30 jours suivant cette date.

Si la demande d'adhésion est remplie après ce délai, la personne salariée devient assurée à la date d'acceptation par l'Assureur des preuves d'assurabilité, pourvu qu'elle soit alors au travail ou l'ait été le dernier jour où elle devait normalement être au travail, sinon le jour de son retour au travail.

PERSONNE À CHARGE

L'assurance d'une personne à charge débute à la dernière des dates suivantes :

- la date à laquelle elle devient admissible ;
- la date d'acceptation par l'Assureur des preuves d'assurabilité, le cas échéant ;

- la date à laquelle elle cesse d'être admissible à un autre régime d'assurance collective à la condition que la demande soit présentée dans les 30 jours de la terminaison de l'assurance en vertu de cet autre régime.

b) Personne retraitée et ses personnes à charge

PERSONNE RETRAITÉE

L'assurance d'une personne retraitée débute à la date à laquelle elle devient admissible à la condition qu'elle remplisse une demande d'adhésion dans les 30 jours suivant cette date.

PERSONNE À CHARGE

L'assurance d'une personne à charge débute à la dernière des dates suivantes :

- la date à laquelle elle devient admissible ;
- la date d'acceptation par l'Assureur des preuves d'assurabilité, le cas échéant.

6. Droit de transformation

a) Assurance maladie de base

Tout participant qui cesse d'être assuré aux termes du régime d'assurance maladie de base parce qu'il cesse d'être admissible ou toute personne salariée âgée de 65 ans ou plus qui a choisi de ne plus participer à ce régime peut, dans les 31 jours qui suivent la date de terminaison de son assurance, obtenir sans preuves d'assurabilité une police d'assurance maladie individuelle d'un genre alors émis par l'Assureur dans ces circonstances. Ce régime ne comportant pas de remboursement pour les médicaments prévus au Régime général d'assurance médicaments du Québec (RGAM), toute personne qui y adhère doit s'inscrire auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

b) Assurance maladie complémentaire

Tout participant qui cesse d'être assuré parce qu'il cesse d'être admissible peut, dans les 31 jours qui suivent la date de terminaison de son assurance, obtenir sans preuves d'assurabilité une police d'assurance maladie individuelle d'un genre alors émis par l'Assureur dans ces circonstances.

c) Assurance soins dentaires

Tout participant de moins de 65 ans qui cesse d'être assuré parce qu'il cesse d'être admissible pour une raison autre que la retraite peut, dans les 31 jours qui suivent la date de terminaison de son assurance, obtenir sans preuves d'assurabilité une police d'assurance soins dentaires individuelle d'un genre alors émis par l'Assureur dans ces circonstances.

d) Assurance vie de base du participant Assurance vie additionnelle du participant

Lorsqu'un participant cesse d'être admissible pour une raison autre que la retraite, il a le droit, s'il en fait la demande par écrit à l'Assureur dans les 31 jours qui suivent la date de terminaison de son assurance, de transformer sans preuves d'assurabilité la totalité ou une partie du montant d'assurance détenu en une police individuelle d'assurance vie permanente ou temporaire, sans garantie accessoire, d'un genre alors émis par l'Assureur dans ces circonstances.

Le montant maximal que le participant peut transformer est égal à la différence entre le montant en vigueur au moment de la terminaison de l'assurance et tout montant qu'il obtient dans un autre régime d'assurance collective auquel il est devenu admissible au moment d'exercer son droit de transformation. Le participant qui quitte le groupe assuré pour s'engager dans les forces actives de l'armée de n'importe quel pays ne peut exercer ce droit de transformation.

e) Assurance vie de base du conjoint ou des enfants à charge Assurance vie additionnelle du conjoint

Lorsqu'un conjoint ou un enfant à charge d'un participant actif cesse d'être admissible du fait de la terminaison de l'assurance du participant par suite de son décès, de la cessation de son emploi (pour une raison autre que la retraite) ou de son appartenance au groupe, ou du fait que le conjoint ou l'enfant à charge ne répond plus à la définition de personne à charge, celui-ci a le droit, s'il en fait la demande par écrit au siège social de l'Assureur dans les 31 jours qui suivent la terminaison de son assurance, de transformer sans preuves d'assurabilité le montant d'assurance détenu en une police individuelle d'assurance vie permanente ou temporaire, sans garantie accessoire, d'un genre alors émis par l'Assureur dans ces circonstances.

Le montant d'assurance vie transformé est égal ou inférieur à la somme des montants d'assurance vie de base et d'assurance vie additionnelle qu'il détient en vertu du présent régime réduit du montant d'assurance prévu dans un autre régime d'assurance collective auquel il est devenu admissible au moment d'exercer son droit de transformation.

7. Continuité de l'assurance en cas d'interruption de travail

- a) Dans le cas d'une **absence temporaire sans rémunération dont la durée excède 30 jours**, la participation aux régimes est suspendue, à l'exception de celle au régime d'assurance maladie de base, et reprend automatiquement sans preuves d'assurabilité dès le retour au travail actif avec rémunération. Le participant doit alors payer lui-même la prime totale prévue pour le régime d'assurance maladie de base, *sauf dans les cas où la Loi sur les normes du travail oblige l'employeur à verser sa part de la prime*. Toutefois, le participant peut se prévaloir de la possibilité de maintenir sa participation aux autres régimes auxquels il participe en payant lui-même la prime totale prévue.

Au cours d'un congé, si le participant ne paie pas ses primes pour les régimes optionnels, ceux-ci seront annulés jusqu'au retour au travail. Il pourra de nouveau adhérer à ces régimes en présentant des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'Assureur.

- b) Un participant qui bénéficie d'un **congé partiel sans solde en prolongation d'un congé parental** demeure admissible aux régimes comme s'il ne bénéficiait pas d'un tel congé.
- c) Un participant qui bénéficie d'une **retraite progressive** tel que prévu à sa convention doit maintenir sa participation aux différents régimes. La prime ainsi que les montants d'assurance vie sont déterminés sur la base du salaire qu'il recevrait s'il ne participait pas à un tel programme.
- d) Un participant qui bénéficie d'un programme de **congé à traitement différé** tel que prévu à sa convention doit maintenir sa participation au régime d'assurance maladie de base. De plus, un tel participant peut également maintenir sa participation aux autres régimes. La prime ainsi que les montants d'assurance vie sont déterminés sur la base du salaire qu'il recevrait s'il ne participait pas à un tel programme.
- e) La participation à tous les régimes est maintenue dans les autres cas d'**absence temporaire avec rémunération**. Lors d'un congé parental, la participation est maintenue et les montants d'assurance vie sont déterminés conformément à la situation prévalant avant le début du congé.
- f) Lorsqu'un participant est congédié ou suspendu et conteste son **congédiement ou sa suspension** par voie de grief ou de recours à l'arbitrage en vertu de la convention collective qui le régit, il doit maintenir, avec paiement des primes, sa participation au régime d'assurance maladie de base. Il peut également maintenir sa participation aux autres régimes auxquels il participe, en versant, par l'intermédiaire de l'employeur, la prime totale prévue au contrat jusqu'à ce que la décision soit rendue. Advenant le cas où le participant congédié ou suspendu a gain de cause et qu'il n'a pas maintenu sa participation aux régimes optionnels, sa participation à ces régimes est remise en vigueur à la date où la décision est rendue et l'application des dispositions relatives à ces régimes se poursuit.
- g) **Dans le secteur de la santé et des services sociaux ainsi que pour La Corporation d'urgences-santé**, pour la personne salariée à temps partiel qui maintient sa participation au régime optionnel d'assurance vie au cours d'une absence temporaire sans rémunération, la prime et la prestation payable en cas de décès sont basées sur une proportion de son salaire établie au prorata du temps rémunéré par rapport au temps rémunéré sur la base du temps plein au cours des 12 mois précédant le début de l'absence temporaire ou du congé parental pour lesquels aucune période d'invalidité, de congé parental ou de congé sans solde n'a été autorisée. La période sur laquelle la moyenne de temps est calculée ne

peut cependant précéder l'entrée en service du participant. Dans ce cas, les calculs sont effectués sur la période ainsi réduite. Si une invalidité survient durant cette période, la personne salariée bénéficie du droit à l'exonération du paiement des primes et dans le cas d'un décès, la prestation payable est basée sur le montant d'assurance exonéré.

Dans les secteurs autres que ceux mentionnés au paragraphe précédent, pour la personne salariée ne travaillant pas à temps complet qui maintient sa participation au régime optionnel d'assurance vie au cours d'une absence temporaire sans rémunération, la prime et la prestation payable en cas décès sont basées sur la proportion du salaire gagné la veille de son départ. Si une invalidité survient durant cette période, la personne salariée bénéficie du droit à l'exonération du paiement des primes et dans le cas d'un décès, la prestation payable est basée sur le montant d'assurance exonéré.

- h) Lorsqu'un participant cesse temporairement d'être au travail par suite de **grève ou lock-out**, la participation au régime d'assurance maladie de base est maintenue, avec paiement de prime, pour une période de 30 jours. Par la suite, la participation au régime d'assurance maladie de base demeure en vigueur si les primes régulières sont versées ou s'il y a entente entre l'Assureur et la partie syndicale du Comité. L'assurance des autres régimes demeure également en vigueur si les primes régulières sont versées ou s'il y a entente entre l'Assureur et la partie syndicale du Comité, en autant que la participation au régime d'assurance maladie de base soit maintenue.
- i) Lors d'un **congé sans solde**, les montants d'assurance vie sont déterminés conformément à la situation prévalant avant le début du congé.

8. Prolongation

a) Assurance maladie de base Assurance maladie complémentaire (option I) Assurance soins dentaires (option II)

Au décès d'un participant, l'assurance de ses personnes à charge est prolongée sans paiement de prime jusqu'à la plus proche des dates suivantes :

- 12 mois après le décès du participant ;
- la date à laquelle l'assurance des personnes à charge aurait pris fin si le participant avait été vivant ;
- la date de résiliation du contrat ;
- la date indiquée dans l'avis écrit du Comité confirmant la cessation d'appartenance d'un groupe de salariés à la partie syndicale dont le participant décédé faisait partie.

9. Exonération du paiement des primes en cas d'invalidité

a) Début de l'exonération

– Pour le participant

En cas d'invalidité, l'assurance du participant et de ses personnes à charge, le cas échéant, est maintenue en vigueur sans paiement de primes, à compter de :

SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET LA CORPORATION D'URGENCES-SANTÉ :

- la 8^e journée ouvrable pour la personne salariée à temps complet ; ou
- la 6^e journée ouvrable pour la personne salariée à temps complet travaillant 4 jours par semaine dans le cadre du programme de réduction du temps de travail ; ou
- la 9^e journée de calendrier pour la personne salariée à temps partiel.

AUTRES SECTEURS :

- la 8^e journée ouvrable.

Lorsque le participant est victime d'une lésion professionnelle et que celle-ci est exclue de la définition d'invalidité, la délai précité s'applique si le participant a droit à une indemnité de remplacement de revenu de la CSST. Dans un tel cas, l'exonération cesse au plus tard à la date de consolidation de la lésion professionnelle.

– Pour l'employeur

L'employeur n'est exonéré du paiement de sa part de la prime qu'à la fin de la période de versement des prestations d'assurance salaire ou traitement prévue à la convention collective, soit après la 104^e semaine d'invalidité.

b) Fin de l'exonération

L'exonération du paiement des primes se termine à 24 heures, à la première des dates suivantes :

- La date à laquelle le participant n'est plus invalide ;
- La date à laquelle le participant atteint 65 ans ;
- La date à laquelle le droit aux prestations d'assurance salaire de longue durée se termine ;
- Pour les régimes d'assurance maladie (de base et complémentaire) et de soins dentaires :
 - La date de terminaison du contrat ou d'un régime ou la date indiquée dans l'avis écrit du Comité confirmant la cessation d'appartenance d'un groupe de salariés à la partie syndicale dont la personne invalide faisait partie ;
 - La date de rupture du lien d'emploi avec le participant ;
 - La date correspondant à la fin d'une période de 36 mois après le début de l'invalidité.

Le droit à l'exonération ne s'applique pas :

- pour une participante qui bénéficie d'un retrait préventif approuvé par la CSST en raison de sa grossesse ;
- aux garanties d'assurance vie du retraité, d'assurance vie du conjoint et des enfants à charge du retraité et d'assurance vie additionnelle du conjoint du retraité.

NOTE : Le participant est exonéré à compter de la première période de paie complète suivant la date à laquelle il a droit à l'exonération. Lors de la fin de l'exonération, les ajustements se font sur la première période de paie complète suivant la date de fin d'exonération.

c) Dispositions relatives à une lésion professionnelle

– Lésion professionnelle non consolidée

Lorsque le participant est victime d'une lésion professionnelle, qu'il ne peut reprendre son emploi et dont la lésion n'est toujours pas consolidée selon son médecin traitant, il bénéficie de l'exonération du paiement des primes et ses protections sont maintenues pour une période maximale d'un an, à compter de la fin des indemnités de remplacement de revenu versées par la CSST.

– Assignation temporaire

- ASSIGNATION AYANT DÉBUTÉ AVANT LE 1^{ER} JANVIER 2006

Lorsque le participant victime d'une lésion professionnelle est assigné temporairement à un travail, il bénéficie de l'exonération du paiement des primes tant que dure l'assignation.

- ASSIGNATION AYANT DÉBUTÉ LE OU APRÈS LE 1^{ER} JANVIER 2006

Le participant invalide en assignation temporaire ne bénéficie pas de l'exonération du paiement des primes pour toute période de paie au cours de laquelle il ne reçoit pas d'indemnité de remplacement de revenu. Cette disposition s'applique pour toute période d'assignation temporaire débutant le ou après le 1^{er} janvier 2006, sans égard à la date du début de l'invalidité.

– Lésion professionnelle avec droit à la réadaptation

Lorsque le participant est victime d'une lésion professionnelle et qu'il bénéficie du droit à la réadaptation, conformément aux articles 145 et suivants de la Loi sur les accidents de travail et maladies professionnelles, il bénéficie de l'exonération du paiement des primes et ses protections sont maintenues dans les cas suivants :

- le participant est en recherche d'emploi dans le cadre d'un programme de réadaptation ;
- le participant occupe un emploi qui n'est pas son emploi habituel chez l'employeur d'origine ;
- le participant occupe un emploi chez un autre employeur.

Toutefois, l'exonération du paiement des primes se termine dès que le participant a complété 36 mois d'invalidité.

d) Retrait préventif

La participante qui bénéficie d'un retrait préventif approuvé par la CSST, en raison de sa grossesse, n'est pas admissible à l'exonération du paiement des primes.

e) Dépôt d'un grief relié à une invalidité

Le participant qui dépose un grief à la suite de la contestation de son invalidité ou de l'imposition d'une mesure administrative en lien avec son invalidité demeure exonéré, pendant la procédure de grief, du paiement des primes pour l'ensemble des régimes auxquels il participe, jusqu'à la première des dates suivantes :

- la date de son retour au travail ;
- la date de la décision d'un arbitre ;
- la date d'une entente entre les parties ;
- la date correspondant à la fin d'une période de 36 mois après le début de l'invalidité.

f) Retour progressif au travail

Lorsque le participant invalide effectue un retour progressif au travail comme prévu à la convention collective, il demeure exonéré pour toute la durée du retour progressif. Toutefois, l'exonération du paiement des primes se termine dès que le participant a complété 36 mois d'invalidité.

10. Terminaison de l'assurance

Sous réserve de l'exonération du paiement des primes en cas d'invalidité, l'assurance du participant se termine à 24 heures, à la première des dates suivantes :

- la date de terminaison du contrat ou pour chacun des régimes, leur date de terminaison respective ;
- la date à laquelle le participant cesse de remplir les conditions d'admissibilité ;
- la date à laquelle le participant quitte son emploi, sous réserve du droit de transformation pour la garantie d'assurance vie du participant et de l'adhésion au régime d'assurance vie des retraités ;
- la date à laquelle l'assurance en vertu de l'autre régime d'assurance collective débute pour le participant qui met fin à son assurance en vertu du régime d'assurance maladie de base parce qu'il s'est prévalu de son droit d'exemption si la demande est effectuée dans les 30 jours, sinon la date de réception par l'Assureur ;
- la date de réception par l'Assureur de l'avis écrit du participant qui désire mettre fin à son assurance en vertu d'un régime autre que le régime d'assurance maladie de base ou d'une garantie, ou la date de terminaison inscrite dans tel avis, laquelle est la plus éloignée, sous réserve de l'obligation de maintien de 36 mois dans le cas des régimes optionnels I et II ;

- la date indiquée dans l'avis écrit du Comité confirmant la cessation d'appartenance d'un groupe de salariés à la partie syndicale dont la personne invalide faisait partie, sauf pour le régime d'assurance vie ;
- la date de rupture du lien d'emploi pour un participant invalide.

L'assurance des personnes à charge se termine à 24 heures à la première des dates suivantes :

- La date de terminaison de l'assurance du participant sous réserve de la prolongation prévue pour les régimes de base et optionnels I et II ;
- La date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge ;
- La date de réception par l'Assureur de l'avis écrit du participant qui désire s'assurer seul sous réserve de l'obligation de couvrir les personnes à charge dans le régime de base et de l'obligation du maintien pendant une période de 36 mois dans le cas des régimes optionnels I et II ;
- La date à laquelle l'assurance en vertu de l'autre régime d'assurance collective débute pour les personnes à charge qui mettent fin à leur assurance en vertu du régime d'assurance maladie de base parce qu'elles se sont prévaluées du droit d'exemption si la demande est effectuée dans les 30 jours, sinon la date de réception par l'Assureur.

11. Enfant à charge âgé de 18 à 25 ans inclusivement

Pour continuer d'être assuré, l'enfant à charge âgé de 18 à 25 ans inclusivement doit être **étudiant à temps complet** d'un établissement d'enseignement reconnu. Par conséquent, à défaut que le participant fasse parvenir à l'Assureur la preuve de fréquentation scolaire, l'enfant à charge qui atteint l'âge de 18 ans cesse d'être assuré automatiquement à cette date. Cette preuve doit être fournie à chaque session. Pour ce faire, le participant peut tout simplement remplir et signer la partie 2 du formulaire de demande de prestations et la retourner à l'Assureur.

12. Catégories « fumeur » et « non-fumeur »

Les taux d'assurance vie additionnelle du participant et du conjoint sont fournis pour les catégories « fumeur » et « non-fumeur ». Le critère d'admissibilité à la seconde catégorie est de ne pas avoir fumé de cigarettes au cours de la dernière année. Toute personne qui modifie ses habitudes de tabagisme suite à sa déclaration d'assurabilité **doit en informer par écrit l'Assureur dans les 30 jours suivant cette modification.**

PROCÉDURE POUR RÉCLAMER

Toute demande de prestations et toute correspondance doivent comporter le numéro d'identification du participant, du groupe et de l'employeur.

a) Frais hospitaliers, médicaux et paramédicaux à la suite d'un accident de travail ou d'automobile

Les frais médicaux, paramédicaux ou hospitaliers découlant d'un accident de travail ou d'automobile sont remboursables par la CSST ou la SAAQ et non par l'Assureur.

b) Frais d'hospitalisation

Lors de son admission dans un centre hospitalier, la personne assurée doit présenter sa carte de services d'assurance collective. L'établissement fera parvenir la demande de règlement directement à l'Assureur.

c) Médicaments (service de paiement automatisé différé)

Lors de l'achat de médicaments prescrits, la personne assurée présente au pharmacien sa carte de services sur laquelle est indiqué son numéro d'identification. La personne assurée doit acquitter entièrement le coût des médicaments qu'elle achète et sa demande de prestations est automatiquement transmise à l'Assureur. Il n'y a donc aucune demande de prestations à remplir. L'Assureur émet un remboursement au participant à la première des éventualités suivantes :

- l'accumulation de 75 \$ de frais réclamés ;
- après un délai de 14 jours.

d) Frais dentaires (service de paiement automatisé direct)

Lors d'une visite chez le dentiste, la personne assurée présente sa carte de services. Le système valide l'admissibilité et indique si les soins sont assurés ainsi que le remboursement qui s'applique. Il n'y a aucun formulaire de demande de prestations à remplir puisque la partie assurée des soins est réclamée directement par le dentiste à l'Assureur.

La personne assurée paie uniquement pour la partie non assurée des soins dentaires. Si le cabinet de dentiste n'est pas relié à ce service, l'assuré doit acquitter entièrement les frais et faire parvenir une demande de prestations à l'Assureur. À noter qu'il est toujours possible de présenter une demande de prestations de la façon traditionnelle en utilisant le formulaire prévu à cet effet.

e) Frais dentaires (plan de traitement)

Avant de s'engager dans une phase importante de traitements, le participant devrait s'informer auprès de l'Assureur des frais qui lui seront remboursés. Pour ce faire, il doit remplir le formulaire de l'Association dentaire canadienne disponible chez le dentiste ou le formulaire « Demande de règlement pour soins dentaires » de l'Assureur en y inscrivant « Plan de traitement ».

f) Frais médicaux et paramédicaux

Les frais doivent être réclamés à l'intérieur des 12 mois qui suivent la date où ils ont été engagés. L'Assureur suggère de réclamer à tous les 3 mois.

– PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Lors d'une demande de prestations de soins de professionnels de la santé tels que physiothérapeutes, psychologues ou autres, un reçu officiel doit être présenté à l'Assureur.

Ce reçu peut être l'endos du formulaire « Demande de prestations pour frais médicaux » et, dans ce cas, l'estampe ou sceau du professionnel doit y être apposé ainsi que sa signature, son numéro de permis et les dates précises des traitements accompagnés du nom de la personne à qui les traitements ont été rendus. Les reçus informatisés des professionnels et les reçus personnalisés sont également acceptés en autant que les informations précitées y soient indiquées.

– AUTRES FRAIS ADMISSIBLES

Toute autre demande de prestations d'assurance maladie doit être effectuée à l'aide du formulaire « Demande de prestations pour frais médicaux ». Le participant doit fournir tous les renseignements nécessaires à l'étude de sa demande et joindre les factures originales ou reçus officiels des frais réclamés. Le participant doit conserver une copie des factures envoyées à l'Assureur car aucun original ne sera retourné.

L'Assureur rembourse les frais réclamés selon les termes du contrat. Lors du paiement, un formulaire vierge de demande de prestations pour frais médicaux est transmis au participant.

g) Assurance vie

Il appartient au bénéficiaire de réclamer la somme assurée en communiquant avec l'Assureur qui lui transmettra le formulaire requis.

Lors du règlement d'une réclamation relative au décès du participant, l'Assureur vérifie auprès de l'employeur le salaire ou traitement hebdomadaire sur lequel est basé le montant d'assurance vie.

Pour calculer le montant d'assurance vie, le salaire ou traitement hebdomadaire est multiplié par 52,18.

h) Paiement anticipé d'assurance vie en cas de maladie en phase terminale

Une personne assurée en vertu du régime d'assurance vie dont l'espérance de vie est d'au plus 12 mois peut obtenir le paiement d'une prestation anticipée en présentant une demande écrite à l'Assureur, accompagnée des preuves médicales appropriées et de l'acceptation écrite du bénéficiaire.

La somme des montants versés est limitée à 25 % du montant d'assurance vie de la personne assurée (base et additionnelle), sans excéder 50 000 \$. Le montant d'assurance vie servant à calculer la prestation exclut tout montant ou toute fraction de montant prenant fin selon les dispositions du contrat au cours des 24 mois suivant la date de la demande et ne pouvant être remplacé par une autre garantie. Après la date du versement, la prime, le cas échéant, continue d'être calculée sur le plein montant d'assurance comme s'il n'y avait pas eu de paiement anticipé. Lors du décès de la personne assurée, le montant payable par l'Assureur est réduit du montant payé à titre de prestation anticipée incluant les intérêts courus sur ce montant au taux annuel de 6 %. L'Assureur n'assume aucune responsabilité quant au traitement fiscal de la prestation. De plus, cet avantage cesse à la terminaison du contrat, même pour les participants exonérés du paiement des primes.

i) Dépôt direct

Le participant qui le désire peut recevoir le remboursement des frais médicaux et soins dentaires par le biais du dépôt direct préautorisé. Un relevé sera émis, confirmant le montant déposé et la date de traitement de la demande de prestations. À cette fin, le participant doit remplir le formulaire d'adhésion « Dépôt direct » et joindre un spécimen de chèque avec la mention « ANNULÉ ».

ASSURANCE VOYAGE

La Capitale rembourse les frais usuels et raisonnables pour les services décrits ci-après s'ils sont engagés suite à une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie survenu alors que la personne assurée est temporairement à l'extérieur de sa province de résidence et à la condition que la personne assurée soit couverte par la Régie de l'assurance maladie de sa province de résidence.

Les prestations sont accordées en supplément et non en remplacement des prestations prévues par les programmes gouvernementaux. Le remboursement maximal viager par personne assurée est de 5 000 000 \$.

1. Frais admissibles

a) Frais hospitaliers, médicaux et paramédicaux

- Les frais d'hospitalisation en chambre semi-privée ou privée, excédant ceux qui sont remboursés ou remboursables par la Régie de l'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée.
- Les frais inhérents (téléphone, télévision, stationnement, etc.) à une hospitalisation, sur présentation de pièces justificatives, jusqu'à un maximum de 100 \$ par hospitalisation.
- Les honoraires professionnels d'un médecin pour des soins médicaux, chirurgicaux ou d'anesthésie autres que des honoraires pour des soins dentaires; les frais engagés sont payables uniquement pour la partie des frais qui excède les prestations payables en vertu du régime d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée.
- Le coût des médicaments obtenus sur ordonnance d'un médecin dans le cadre d'un traitement d'urgence.
- Les honoraires d'un(e) infirmier(ère) diplômé(e) pour des soins infirmiers privés, donnés exclusivement à l'hôpital, lorsqu'ils sont médicalement nécessaires et prescrits par le médecin traitant jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 3 000 \$. L'infirmier(ère) ne doit cependant avoir aucun lien de parenté avec la personne assurée, ni être un compagnon ou une compagne de voyage.
- La location d'équipement thérapeutique et l'achat de bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles, plâtres et autres appareils orthopédiques, lorsque prescrits par le médecin traitant.
- Les honoraires professionnels d'un chirurgien-dentiste pour des lésions accidentelles aux dents naturelles pour un accident qui est survenu en dehors de la province de résidence de la personne assurée, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 000 \$ par accident; les frais couverts doivent être engagés dans les 12 mois suivant l'accident.

b) Frais de transport

- Les frais de transport par ambulance terrestre ou aérienne pour conduire la personne assurée jusqu'à l'établissement médical adéquat le plus proche. Ce service comprend également le transfert entre centres hospitaliers lorsque le médecin traitant et l'Assisteuse estiment que les installations existantes sont inadéquates pour traiter le patient ou stabiliser sa condition.
- Les frais de rapatriement de la personne assurée à son lieu de résidence par un moyen de transport public adéquat pour qu'elle puisse y recevoir les soins appropriés, dès que son état de santé le permet et dans la mesure où le moyen de transport initialement prévu pour le retour ne peut être utilisé.

Si son état l'exige, l'Assisteur envoie une escorte médicale sur place pour accompagner la personne assurée pendant le rapatriement. Le rapatriement doit être approuvé et planifié par l'Assisteur.

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

c) Allocations de subsistance

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

2. Service d'assistance-voyage

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

- Avance de fonds pour les frais couverts, en vertu de l'assurance voyage. Par la suite, l'Assisteur réclame le remboursement des frais engagés à la Régie d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée et à l'Assureur.
- En cas de maladie ou d'accident à l'étranger, l'Assisteur fournit toute information médicale sous forme de conseils simples et de renseignements ainsi que les coordonnées d'un centre médical. Si nécessaire, l'Assisteur facilite l'admission de la personne assurée dans une clinique ou un centre hospitalier approprié.

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

3. Obligations de la personne assurée

AVIS : La personne assurée a l'obligation d'aviser l'Assisteur, dès que possible, de la survenance de l'incident, de l'accident ou de la maladie.

RESTRICTION : Dès qu'elle est en mesure de le faire, la personne assurée doit obtenir l'accord préalable de l'Assisteur avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense. Si la personne assurée manque à cette obligation, l'Assisteur sera relevé de ses obligations envers celle-ci.

BILLETS NON UTILISÉS : Lorsqu'une personne assurée a bénéficié d'un rapatriement aux termes de la garantie d'assurance voyage, l'Assisteur se réserve le droit de réclamer à celui-ci, le titre de transport qu'il détient et non utilisé du fait des services rendus par l'Assisteur.

SUBROGATION : Aux fins de la présente garantie et pour toute somme avancée ou remboursée par l'Assisteur, la personne assurée cède et subroge l'Assisteur dans tous ses droits et recours à tout remboursement dont elle bénéficie ou prétend bénéficier selon tout régime public ou privé de services assurés similaires à ceux pour lesquels les avances ou les frais ont été encourus par l'Assisteur. Les personnes assurées conviennent de signer tout document et exécuter tout acte requis par l'Assisteur afin de donner plein et entier effet à la présente cession et subrogation et mandate spécialement à cette fin l'Assisteur à titre de procureur et de représentant pour soumettre toute réclamation et encaisser tout remboursement.

4. Exclusions et réduction de la garantie d'assurance voyage

En plus des exclusions et réduction se rapportant au régime d'assurance maladie de base, aucune somme n'est payée, ni aucune assistance donnée à la personne assurée par l'Assureur ou l'Assisteur dans les cas suivants :

- lorsque le sinistre a lieu dans la province de la résidence de la personne assurée ;
- lorsque la personne assurée refuse sans raison médicale valable de se conformer aux recommandations de l'Assisteur quant à son rapatriement, au choix du centre hospitalier ou quant aux soins requis ; par soins requis, on entend les traitements nécessaires à la stabilisation de la condition médicale de la personne assurée ;

- s'il y a eu défaut de communiquer dès que possible avec l'Assisteur en cas de consultation médicale ou d'hospitalisation, suite à un accident ou une maladie subite ;
- lorsque les frais sont occasionnés par une grossesse et ses complications dans les douze semaines précédant la date prévue de l'accouchement ;
- lorsque le sinistre est dû à toute condition médicale pour laquelle la personne assurée a été hospitalisée, pour laquelle elle a reçu ou s'est fait prescrire un traitement médical ou pour laquelle elle a consulté un médecin dans les 90 jours précédant la date du départ, sauf s'il est prouvé à la satisfaction de l'Assureur que la condition de la personne assurée est stabilisée. Un changement quant à un médicament, à sa posologie ou à son utilisation est considéré comme étant un traitement médical (1) ;

(1) Dans un tel cas la personne assurée doit communiquer avec l'Assureur, au moins 7 jours avant son départ, pour l'informer de sa situation médicale.

- lorsque le sinistre est relié à toute condition connue de la personne assurée et sujette à des périodes d'aggravation soudaine qui ne peuvent être contrôlées par médication ou autrement ;
- lorsque les frais engagés hors de la province de résidence de la personne assurée auraient pu être engagés dans sa province de résidence, sans danger pour la vie ou la santé de la personne assurée, à l'exception des frais immédiatement nécessaires par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie subite. Le seul fait que les soins pouvant être prodigués dans la province de résidence soient de qualité inférieure à ceux qui peuvent l'être hors de cette province ne constitue pas, au sens de la présente exclusion, un danger pour la vie ou la santé de la personne assurée ;
- lorsque les frais hospitaliers sont engagés dans des hôpitaux pour malades chroniques, ou dans un service pour malades chroniques dans un centre hospitalier, ou pour des patients qui se trouvent dans des maisons de soins prolongés ou des stations thermales ;
- pour une chirurgie ou un traitement facultatif ou non urgent, ou si le voyage a été entrepris dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non ;
- pour un accident survenu lors de la participation de la personne assurée à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteurs ou à tout genre d'épreuve de vitesse, au vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, au saut à l'élastique (bungee jumping) ou à toute autre activité dangereuse ; ne sont pas considérées dangereuses les activités autres que celles mentionnées ci-dessus et qui sont offertes au grand public dans les endroits de villégiatures, telles que le ski alpin et la plongée sous-marine ;
- suite à l'absorption volontaire et abusive de médicaments ou de drogues et les conditions qui s'ensuivent ;
- pour les services de rapatriement et d'assistance voyage, lorsque le sinistre a lieu dans un pays en état de guerre déclarée ou non, d'instabilité politique notoire, ou pour lequel le gouvernement du Canada a émis une recommandation incitant les Canadiens à ne pas y voyager, lors d'émeute, de mouvement populaire, de représailles, de restrictions à la libre circulation, de grève, d'explosion, d'activité nucléaire, de radioactivité et autres cas de force majeure rendant matériellement impossible l'intervention de l'Assisteur, et ce, même si l'état de l'assuré ne résulte pas des tels événements ou situations.

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

EN CAS D'URGENCE

Veillez prendre note que les informations apparaissant sur votre carte de services sont nécessaires lorsque vous désirez joindre les services de l'Assisteur dont les numéros apparaissent ci-après :

Au Canada et aux États-Unis : 1 800 363-9050

À travers le monde à frais virés : 1 514 985-2281

ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

L'Assureur rembourse, selon les modalités décrites, 100 % des frais engagés par une personne assurée suite à l'annulation ou l'interruption d'un voyage dans la mesure où les frais engagés ont trait à des frais de voyages payés d'avance par la personne assurée alors que la présente garantie est en vigueur, et que cette dernière, au moment de finaliser les arrangements du voyage, ne connaît aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation ou l'interruption du voyage prévu. Les frais couverts sont limités à 5 000 \$ par voyage, par personne assurée.

1. Définitions

ACTIVITÉ À CARACTÈRE COMMERCIAL

Assemblée, congrès, convention, exposition, foire ou séminaire, à caractère professionnel ou commercial, telle activité devant être publique, sous la responsabilité d'un organisme officiel et conforme aux lois, règlements et politiques de la région où doit se tenir l'activité, et qui se veut la seule raison du voyage projeté.

ASSOCIÉ EN AFFAIRES

La personne avec qui l'assuré est associé en affaires dans le cadre d'une compagnie de 4 coactionnaires ou moins, ou d'une société à but lucratif composée de 4 associés ou moins.

COMPAGNON DE VOYAGE

La personne avec qui l'assuré partage la chambre ou l'appartement à destination ; ou dont les frais de transport ont été payés avec ceux de l'assuré.

FRAIS DE VOYAGE PAYÉS D'AVANCE

Toute somme déboursée par l'assuré pour lui-même pour l'achat d'un voyage à forfait, d'un billet d'un transporteur public ou pour la location d'un véhicule motorisé auprès d'un commerce accrédité. Ils comprennent également une somme déboursée par l'assuré relativement à des réservations pour des arrangements terrestres habituellement compris dans un voyage à forfait, que les réservations soient effectuées par l'assuré ou par une agence de voyage, de même qu'une somme déboursée par l'assuré relativement aux frais d'inscription pour une activité à caractère commercial.

HÔTE À DESTINATION

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

PROCHE PARENT

Le conjoint, l'enfant, le père, la mère, le beau-père, la belle-mère, le frère, la soeur, le beau-frère, la belle-soeur, la belle-fille, le gendre, les grands-parents et petits-enfants de l'assuré.

VOYAGE

Pour la garantie d'assurance annulation de voyage, nous entendons par « voyage », un voyage touristique ou d'agrément ou activité à caractère commercial comportant une absence de l'assuré de son lieu de résidence pour une période d'au moins 72 heures consécutives et nécessitant un déplacement d'au moins 400 kilomètres (aller et retour) de son lieu de résidence ; est également considérée comme un voyage, une croisière d'une durée prévue d'au moins 72 heures consécutives, sous la responsabilité d'un commerce accrédité.

RESTRICTION : Les voyages dont l'activité visée est la chasse ou la pêche sont exclus.

2. Causes d'annulation ou d'interruption

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

- Une maladie ou un accident empêchant la personne assurée ou un de ses proches parents, son compagnon de voyage ou un de ses proches parents, ou son associé en affaires de remplir ses fonctions habituelles et qui est raisonnablement grave pour justifier l'annulation ou l'interruption du voyage.
- Le décès de la personne assurée, de son conjoint, d'un enfant de la personne assurée ou de son conjoint, du compagnon de voyage ou d'un associé en affaires.
- Le décès d'un proche parent de la personne assurée autre que son conjoint ou de son enfant ou d'un proche parent du compagnon de voyage si les funérailles ont lieu au cours de la période prévue du voyage ou dans les 14 jours qui la précèdent.
- Le décès ou l'hospitalisation d'urgence de l'hôte à destination.
- La convocation de la personne assurée ou de son compagnon de voyage à agir comme membre d'un jury, ou leur assignation comme témoin dans une cause à être entendue durant la période du voyage à la condition que la personne concernée ne soit pas partie du litige et ait entrepris les démarches nécessaires pour obtenir un report de la cause.
- La mise en quarantaine de la personne assurée ou de son compagnon de voyage, sauf si celle-ci se termine plus de 7 jours avant la date prévue du départ.
- Le détournement de l'avion à bord duquel la personne assurée voyage.
- Un sinistre rendant inhabitable la résidence principale de la personne assurée, du compagnon de voyage ou de l'hôte à destination, à la condition que la résidence soit toujours inhabitable 7 jours avant la date prévue du départ ou que le sinistre ait lieu au cours du voyage.
- Le transfert de la personne assurée ou de son compagnon de voyage, pour le même employeur, à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel, si exigé dans les 30 jours précédant la date prévue du départ.
- Le terrorisme ou toute autre situation dans le pays où se rend la personne assurée, à la condition que le gouvernement du Canada émette une recommandation incitant les canadiens à ne pas voyager dans ce pays pour une période couvrant la durée prévue du voyage et que la recommandation soit émise après que les frais eurent été engagés.
- Un départ manqué dû à un retard du moyen de transport utilisé pour se rendre au point de départ, à la condition que l'horaire du moyen de transport utilisé prévoyait une arrivée au moins 3 heures avant le départ ou au moins 2 heures si la distance à parcourir était inférieure à 100 kilomètres. La cause du retard doit être, soit les conditions atmosphériques, soit des difficultés mécaniques (sauf pour une automobile privée), soit un accident de la circulation, soit la fermeture d'urgence d'une route, chacune des deux dernières causes devant être appuyée par un rapport de police.
- Les conditions atmosphériques retardant le départ du transporteur public utilisé par la personne assurée, au point de départ projeté, d'au moins 30 % (minimum 48 heures) de la durée prévue du voyage ou empêchant la personne assurée d'effectuer une correspondance prévue avec un autre transporteur pour autant que cette correspondance soit retardée d'au moins 30 % (minimum 48 heures) de la durée prévue du voyage.

- Un sinistre survenant à la place d'affaires ou sur les lieux physiques où doit se tenir une activité à caractère commercial et rendant impossible la tenue de l'activité de sorte qu'un avis écrit annulant l'activité est émis par l'organisme officiel responsable de son organisation.
- La perte involontaire de l'emploi de la personne salariée ou de son conjoint, pourvu que la personne concernée était à l'emploi chez le même employeur depuis plus d'un an.

3. Frais couverts

Les frais suivants sont couverts à la condition qu'ils soient effectivement à la charge de la personne assurée et sont limités à 5 000 \$ par voyage, par personne assurée.

- En cas d'annulation avant le départ :
 - a) La portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance.
 - b) Les frais supplémentaires engagés par la personne assurée qui décide de voyager seule dans le cas où son compagnon de voyage doit annuler son voyage pour une des raisons prévues à la présente garantie, jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable à la personne assurée au moment où son compagnon de voyage doit annuler.
 - c) La portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance, jusqu'à concurrence de 70 % desdits frais, si le départ de la personne assurée est retardé à cause des conditions atmosphériques et qu'elle décide de ne pas effectuer le voyage.
- Si un départ est manqué, au début ou au cours du voyage, pour une des raisons prévues à la présente garantie, le coût supplémentaire exigé par un transporteur public à horaire fixe pour un billet en classe économique par la route la plus directe jusqu'à la destination prévue.
- Si le retour est anticipé ou retardé :
 - a) Le coût supplémentaire d'un billet simple, en classe économique, par la route la plus directe pour le retour jusqu'au point de départ par le moyen de transport prévu initialement ou si ce dernier ne peut être utilisé, les frais exigés par un transporteur public à horaire fixe, en classe économique, selon le moyen de transport le plus économique, par la route la plus directe pour le retour jusqu'au point de départ ; ces frais doivent au préalable être convenus avec l'Assureur.
 - b) Toutefois, si le retour de la personne assurée est retardé de plus de 7 jours à la suite d'une maladie ou d'un accident subi par la personne assurée ou son compagnon de voyage, les frais engagés sont couverts pour autant que la personne concernée ait été admise dans un centre hospitalier à titre de patient interne pendant plus de 48 heures à l'intérieur de ladite période de 7 jours.
 - c) La portion non utilisée et non remboursable de la partie terrestre des frais de voyage payés d'avance.

4. Exclusions de la garantie d'assurance annulation de voyage

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

- Si le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non.
- Si le voyage est entrepris dans le but de visiter une personne malade ou ayant subi un accident et que l'annulation ou l'interruption du voyage résulte de décès ou d'une détérioration de la condition médicale de cette personne.
- Une guerre, déclarée ou non, ou la participation active à une insurrection réelle ou appréhendée.
- La participation active de la personne assurée ou de son compagnon de voyage à un acte criminel ou réputé tel.

- La grossesse ou les complications en résultant dans les douze (12) semaines précédant la date prévue de l'accouchement.
- Une blessure que la personne assurée ou son compagnon de voyage s'est infligée intentionnellement, un suicide ou une tentative de suicide, que la personne soit saine d'esprit ou non.
- Lorsqu'il y a absorption par la personne assurée de médicaments, de drogues ou d'alcool en quantité toxique.
- La participation à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteurs ou à tout genre d'épreuve de vitesse, ou vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, au saut à l'élastique (bungee jumping) ou à toute autre activité dangereuse.
- Une condition médicale pour laquelle la personne assurée ou son compagnon de voyage a été hospitalisé ou a reçu ou s'est fait prescrire un traitement médical ou pour laquelle elle a consulté un médecin dans les 90 jours précédant la date où les frais de voyage sont engagés, sauf s'il est prouvé à la satisfaction de l'Assureur que la condition de la personne concernée est stabilisée au moment où les frais ont été engagés. Un changement quant à un médicament, à la posologie ou à son utilisation est considéré comme étant un traitement médical.
- Lorsque le sinistre est relié à toute condition connue de la personne assurée ou de son compagnon de voyage et sujette à des périodes d'aggravation soudaine qui ne peuvent être contrôlées par un médicament ou autrement.
- Si l'activité visée est la chasse ou la pêche.

5. Délai pour demander l'annulation

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

6. Coordination

Les prestations payables en vertu de la présente garantie sont réduites de tout montant payable en vertu d'un autre contrat d'assurance individuel ou collectif. Sont également exclus les frais engagés pour lesquels la personne assurée ne serait pas tenue de payer en l'absence de la garantie.

TABLEAU DES PRIMES

par période de 14 jours
du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2008

RÉGIME DES PARTICIPANTS ACTIFS

POUR 26 PÉRIODES DE PAIE

* Veuillez prendre note que la contribution de l'employeur qui varie selon les conventions collectives doit être soustraite de cette prime totale (employé/employeur).

Ces taux de primes s'appliquent à compter de la première période complète de paie qui suit immédiatement ou coïncide avec le 1^{er} janvier 2008.

	Protection individuelle	Protection monoparentale	Protection familiale
RÉGIME DE BASE Assurance maladie – Prime totale	31,67 \$*	41,18 \$*	72,60 \$*
OPTION I Assurance maladie complémentaire	3,87 \$	4,84 \$	7,35 \$
OPTION II Assurance soins dentaires	13,11 \$	22,61 \$	30,13 \$
OPTION III Assurance vie de base du participant (par 1 000 \$ d'assurance). Pour les participants de 65 ans ou plus, le taux en pourcentage doit être divisé par 2.	0,168 \$ ou 0,437 % du salaire		
Assurance en cas de mort ou mutilation accidentelles du participant (par 1 000 \$ d'assurance). Pour les participants de 65 ans ou plus, le taux en pourcentage doit être divisé par 2.	0,013 \$ ou 0,034 % du salaire		
Assurance vie de base du conjoint ou des enfants à charge du participant (par famille)	0,80 \$		

RÉGIME DES PARTICIPANTS ACTIFS (suite)

ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE

POUR 26 PÉRIODES DE PAIE

La tarification pour l'assurance vie additionnelle du conjoint est établie selon l'âge du participant mais selon le sexe et les habitudes tabagiques du conjoint.

ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DU PARTICIPANT ET DU CONJOINT

Taux par 1 000 \$ d'assurance, par 14 jours

(pour les participants payés à la semaine, diviser les taux exprimés en dollar par 2)

Âge	Homme		Femme	
	Fumeur	Non-fumeur	Fumeuse	Non-fumeuse
– de 30 ans	0,027 \$	0,027 \$	0,027 \$	0,027 \$
30 à 34 ans	0,027 \$	0,027 \$	0,027 \$	0,027 \$
35 à 39 ans	0,054 \$	0,027 \$	0,027 \$	0,027 \$
40 à 44 ans	0,090 \$	0,054 \$	0,063 \$	0,027 \$
45 à 49 ans	0,153 \$	0,090 \$	0,090 \$	0,063 \$
50 à 54 ans	0,234 \$	0,153 \$	0,153 \$	0,090 \$
55 à 59 ans	0,396 \$	0,234 \$	0,234 \$	0,153 \$
60 à 64 ans	0,621 \$	0,387 \$	0,360 \$	0,216 \$
65 ans ou plus	0,765 \$	0,468 \$	0,567 \$	0,351 \$

ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DU PARTICIPANT

Taux en pourcentage du salaire, par 14 jours, par tranche de 1 fois le salaire

Âge	Homme		Femme	
	Fumeur	Non-fumeur	Fumeuse	Non-fumeuse
– de 30 ans	0,070 %	0,070 %	0,070 %	0,070 %
30 à 34 ans	0,070 %	0,070 %	0,070 %	0,070 %
35 à 39 ans	0,140 %	0,070 %	0,070 %	0,070 %
40 à 44 ans	0,234 %	0,140 %	0,164 %	0,070 %
45 à 49 ans	0,398 %	0,234 %	0,234 %	0,164 %
50 à 54 ans	0,608 %	0,398 %	0,398 %	0,234 %
55 à 59 ans	1,030 %	0,608 %	0,608 %	0,398 %
60 à 64 ans	1,615 %	1,006 %	0,936 %	0,562 %
65 ans ou plus	1,989 %	1,217 %	1,474 %	0,913 %

Notes :

Les taux par groupe d'âge sont applicables selon l'âge du participant au moment de son adhésion. Par la suite, les modifications de taux occasionnées par des changements d'âge prennent effet à la période de paie qui coïncide ou qui suit immédiatement l'anniversaire de naissance du participant.

par période de 14 jours
du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2008

RÉGIME DES PARTICIPANTS ACTIFS

POUR 20 PÉRIODES DE PAIE

* Veuillez prendre note que la contribution de l'employeur qui varie selon les conventions collectives doit être soustraite de cette prime totale (employé/employeur).

Ces taux de primes s'appliquent à compter de la première période complète de paie qui suit immédiatement ou coïncide avec le 1^{er} janvier 2008.

	Protection individuelle	Protection monoparentale	Protection familiale
RÉGIME DE BASE Assurance maladie – Prime totale	41,17 \$*	53,53 \$*	94,38 \$*
OPTION I Assurance maladie complémentaire	5,03 \$	6,29 \$	9,56 \$
OPTION II Assurance soins dentaires	17,04 \$	29,39 \$	39,17 \$
OPTION III Assurance vie de base du participant (par 1 000 \$ d'assurance). Pour les participants de 65 ans ou plus, le taux en pourcentage doit être divisé par 2.	0,218 \$ ou 0,459 % ⁽¹⁾ du salaire		
Assurance en cas de mort ou mutilation accidentelles du participant (par 1 000 \$ d'assurance). Pour les participants de 65 ans ou plus, le taux en pourcentage doit être divisé par 2.	0,017 \$ ou 0,036 % ⁽¹⁾ du salaire		
Assurance vie de base du conjoint ou des enfants à charge du participant (par famille)	1,04 \$		

⁽¹⁾ Cette prime d'assurance collective sera prélevée sur 20 paies même si le salaire est réparti sur 21 paies.

RÉGIME DES PARTICIPANTS ACTIFS (suite)

ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE

POUR 20 PÉRIODES DE PAIE

La tarification pour l'assurance vie additionnelle du conjoint est établie selon l'âge du participant mais selon le sexe et les habitudes tabagiques du conjoint.

ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DU PARTICIPANT ET DU CONJOINT

Taux par 1 000 \$ d'assurance, par 14 jours

Âge	Homme		Femme	
	Fumeur	Non-fumeur	Fumeuse	Non-fumeuse
– de 30 ans	0,035 \$	0,035 \$	0,035 \$	0,035 \$
30 à 34 ans	0,035 \$	0,035 \$	0,035 \$	0,035 \$
35 à 39 ans	0,070 \$	0,035 \$	0,035 \$	0,035 \$
40 à 44 ans	0,117 \$	0,070 \$	0,082 \$	0,035 \$
45 à 49 ans	0,199 \$	0,117 \$	0,117 \$	0,082 \$
50 à 54 ans	0,304 \$	0,199 \$	0,199 \$	0,117 \$
55 à 59 ans	0,515 \$	0,304 \$	0,304 \$	0,199 \$
60 à 64 ans	0,807 \$	0,503 \$	0,468 \$	0,281 \$
65 ans ou plus	0,995 \$	0,608 \$	0,737 \$	0,456 \$

ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DU PARTICIPANT

Taux en pourcentage du salaire, par 14 jours, par tranche de 1 fois le salaire
(considérant que le salaire annuel est réparti sur 21 périodes de paie et la prime prélevée sur 20 périodes de paie)

Âge	Homme		Femme	
	Fumeur	Non-fumeur	Fumeuse	Non-fumeuse
– de 30 ans	0,074 %	0,074 %	0,074 %	0,074 %
30 à 34 ans	0,074 %	0,074 %	0,074 %	0,074 %
35 à 39 ans	0,147 %	0,074 %	0,074 %	0,074 %
40 à 44 ans	0,246 %	0,147 %	0,172 %	0,074 %
45 à 49 ans	0,418 %	0,246 %	0,246 %	0,172 %
50 à 54 ans	0,638 %	0,418 %	0,418 %	0,246 %
55 à 59 ans	1,082 %	0,638 %	0,638 %	0,418 %
60 à 64 ans	1,696 %	1,056 %	0,983 %	0,590 %
65 ans ou plus	2,088 %	1,278 %	1,548 %	0,959 %

Notes :

Les taux par groupe d'âge sont applicables selon l'âge du participant au moment de son adhésion. Par la suite, les modifications de taux occasionnées par des changements d'âge prennent effet à la période de paie qui coïncide ou qui suit immédiatement l'anniversaire de naissance du participant.

RÉGIME D'ASSURANCE VIE DES PARTICIPANTS RETRAITÉS

Taux mensuels

Assurance vie de base du participant retraité

La première tranche de 5 000 \$ est offerte à 5,00 \$ (participant seulement)
et l'excédent aux taux suivants :

TAUX PAR 1 000 \$ D'ASSURANCE POUR L'EXCÉDENT DE 5 000 \$

Âge	Homme	Femme
Moins de 50 ans	0,21 \$	0,11 \$
50 à 54 ans	0,44 \$	0,22 \$
55 à 59 ans	0,74 \$	0,35 \$
60 à 64 ans	1,24 \$	0,54 \$
65 à 69 ans	1,96 \$	0,92 \$
70 à 74 ans	3,14 \$	1,43 \$
75 à 79 ans	4,22 \$	2,47 \$
80 ans et plus	8,48 \$	5,46 \$

Assurance vie de base du conjoint ou des enfants à charge du participant retraité

Taux mensuel par famille : 8,24 \$

Assurance vie additionnelle du conjoint du participant retraité

Les taux applicables sont ceux établis pour l'assurance vie de base du participant retraité pour l'excédent de 5 000 \$, selon l'âge du participant, mais selon le sexe du conjoint.

Note

Note



La Capitale
assurances et gestion du patrimoine

POUR NOUS JOINDRE

Québec	Montréal
---------------	-----------------

Édifice Le Delta II 2875, boul. Laurier, bureau 100 Case Postale 1500 Québec (Québec) G1K 8X9 418 644-4200	Bureau 820 425, boul. de Maisonneuve O. Montréal (Québec) H3A 3G5 514 873-6506
---	--

Numéro sans frais : 1 800 463-4856

www.lacapitale.com

ASSURANCE VOYAGE

Voici les numéros pour joindre l'Assisteur :

Au Canada et aux États-Unis : 1 800 363-9050
Ailleurs dans le monde à frais virés : 514 985-2281