

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

assuré par



EXCELDOR COOPÉRATIVE ET LE SYNDICAT DES SALARIÉS DE LA COOP DE DORCHESTER

Classe 1 - Employés réguliers syndiqués à temps plein et temps partiel

Contrat 003136

Régime modifié le 1^{er} février 2023

IMPORTANT

La présente brochure contient les dispositions générales du contrat d'assurance.

Nous vous prions de référer au Sommaire des garanties afin de connaître les protections spécifiques à votre contrat, ainsi que les options et particularités s'y rapportant.

Ce document ne mentionne pas toutes les clauses concernant les définitions, l'admissibilité, l'adhésion, la fin de l'assurance et autres stipulations diverses. Toutefois, vous pouvez en connaître le contenu en consultant le contrat disponible auprès du responsable de groupe chez le Preneur ou auprès de votre employeur.



100 %

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

La forme masculine utilisée dans ce document désigne aussi bien le féminin que le masculin.

TABLE DES MATIÈRES

	PAGE
SOMMAIRE DES GARANTIES	5
GARANTIE D'ASSURANCE VIE.....	12
1. Assurance vie de l'adhérent	12
2. Assurance protection juridique de l'adhérent.....	12
3. Assurance vie des personnes à charge	13
4. Assurance protection juridique du conjoint.....	13
5. Assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelles	13
6. Assurance vie facultative	14
GARANTIE D'ASSURANCE MALADIES REDOUTÉES	16
1. Protection pour l'adhérent et le conjoint assuré.....	16
2. Protection pour les enfants à charge assurés	19
3. Exclusions et réduction de la garantie.....	21
4. Conditions préexistantes	21
5. Preuves et examens.....	21
6. Paiement de l'assurance	21
GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE	22
1. Frais exempts de franchise et remboursés à 100 %.....	22
2. Frais de médicaments	25
3. Autres frais admissibles.....	26
4. Exclusions et réduction – Assurance maladie	29
GARANTIE D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES	31
1. Frais admissibles.....	31
2. Exclusions et réduction – Assurance soins dentaires	39
GARANTIE D'ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE	40
1. Délai de carence	40
2. Période et montant de la prestation	40
3. Exclusions et réduction – Assurance invalidité de courte durée	42
4. Supplément aux prestations de l'assurance-emploi ou de l'assurance parentale en raison de grossesse	42

GARANTIE D'ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE.....	44
1. Délai de carence	44
2. Période et montant de la prestation	44
3. Réadaptation.....	45
4. Indexation	46
5. Exclusions et réduction – Assurance invalidité de longue durée.....	46
6. Supplément aux prestations de l'assurance-emploi ou de l'assurance parentale en raison de grossesse	47
7. Conditions préexistantes	47
RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	48
1. Définitions	48
2. Admissibilité	51
3. Adhésion	51
4. Droit d'exemption	52
5. Continuation de l'assurance en cas d'interruption de travail	53
6. Droit de transformation	55
7. Prolongation de l'assurance des personnes à charge	56
8. Exonération des primes.....	56
9. Bénéficiaire	57
10. Fin de l'assurance	57
DEMANDE DE PRESTATIONS.....	61
ASSURANCE VOYAGE	63
ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE	68
LA CAPITALE RÉPOND À VOS QUESTIONS.....	72

SOMMAIRE DES GARANTIES

Ce tableau sommaire décrit brièvement les garanties qui sont incluses dans votre régime d'assurance collective selon la catégorie de salariés à laquelle vous appartenez. La description complète des garanties apparaît dans les pages suivantes.

Assurance vie de base

Garantie retenue

Adhérent	10 000 \$
Minimum	Aucun
Réduction	50 % à 65 ans
Maximum sans preuves	10 000 \$
Maximum avec preuves	10 000 \$
Personnes à charge	5 000 \$ conjoint / 2 000 \$ enfant à charge (âgé de 24 heures et plus)
Assurance protection juridique	Non
Exonération des primes	Délai de carence de la garantie d'assurance invalidité de longue durée
Fin de l'assurance	70 ans ou à la retraite de l'adhérent si antérieure

Assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelles

Garantie retenue

Adhérent	Même montant que l'assurance vie de base
Exonération des primes	Idem vie de base
Fin de l'assurance	70 ans ou à la retraite de l'adhérent si antérieure

Assurance vie facultativeGarantie retenue

Adhérent	1 à 20 tranches de 10 000 \$
Conjoint	1 à 10 tranches de 10 000 \$
Assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelles facultative	Non
Exonération des primes	Idem vie de base
Fin de l'assurance	65 ans ou à la retraite de l'adhérent si antérieure

Assurance maladies redoutées
Garantie non retenue

Assurance maladie
Garantie retenue

Service de paiement automatisé Direct

Franchise annuelle

Franchise (Médicaments et autres frais admissibles)	Protection individuelle :	50 \$
	Protection familiale :	50 \$

Report de franchise Non

Frais exempts de franchise et remboursés à 100 %

Hospitalisation Chambre à deux lits

Soins de longue durée Chambre à deux lits

Assurance et assistance voyage Séjour maximal : 6 mois consécutifs, maximum
viager : 5 000 000 \$

Assurance annulation de voyage Maximum par voyage, par assuré : 5 000 \$

CAP assistance médicale Oui

Soins oculaires Non

Programme d'aide aux employés Non

Frais de médicaments

Ticket modérateur Non

Coassurance 75 % des premiers 1 000 \$ de frais admissibles et
100 % de l'excédent.

Clause RAMQ

Franchise et coassurance RAMQ pour les assurés de 65 ans et plus Oui

Autres frais admissibles (incluant les professionnels de la santé)

Coassurance	75 %
Les maximums décrits ci-dessous suivis d'un ⁽¹⁾ sont des maximums admissibles et les maximums suivis d'un ⁽²⁾ sont des maximums de remboursement.	
Stérilet ⁽¹⁾	100 \$ par période de 24 mois consécutifs, par assurée
Honoraires d'infirmiers ⁽¹⁾	10 000 \$ par année civile, par assuré
Radiographie, analyse de laboratoire, oxygène, sang, plasma sanguin, transfusion ⁽¹⁾	
Location ou achat : fauteuil roulant, lit d'hôpital ⁽¹⁾	
Autres appareils thérapeutiques ⁽¹⁾	10 000 \$ viager, par assuré
Achat : membre ou œil artificiel – achat ou location : supports, corsets, bandes herniaires, plâtres, béquilles ou autres équipements orthopédiques ⁽¹⁾	
Frais d'achat d'un appareil auditif ⁽¹⁾	300 \$ par période de 60 mois consécutifs, par assuré
Dentiste en cas d'accident ⁽¹⁾	Les services doivent avoir été rendus dans les 12 mois de la date de l'accident
Neurostimulateur percutané ⁽¹⁾	1 000 \$ par période de 60 mois consécutifs, par assuré
Ambulance ⁽¹⁾	
Glucomètre, dextromètre pour un assuré insulino-dépendant ⁽¹⁾	300 \$ et 1 appareil par période de 36 mois consécutifs par assuré
Chaussures orthopédiques ⁽²⁾	3 paires par année, maximum de 300 \$ par année civile, par assuré
Chaussures profondes ⁽²⁾	100 \$ par année civile, par assuré
Orthèses podiatriques ou supports plantaires ⁽²⁾	200 \$ par année civile, par assuré

Achat ou remplacement : prothèse mammaire à la suite d'une mastectomie ⁽¹⁾	2 prothèses par période de 24 mois consécutifs, par assurée
Soutien-gorge chirurgicaux à la suite d'une mastectomie radicale ⁽¹⁾	2 soutiens-gorge par année civile, par assurée
Prothèse capillaire à la suite d'une chimiothérapie ⁽²⁾	300 \$ viager, par assuré
Bas de contention ⁽²⁾	100 \$ par année civile, par assuré
Centre de réadaptation ⁽¹⁾	Chambre à deux lits, 180 jours par année civile, par assuré
Traitements spéciaux non offerts dans la province de résidence ⁽¹⁾	50 000 \$ viager, par assuré (CES FRAIS SONT REMBOURSÉS À 80 %)
Échographie ⁽²⁾	300 \$ par année civile, par assuré
Les maximums décrits ci-dessous sont des maximums admissibles.	
Ergothérapeute	12 \$ par visite, maximum 26 visites par année civile, par assuré
Orthophoniste	12 \$ par visite, maximum 26 visites par année civile, par assuré
Audiologiste	12 \$ par visite, maximum 26 visites par année civile, par assuré
Physiothérapeute et thérapeute en réadaptation physique (maximum pour l'ensemble de ces professionnels)	12 \$ par visite, maximum 26 visites par année civile, par assuré
Psychologue, psychiatre et psychanalyste en clinique externe (maximum pour l'ensemble de ces professionnels)	12 \$ par visite, maximum 26 visites par année civile, par assuré
Diététiste	12 \$ par visite, maximum 26 visites par année civile, par assuré
Chiropraticien	12 \$ par visite, maximum 26 visites par année civile, par assuré
Radiographie de chiropraticien	

Podiatre	12 \$ par visite, maximum 26 visites par année civile, par assuré
Ostéopathe	12 \$ par visite, maximum 26 visites par année civile, par assuré
Naturopathe	12 \$ par visite, maximum 26 visites par année civile, par assuré
Acupuncteur	12 \$ par visite, maximum 26 visites par année civile, par assuré
Homéopathe	12 \$ par visite, maximum 26 visites par année civile, par assuré
Exonération des primes	Non
Fin de l'assurance¹	70 ans ou à la retraite de l'adhérent si antérieure

¹ S'applique à l'ensemble des protections d'assurance maladie, à l'exception des médicaments. Veuillez vous référer aux dispositions spécifiques aux sections « Adhésion » et « Fin de l'assurance ».

Assurance soins dentaires
Garantie non retenue

Assurance invalidité de courte durée
Garantie non retenue

Assurance invalidité de longue durée
Garantie retenue

Délai de carence	26 semaines
Période maximale de prestations	Jusqu'à 65 ans
Montant de la prestation en pourcentage du salaire mensuel	55 %
Maximum sans preuves	3 000 \$
Maximum avec preuves	3 000 \$
Prestations imposables	Oui
Revenus de toutes sources	90 % du salaire brut
Indexation selon RRQ	Non
Exonération des primes	Délai de carence de la garantie d'assurance invalidité de longue durée
Fin de l'assurance	65 ans ou à la retraite de l'adhérent si antérieure

Renseignements généraux

Invalidité totale - Propre occupation	Délai de carence de l'assurance invalidité de longue durée et les 24 mois suivants
Admissibilité	Employés à temps plein : Le jour qui suit la date à laquelle l'employé a travaillé 700 heures au cours de 6 mois consécutifs Employés à temps partiel : Le jour qui suit la date à laquelle l'employé a travaillé 700 heures au cours de 12 mois consécutifs
Nombre d'heures de travail minimum	16 heures par semaine
Droit de transformation – Assurance maladie	60 jours
Continuation de l'assurance en cas d'interruption de travail	
· Congé de maternité, parental, de paternité ou d'adoption	Durée maximale permise par toute loi applicable
· Congé autorisé non payé	24 mois
· Réduction de la semaine de travail ou mise à pied temporaire	6 mois

GARANTIE D'ASSURANCE VIE

1. Assurance vie de l'adhérent

Au décès d'un adhérent, l'Assureur paie au bénéficiaire une indemnité égale au montant indiqué au **Sommaire des garanties**. Le montant de la prestation payable est également sujet à toute réduction applicable prévue au **Sommaire des garanties**.

En aucun temps la somme des indemnités payables en vertu des garanties d'assurance vie de base et facultative ne peut être supérieure à 1 100 000 \$.

2. Assurance protection juridique de l'adhérent

Si cette protection est retenue au **Sommaire des garanties**, l'adhérent bénéficie des services suivants :

Cette assurance est offerte par l'entremise de La Capitale assurances générales inc. et prévoit le remboursement des honoraires et des frais judiciaires découlant des consultations ou démarches décrites ci-dessous, effectuées au Québec auprès d'un conseiller juridique, d'un notaire membre de la Chambre des notaires du Québec ou d'un avocat membre du Barreau du Québec, jusqu'à concurrence d'un maximum de 1 000 \$ pour la durée du contrat.

Si l'adhérent a des personnes à charge, le maximum de 1 000 \$ s'applique à l'ensemble des personnes assurées.

Pour que les honoraires et les frais judiciaires soient admissibles, le Service de la protection juridique de La Capitale assurances générales doit obligatoirement être avisé au préalable de toute consultation ou démarche.

- Liquidation de la succession de l'adhérent : consultations juridiques reliées au règlement et au partage des biens de la succession de l'adhérent.
- Vérification du testament de l'adhérent : démarches juridiques entreprises en vue de faire vérifier par le tribunal le testament de l'adhérent (testament olographe ou devant témoins).
- Mandat d'incapacité de l'adhérent : démarches juridiques visant la demande d'homologation par le tribunal du mandat d'incapacité donné par l'adhérent en prévision de son incapacité à prendre soin de lui-même ou à administrer ses biens.
- Régime de protection du majeur pour l'adhérent : démarches juridiques visant la nomination d'un conseiller au majeur, d'un tuteur ou d'un curateur à l'adhérent.

Cette garantie ne s'applique pas dans les cas suivants :

- La consultation ou la démarche implique ou entraîne une procédure judiciaire contestée;
- En cas de renonciation à la succession ou de contestation;
- Le Service de la protection juridique de La Capitale assurances générales n'a pas été avisé avant la consultation ou la démarche.

Les indemnités payables en vertu de la présente garantie sont versées, selon le cas, au liquidateur de la succession, aux héritiers légaux ou à la personne ayant effectué les consultations ou démarches décrites ci-dessus.

Pour joindre le **Service de protection juridique de La Capitale assurances générales** : **418 266-9555 ou 1 800 363-7648.**

3. Assurance vie des personnes à charge

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

4. Assurance protection juridique du conjoint

Si cette protection est retenue au **Sommaire des garanties**, le conjoint assuré bénéficie des services suivants :

Lorsque l'adhérent bénéficie de l'assurance protection juridique et que le conjoint de l'adhérent est assuré en vertu de l'assurance vie des personnes à charge, le conjoint bénéficie automatiquement de l'assurance protection juridique selon les mêmes conditions que celles se rapportant à l'adhérent et décrites précédemment au point 2.

5. Assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelles

Si cette protection est retenue au **Sommaire des garanties** et qu'un adhérent ou l'une de ses personnes à charge assurée, subit, par suite d'un accident survenu alors que cette garantie est en vigueur et au cours des 365 jours qui suivent la date de cet accident, l'une des pertes énumérées au tableau ci-dessous, l'Assureur paie pour la perte subie une indemnité égale au pourcentage indiqué ci-après du montant d'assurance vie de base payable au décès de l'adhérent ou du montant d'assurance vie des personnes à charge payable au décès de la personne à charge, le cas échéant.

L'indemnité pour un même accident ou pour plus d'un accident survenant au cours d'une seule et même période de 365 jours est limitée à 100 % du montant d'assurance vie de base payable au décès de l'adhérent ou 100 % du montant d'assurance vie des personnes à charge payable au décès d'une personne à charge, le cas échéant. Cependant dans le cas de paraplégie, quadriplégie ou hémiplégie, l'indemnité est alors limitée à 200 % du montant d'assurance vie.

Perte	Pourcentage
- paraplégie, quadriplégie ou hémiplégie	200 %
- de la vie	100 %
- de la vue des deux yeux	100 %
- des deux mains ou des deux pieds	100 %
- d'une main ou d'un pied et de la vue d'un oeil	100 %
- d'une main et d'un pied	100 %
- d'une main ou d'un pied	50 %
- de la parole ou de l'ouïe ou de la vision d'un oeil	50 %
- du pouce et de l'index de la même main	25 %

En aucun temps, la somme des indemnités payables pour l'ensemble des pertes subies par l'assuré en vertu des garanties d'assurance en cas de mort ou mutilation accidentelles de base et facultative ne peut être supérieure à 750 000 \$.

Exclusions et réduction

Cette garantie ne s'applique pas et aucune indemnité n'est payable à l'assuré si la perte subie survient dans les cas suivants :

- Alors qu'il exerce toute fonction de l'équipage d'un aéronef ou qu'il exerce une fonction quelconque se rapportant au vol.
- En raison d'une guerre déclarée ou non, ou de sa participation à une insurrection réelle ou appréhendée.
- En raison d'une tentative de suicide ou du suicide de l'assuré ou d'une blessure ou d'une mutilation que l'assuré s'est volontairement infligée, qu'il soit sain d'esprit ou non.
- Lors de sa participation à un acte criminel ou réputé tel, y compris le fait de conduire un véhicule, bateau ou aéronef avec un taux d'alcoolémie qui dépasse la limite permise par la loi en vigueur au lieu de l'accident.
- Pour une condition survenue alors que l'assuré est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays.
- Pendant que l'assurance vie de l'adhérent est prolongée sans paiement de prime par suite d'invalidité totale, si l'exonération des primes en cas d'invalidité totale pour la garantie d'assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelles *n'est pas retenue au **Sommaire des garanties***.
- En raison d'une maladie se manifestant lors d'un accident mais ne résultant pas de cet accident.
- À la suite d'un traitement médical ou dentaire, d'une intervention chirurgicale ou d'une anesthésie.
- Lors de la conduite d'un véhicule, bateau ou aéronef sous l'effet de drogue ou de médicaments pris non conformément à la prescription ou à la posologie recommandée par le fabricant.

6. Assurance vie facultative

Adhérent : Le montant d'assurance payable au décès d'un adhérent qui s'est prévalu de cette option est déterminé selon le montant qu'il aura retenu. Le montant que l'adhérent peut souscrire est indiqué au **Sommaire des garanties**.

Conjoint : Le montant d'assurance payable au décès d'un conjoint d'un adhérent qui s'est prévalu de cette option est déterminé selon le montant qu'il aura retenu. Le montant que l'adhérent peut souscrire pour son conjoint est indiqué au **Sommaire des garanties**. L'adhérent ne peut se prévaloir de cette option pour son conjoint si celui-ci n'est pas assuré en vertu de la garantie d'assurance vie des personnes à charge ou si l'adhérent est atteint d'invalidité totale. Dans ce dernier cas, l'adhérent pourra se prévaloir de cette option pour son conjoint lors de son retour au travail actif.

Enfant à charge : Le montant d'assurance payable au décès d'un enfant à charge d'un adhérent qui s'est prévalu de cette option est déterminé selon le montant qu'il aura retenu. Le montant que l'adhérent peut souscrire pour ses enfants à charge est indiqué au **Sommaire des garanties**. L'adhérent ne peut se prévaloir de cette option pour ses enfants à charge si ceux-ci ne sont pas assurés en vertu de la garantie d'assurance vie des personnes à charge ou si l'adhérent est atteint d'invalidité totale. Dans ce dernier cas, l'adhérent pourra se prévaloir de cette option pour ses enfants à charge lors de son retour au travail actif.

Dans le cas où l'assurance en cas de mort ou mutilation accidentelles facultative est retenue au **Sommaire des garanties**, l'assuré bénéficie d'un montant d'assurance supplémentaire égal au montant de la prestation décrit ci-dessus payable selon les conditions stipulées à la garantie d'assurance en cas de mort ou mutilation accidentelles. Cette assurance est indissociable de la garantie d'assurance vie facultative.

En aucun temps la somme des indemnités payables en vertu des garanties d'assurance vie de base et facultative ne peut être supérieure à 1 100 000 \$. De même, en aucun temps, la somme des indemnités payables pour l'ensemble des pertes subies par l'assuré en vertu des garanties d'assurance en cas de mort ou mutilation accidentelles de base et facultative ne peut être supérieure à 750 000 \$.

Cette protection est sujette à ce que les preuves d'assurabilité requises et fournies par la personne concernée au moment de l'adhésion et à l'addition pour l'assuré d'une nouvelle tranche d'assurance vie facultative soient jugées satisfaisantes par l'Assureur. Toute fausse déclaration ou réticence de la part de la personne concernée peut entraîner la nullité de cette garantie pour cette personne.

Exclusions et réduction

Cette garantie ne s'applique pas si l'assuré meurt par suite de suicide ou des suites de toute tentative de suicide au cours des 2 premières années qui suivent 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. 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.

GARANTIE D'ASSURANCE MALADIES REDOUTÉES

Lorsque cette garantie est retenue au **Sommaire des garanties**, l'Assureur paie le pourcentage indiqué ci-après, du montant d'assurance apparaissant au **Sommaire des garanties** et selon les conditions énoncées dans les textes suivants.

1. Protection pour l'adhérent et le conjoint assuré

L'Assureur paie le pourcentage indiqué ci-dessous du montant d'assurance et selon les conditions énoncées, lorsqu'un médecin procède à une intervention chirurgicale couverte par la garantie ou qu'un diagnostic conforme aux descriptions ci-après d'une maladie grave couverte par la garantie est posé par un médecin pour la première fois. Les prestations payables sont limitées à 100 % du montant d'assurance à vie pour l'ensemble des interventions chirurgicales et maladies concernées relativement à chaque assuré.

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

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

- Montant d'assurance

Le montant d'assurance payable est indiqué au **Sommaire des garanties**.

- Interventions chirurgicales et maladies donnant droit à prestation

Prestation de 100 % du montant d'assurance

- a) **SCLÉROSE EN PLAQUES** : désigne le diagnostic sans équivoque, posé par un médecin neurologue, d'au moins deux épisodes d'anomalies neurologiques bien définies dont l'une a été d'une durée d'au moins six mois consécutifs, et confirmé par des techniques modernes d'imagerie.
- b) **DYSTROPHIE MUSCULAIRE** : désigne le diagnostic sans équivoque et définitif posé par un médecin dûment qualifié, d'une atteinte suffisamment sévère qu'elle a empêché l'assuré de vaquer aux activités habituelles d'une personne du même âge pendant au moins 6 mois. Le diagnostic doit être confirmé par une électromyographie et une biopsie musculaire.
- c) **PARALYSIE** : désigne un diagnostic de perte totale et permanente de l'usage de deux membres ou plus, à la suite d'une paralysie physique ayant persisté pendant une période continue de 180 jours ou plus sans interruption.
- d) **MALADIE D'ALZHEIMER** : désigne le diagnostic d'une maladie neurodégénérative progressive posé par un médecin neurologue ou gériatre. L'assuré doit présenter une diminution des facultés intellectuelles, notamment en ce qui a trait à la mémoire et au jugement résultant en des facultés mentales ainsi qu'une capacité de fonctionner en société tellement réduites qu'elle

doit faire l'objet d'une surveillance constante. Les autres syndromes cérébraux organiques et les troubles psychiatriques sont explicitement exclus.

- e) MALADIE DE PARKINSON : désigne le diagnostic de maladie de Parkinson idiopathique et dégénératrice posé par un médecin neurologue et présentant plusieurs des caractéristiques suivantes : rigidité, tremblements, akinésie. Tous les autres types de Parkinsonisme sont spécifiquement exclus.
- f) MALADIE DES MOTONEURONES : désigne le diagnostic sans équivoque d'une des maladies suivantes : sclérose latérale amyotrophique (ALS ou maladie de Lou Gehrig); sclérose latérale primaire; atrophie spinale progressive; paralysie bulbaire progressive; paralysie pseudo bulbaire.
- g) CÉCITÉ : désigne la perte totale et irréversible de la vision des deux yeux, confirmée par un médecin ophtalmologiste. L'acuité visuelle corrigée doit être plus faible que 20/200 ou les champs visuels doivent être de moins de 20 degrés, et ce, dans les deux yeux.
- h) INFECTION ACCIDENTELLE PAR LE VIH DANS L'EXERCICE DE SES FONCTIONS : désigne une infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) survenant après la date de prise d'effet de la garantie, découlant d'un accident ou d'une blessure se produisant au Canada durant l'exercice des fonctions normales de l'occupation de l'assuré, exposant celui-ci à du sang ou d'autres fluides corporels contaminés par le VIH.

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

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

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

Exclusions de la garantie :

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

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

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

Prestation de 50 % du montant d'assurance

- a) ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL : désigne tout traumatisme vasculaire cérébral produisant des séquelles neurologiques considérées permanentes et résultant en une paralysie ou autres

déficits neurologiques mesurables persistant pendant au moins 30 jours suivant le traumatisme. Sont exclus, les accidents ischémiques et l'insuffisance vertébrobasilaire.

- b) INSUFFISANCE RÉNALE : désigne le diagnostic d'une insuffisance permanente et irréversible des deux reins et nécessitant un traitement régulier par hémodialyse ou dialyse péritonéale.
- c) BRÛLURES GRAVES : désigne un diagnostic par un médecin qui est un chirurgien plasticien diplômé, de brûlures au troisième degré couvrant au moins 20 % du corps.
- d) TRANSPLANTATION D'UN ORGANE VITAL : désigne la mise en place par chirurgie dans le corps de l'assuré, à la suite de l'altération irréversible de sa fonction, d'un des organes vitaux suivants, prélevé du corps d'un donneur convenable selon les pratiques médicales généralement reconnues : le coeur, le foie, la moelle osseuse excluant toutefois l'autogreffe, les deux poumons, un rein, le pancréas.

Prestation de 35 % du montant d'assurance

- a) INFARCTUS DU MYOCARDE : désigne la mort d'une partie du muscle cardiaque en raison d'un blocage d'une ou de plusieurs artères coronaires. Le diagnostic doit être posé à la suite d'une attaque spécifique présentant une élévation des enzymes cardiaques et des changements nouveaux à l'électrocardiogramme confirmant le diagnostic d'un infarctus du myocarde.
- b) CANCER : désigne le diagnostic de tumeur maligne caractérisée par le développement et la propagation incontrôlés de cellules malignes qui envahissent les tissus.

Cette garantie ne couvre pas les formes de cancer suivantes :

- Tout type de cancer classifié TX, TO ou Tis (in situ) selon la classification TNM; pour le cancer de la prostate, la classification T1N0M0 est aussi exclue.
 - Lésions précancéreuses, tumeurs bénignes ou polypes.
 - Tout type de cancer de la peau, sauf le mélanome malin invasif atteignant le derme ou se développant plus en profondeur.
 - Toute tumeur en présence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH).
 - Tout diagnostic de cancer posé dans les 90 premiers jours suivant le début de l'assurance de l'assuré ou si des signes, symptômes ou problèmes se manifestent durant cette période.
- c) COMA : désigne le diagnostic, confirmé par un médecin neurologue, d'un état profond d'inconscience duquel l'assuré ne peut émerger et ayant persisté de façon continue pendant au moins 96 heures, et pour lequel toute stimulation extérieure ne provoque que des réponses réflexes d'évitement primitives.
 - d) PONTAGE CORONARIEN : désigne une intervention chirurgicale recommandée par un médecin interniste ou cardiologue et pratiquée par un médecin chirurgien afin de corriger le rétrécissement ou le blocage d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen de pontages par greffe ou anastomose. Cette garantie ne couvre pas les techniques non chirurgicales telles l'angioplastie à ballonnet, le soulagement d'une occlusion par laser ou toute autre technique sans pontage ou anastomose.

Prestation de 25 % du montant d'assurance

- a) **SURDITÉ** : désigne le diagnostic de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles, pour laquelle le seuil auditif est de plus de 90 décibels, confirmé par un médecin oto-rhino-laryngologiste.
- b) **PERTE DE LA PAROLE** : désigne le diagnostic de la perte totale, permanente et irréversible de la parole, résultant de dommages corporels ou d'une maladie. Des preuves médicales attestant qu'il y a eu perte de la parole pendant 365 jours consécutifs doivent être fournies au moment du diagnostic pour avoir droit à l'indemnité.

2. Protection pour les enfants à charge assurés

L'Assureur paie 100 % du montant d'assurance des enfants à charge, selon les conditions énoncées ci-après, lorsqu'un diagnostic conforme aux descriptions ci-après d'une des maladies graves suivantes est posé par un médecin dûment qualifié pour la première fois.

Les prestations payables en vertu de la présente garantie sont limitées à 100 % du montant d'assurance viager pour l'ensemble des interventions chirurgicales et maladies concernées relativement à chaque assuré.

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

- Montant d'assurance

Le montant d'assurance est de 5 000 \$ par enfant à charge assuré.

- Maladies graves donnant droit à prestations

- a) **SYNDROME DE DOWN (MONGOLISME)** : désigne le diagnostic d'un état congénital associé à des anomalies physiques, mentales et chromosomiques (trisomie 21).
- b) **ATTEINTE CÉRÉBRALE GRAVE** : désigne le diagnostic d'une dysfonction du système nerveux central consécutive à de l'anoxie (paralysie cérébrale), un traumatisme crânio-céphalique, une infection, un accident vasculaire cérébral ou à une maladie dégénérative.

Les signes neurologiques (paralysie, mouvements involontaires et désordonnés, trouble d'élocution et/ou du comportement) doivent entraîner des difficultés de fonctionnement permanentes et nécessiter une surveillance constante.

- c) **DÉFICIENCE MENTALE SÉVÈRE** confirmée par un test de Q.I. inférieur à 50.
- d) **MALFORMATION GRAVE DU COEUR** : désigne le diagnostic d'une malformation cardiaque nécessitant une chirurgie.
- e) **FIBROSE KYSTIQUE**
- f) **SPINA BIFIDA** : désigne le diagnostic d'une malformation des vertèbres entraînant des problèmes neurologiques importants de façon permanente.
- g) **BRÛLURES GRAVES** : désigne le diagnostic par un médecin qui est un chirurgien plasticien diplômé, de brûlures au troisième degré couvrant au moins 20 % du corps.

- h) CÉCITÉ : désigne la perte totale et irréversible de la vision des deux yeux, confirmée par un médecin ophtalmologiste. L'acuité visuelle corrigée doit être plus faible que 20/200 ou les champs visuels doivent être de moins de 20 degrés, et ce, dans les deux yeux.
- i) SURDITÉ : désigne la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles, pour laquelle le seuil auditif est de plus de 90 décibels, confirmée par un médecin oto-rhino-laryngologiste.

3. Exclusions et réduction de la garantie

Les situations suivantes sont exclues de la garantie d'assurance maladies redoutées et ne donnent droit à aucune prestation :

- Diagnostic de cancer posé dans les 90 premiers jours suivant le début de l'assurance de l'assuré.
- Blessures que l'assuré s'est infligées volontairement ou résultant d'une tentative de suicide, que l'assuré soit sain d'esprit ou non.
- Blessure ou maladie contractée lors de l'accomplissement d'un acte criminel.
- Blessure ou maladie contractée alors que l'assuré conduit un véhicule, bateau ou aéronef, sous l'effet de l'alcool, de drogue ou de médicaments pris conformément à la prescription ou à la posologie recommandée par le fabricant.
- Toute condition résultant directement ou indirectement d'un abus d'alcool, d'utilisation de drogue ou de prise de médicaments non conformément à la prescription ou à la posologie recommandée par le fabricant.
- Blessure ou maladie découlant d'une guerre déclarée ou non, d'une émeute, d'un attentat ou d'une insurrection réelle ou appréhendée.
- Toute condition pour laquelle l'assuré a refusé ou négligé de suivre les traitements appropriés à son état.
- Toute condition survenue alors que l'assuré est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays.
- Si l'assuré décède dans les 30 jours suivant la date du diagnostic ou de l'intervention assurés.

4. Conditions préexistantes

Aucune prestation n'est payable pour une intervention chirurgicale ou le diagnostic d'une maladie grave découlant directement ou indirectement d'une condition pour laquelle l'assuré a reçu des traitements ou consulté un médecin au cours des deux années précédant la date du début de son assurance. Cette exclusion s'applique pour une période de deux ans après la date du début de son assurance.

5. Preuves et examens

Les preuves requises doivent être présentées à la satisfaction de l'Assureur dans les 90 jours de la date où l'intervention chirurgicale ou la maladie rencontre les conditions stipulées dans la présente garantie, à défaut de quoi aucune prestation n'est payable. L'Assureur peut en tout temps faire examiner, par un médecin de son choix, l'assuré pour lequel une demande de prestations lui est présentée.

6. Paiement de l'assurance

Les prestations sont basées sur le montant d'assurance en vigueur au moment du diagnostic ou de l'intervention chirurgicale relativement à l'assuré en cause. Les prestations sont payables à l'adhérent.

GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE

Les frais admissibles sont les frais raisonnablement engagés et justifiés par la gravité du cas, la pratique courante de la médecine et les tarifs usuels de la région, tels que décrits ci-après.

Service de paiement automatisé

Si l'option « Service de paiement automatisé » direct ou différé est retenue au **Sommaire des garanties**, l'adhérent peut utiliser sa carte de services pour l'achat de médicaments. (Voir : Demande de prestations)

Franchise annuelle

La franchise peut s'appliquer de différentes façons sur les frais décrits ci-dessous. Veuillez consulter le **Sommaire des garanties** pour connaître l'option retenue.

Pour la première année d'assurance, la franchise est proportionnelle au nombre de mois entre la date d'entrée en vigueur et la fin de l'année civile, à moins d'entente différente entre l'Assureur et le Preneur.

Report de franchise

Si retenue au **Sommaire des garanties**, lorsque les frais admissibles, supportés au cours des trois derniers mois de l'année civile, sont insuffisants pour satisfaire la franchise, ces frais sont reportés pour réduire la franchise de l'année suivante.

1. Frais exempts de franchise et remboursés à 100 %

Hospitalisation

L'Assureur rembourse les frais d'hospitalisation supportés au Canada et excédant les frais payables par tout régime étatique d'assurance, jusqu'à concurrence du coût prévu au **Sommaire des garanties**, sans limite quant au nombre de jours, pourvu que l'hospitalisation ait débuté en cours d'assurance.

Frais de séjour dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée

Les frais d'occupation d'une chambre dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ou dans un centre hospitalier si l'assuré reçoit des soins de longue durée, et excédant les frais payables par tout régime étatique d'assurance, jusqu'à concurrence du coût prévu au **Sommaire des garanties**, pourvu que l'occupation ait débuté en cours d'assurance. Cependant, ces frais sont limités au nombre de jours indiqué au **Sommaire des garanties**.

Assurance voyage

Si cette protection est retenue au **Sommaire des garanties**, vous trouverez la description complète à la fin de cette brochure.

Assurance annulation de voyage

Si cette protection est retenue au **Sommaire des garanties**, vous trouverez la description complète à la fin de cette brochure.

CAP assistance médicale

Si la protection est retenue au **Sommaire des garanties** lorsqu'un assuré est gravement malade ou blessé, l'Assureur lui fournit, selon les modalités décrites ci-dessous, un service d'assistance pour lui permettre d'obtenir un second avis médical. Le service d'assistance est disponible lorsque le médecin d'un assuré diagnostique l'une des maladies ou des affections suivantes :

Accident vasculaire cérébral	Maladie osseuse et pulmonaire majeure
Affection cardiovasculaire	Maladie de Parkinson
Affection du système locomoteur	Maladie des motoneurones
Brûlure grave	Paralysie
Cancer	Perte de la parole
Cécité	Sclérose en plaques
Coma	SIDA
Greffe d'un organe vital	Surdité
Insuffisance rénale	Traumatisme grave
Maladie d'Alzheimer	Tumeur cérébrale bénigne
Maladie dégénérative neurologique	

Les services offerts sont exempts de franchise et de coassurance.

Services offerts

Lors du diagnostic d'une maladie ou d'une affection admissible, l'assuré peut communiquer directement avec l'Assureur pour bénéficier d'un des services suivants :

- une deuxième opinion médicale par la révision de son dossier médical par un ou des médecins généralistes ou spécialistes, sélectionnés par l'Assureur, afin de confirmer ou d'infirmer le diagnostic posé;
- la prise d'un rendez-vous avec un médecin généraliste ou un spécialiste, lorsque l'Assureur juge un tel rendez-vous pertinent, pour obtenir des recommandations médicales pour la condition médicale diagnostiquée.

L'Assureur se réserve le droit de mettre fin en tout temps au service CAP assistance médicale.

Pour de plus amples renseignements sur le service : 1 888 227-1112

Soins oculaires

Lorsque cette protection est retenue au **Sommaire des garanties**, si un adhérent engage pour lui-même ou l'une de ses personnes à charge assurées, des frais pour l'achat de lunettes ou de verres de contact sur recommandation d'un médecin ou d'un optométriste, ainsi que les frais relatifs à une chirurgie au laser effectuée par un ophtalmologiste, membre du Collège des médecins du Québec, dans le but de corriger la myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme et la presbytie, il a droit au remboursement des frais engagés selon le pourcentage de remboursement prévu au **Sommaire des garanties** et jusqu'à concurrence des montants admissibles suivants :

- Maximum admissible prévu au **Sommaire des garanties** par assuré, par période de 24 mois consécutifs. Ces frais sont limités à un maximum global prévu au **Sommaire des garanties** par assuré, par période de 24 mois consécutifs.

- 250 \$ par assuré par période de 24 mois consécutifs pour les verres de contact à condition que l'acuité visuelle soit améliorée suffisamment pour atteindre le niveau 20/40 et qu'elle ne puisse pas l'être avec des lunettes.

Programme d'aide aux employés

L'Assureur offre aux assurés un service d'aide de consultation en cas de problèmes personnels pouvant affecter l'équilibre ou la santé psychologique et un fonctionnement normal, selon les modalités et pour les raisons suivantes :

Consultations en cabinet

1. Difficultés familiales (relation de couple, séparation, divorce, conflits conjugaux, difficultés de communication, problèmes familiaux, etc.)
2. Difficultés liées au travail (difficulté d'adaptation à une tâche de travail, stress lié au travail, problématique relationnelle avec les collègues ou les supérieurs, perte d'intérêt pour le travail, etc.)
3. Difficultés personnelles (fatigue, insomnie, anxiété générale, démotivation, perte d'estime de soi, stress, surmenage, état dépressif, isolement, réactions à un deuil, etc.)
4. Problèmes de dépendance (consommation abusive d'alcool, de drogues ou de médicaments, jeu compulsif, dépendance à l'Internet, etc.)

Consultations téléphoniques

5. Problèmes financiers (soutien en matière de gestion du crédit et de la dette, faillite, planification budgétaire, aspects financiers du divorce, etc.)
6. Problèmes légaux (soutien en matière de droit de la famille, séparation, divorce, garde et soutien d'un enfant, etc.)
7. Soutien aux parents âgés (soutien et matériel éducationnel spécifique, aide à la recherche de résidences pour personnes âgées, de soutien à domicile, d'accompagnement, etc.)
8. Soutien aux enfants (soutien et matériel éducationnel spécifique, aide à la recherche de garderies et de services de garde à domicile, de soins infirmiers à domicile, etc.)

Pour bénéficier du programme d'aide, l'utilisateur téléphone simplement à un numéro sans frais. Après avoir vérifié son admissibilité, un spécialiste identifie la nature des difficultés. Par la suite, un intervenant professionnel communique avec l'utilisateur pour prendre rendez-vous à sa convenance, soit pour une consultation à son cabinet ou pour une consultation téléphonique, selon le type de problème.

Les consultations en cabinet sont disponibles jusqu'à concurrence d'un maximum de 12 heures par employé, par année, pour l'ensemble des services mentionnés aux points 1 à 4 inclusivement. Il n'y a pas de limite quant au nombre de consultations téléphoniques se rapportant aux points 5 à 8.

Voici les numéros pour joindre un intervenant du programme d'aide aux employés :

Pour la région de Montréal : 514 744-6426 – Numéro sans frais : 1 800 361-9569

Terminaison de la garantie

Lors de la terminaison de la garantie à la suite de l'annulation par le Preneur ou l'Assureur, les services en cours inhérents à la garantie peuvent se poursuivre pour une période additionnelle de 30 jours. Ces services peuvent alors s'étendre jusqu'à concurrence de 2 heures, à moins que le maximum prévu de 12 heures ne soit atteint avant.

Prolongation en cas de décès de l'adhérent

Si l'adhérent décède alors que la garantie est en vigueur, les services inhérents à la garantie peuvent être prolongés pour les personnes à charge. Cette prolongation peut s'étendre jusqu'à la fin du 3^e mois qui suit le décès de l'adhérent, à moins que le maximum prévu de 12 heures ne soit atteint avant.

2. Frais de médicaments

Les fournitures et services suivants sont admissibles pourvu qu'ils soient médicalement requis, prescrits par un médecin et nécessaires au traitement de l'assuré.

Les frais suivants sont remboursés selon le pourcentage de coassurance et la franchise (ou ticket modérateur) prévus au **Sommaire des garanties**.

Ticket modérateur

Si cette option retenue au **Sommaire des garanties**, le ticket modérateur représente la partie des frais admissibles que l'adhérent doit payer pour chaque médicament pour lequel des frais ont été engagés. Le montant du ticket modérateur est indiqué au **Sommaire des garanties**.

L'Assureur rembourse les services pharmaceutiques et les médicaments prévus par les garanties du Régime général d'assurance médicaments, tel qu'établi en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments (L.R.Q., c. A-29.01). Toutefois, ces services et médicaments ne sont pas couverts dans le cas d'un adhérent âgé de 65 ans ou plus et ses personnes à charge ou dans le cas d'une personne à charge de 65 ans ou plus, à moins que l'adhérent n'en ait fait la demande expressément.

Cependant, si cette option est retenue au **Sommaire des garanties** pour un adhérent âgé de 65 ans ou plus et ses personnes à charge, le cas échéant, ou dans le cas d'une personne à charge de 65 ans ou plus, seule la partie non remboursable (franchise et coassurance) par le Régime général d'assurance médicaments est admissible.

Sous réserve des exclusions ci-après, l'Assureur rembourse les médicaments autres que ceux mentionnés au paragraphe précédent et inclus dans le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques portant un code d'identification numérique (DIN), vendus par un pharmacien ou un médecin dûment autorisé. Note : si la clause RAMQ a été retenue au **Sommaire des garanties**, les frais et les médicaments décrits dans ce paragraphe ne sont pas couverts.

Trois options sont offertes : la clause RAMQ, la clause régulière ou la clause large. Veuillez consulter le **Sommaire des garanties** pour connaître celle qui a été retenue.

Clause RAMQ : Voir note plus haut.

Clause régulière : L'Assureur rembourse les médicaments qui ne peuvent être obtenus que sur ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste; de même que les médicaments obtenus sur ordonnance médicale et dont l'indication thérapeutique est spécifiquement reliée au traitement des conditions pathologiques suivantes : troubles cardiaques, troubles pulmonaires, diabète, arthrite, maladie de Parkinson, épilepsie, fibrose kystique et glaucome.

Clause large : L'Assureur rembourse les médicaments prescrits par un médecin ou un dentiste.

Exclusions et réduction - Frais de médicaments

(L'exclusion s'applique seulement si la protection n'est pas indiquée dans votre brochure).

- . Les produits considérés comme étant des substituts de nourriture, les produits cosmétiques, savons, huiles de teint, émollients épidermiques, shampoings et autres produits pour le cuir chevelu.
- . Les substances ou aliments diététiques, les produits contre l'obésité.
- . Les médicaments homéopathiques.
- . Les médicaments administrés principalement à titre préventif; aux fins de cette exclusion, un médicament servant à stabiliser ou régulariser un état pathologique diagnostiqué par un médecin n'est pas considéré un médicament préventif.
- . Les produits contre la calvitie, les rides ou tout autre traitement administré principalement à des fins esthétiques.
- . Les produits antitabac non couverts par le Régime général d'assurance médicaments.
- . Les médicaments ou substances servant au traitement de l'infertilité ou de l'impuissance.
- . Toute substance utilisée dans le but d'insémination, gelées et mousses à but contraceptif.
- . Les médicaments fournis au cours d'une hospitalisation.
- . Les traitements ou médicaments à titre expérimental.

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

Enfin, advenant l'approbation par Santé Canada d'un nouveau médicament pouvant affecter le coût de la garantie de façon importante, l'Assureur se réserve le droit d'exclure ledit médicament de la garantie s'il ne fait pas partie de la liste de la Régie de l'assurance maladie du Québec ou de modifier la prime à compter de la date de l'approbation.

3. Autres frais admissibles

Les fournitures et services suivants sont admissibles pourvu qu'ils soient médicalement requis, prescrits par un médecin et nécessaires au traitement de l'assuré.

Les frais suivants sont remboursés selon le pourcentage de coassurance, la franchise et les maximums prévus au Sommaire des garanties.

- Les frais d'achat d'un **stérilet**.

- Les honoraires pour des soins médicaux rendus au domicile de l'adhérent, par des **infirmiers** ou des **infirmiers auxiliaires** membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative, à l'exclusion de toute personne qui réside habituellement à la maison de l'adhérent ou qui fait partie de sa famille.
- Les frais pour **oxygène, sang, plasma sanguin et transfusion**, de même que les frais pour **radiographies et analyses de laboratoire** aux fins de prévention ou de diagnostic effectués à l'extérieur du centre hospitalier, à l'exception des frais pour la conservation ou la congélation de sang et plasma.
- Les frais de location ou d'achat d'un modèle de base, lorsque ce dernier mode est jugé plus économique par l'Assureur, d'un **fauteuil roulant**, d'un **lit d'hôpital** ou d'**autres appareils thérapeutiques**.
- Les frais d'achat d'un **membre** ou d'un **oeil artificiel**, de location ou d'achat, selon le cas, de **supports, corsets, bandes herniaires, plâtres, béquilles** ou d'**autres équipements orthopédiques**.
- Les frais d'achat d'un **appareil auditif**.
- Les honoraires d'un **dentiste** à la suite d'un accident survenu en cours d'assurance, pour le traitement d'une mâchoire fracturée ou de lésions à des dents saines, naturelles et vivantes. Cependant, s'il existe plus d'un type de traitement pour la condition dentaire de l'assuré, l'Assureur rembourse les frais pour le traitement normal et approprié le moins cher.
- Les frais d'achat d'un **neurostimulateur percutané** pour les nerfs seulement.
- Les frais de transport par **ambulance** au centre hospitalier le plus proche pouvant fournir les soins requis, y compris le transport aérien en cas d'urgence.
- Les frais d'achat d'un appareil destiné au contrôle du diabète (**glucomètre, dextromètre ou tout appareil du même genre**) et de la mallette permettant son déplacement, sur présentation d'un rapport complet du médecin traitant attestant que l'assuré est insulino-dépendant.
- Le coût initial ou le coût de remplacement de **chaussures orthopédiques** fabriquées sur mesure pour l'assuré, par un laboratoire orthopédique spécialisé licencié en vertu des lois provinciales applicables.
- Les frais d'achat de **chaussures profondes**, vendues par un laboratoire orthopédique spécialisé licencié en vertu des lois provinciales applicables.
- Les frais d'achat d'**orthèses podiatriques** ou **supports plantaires** ajoutés à des chaussures ordinaires, fabriqués par un laboratoire ou un établissement spécialisé détenteur de tous les permis d'usage dans la province de résidence de l'assuré.
- Les frais d'achat ou de remplacement d'une **prothèse mammaire externe** par suite d'une mastectomie radicale, en excédent du montant versé par le régime gouvernemental.
- Les frais d'achat de **soutiens-gorge chirurgicaux** vendus par un laboratoire spécialisé, requis à la suite d'une mastectomie radicale.
- Les frais d'achat d'une **prothèse capillaire** à la suite de traitements de chimiothérapie.

- Les frais d'achat de **bas de contention**.
- Les frais d'occupation d'une chambre, repas compris, pendant au moins 12 heures consécutives, dans un **centre de réadaptation** au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et excédant les frais payables par un régime étatique d'assurance, pourvu que l'assuré soit admis dans un tel centre moins de 14 jours après la fin de son hospitalisation et que l'hospitalisation ait débuté en cours d'assurance.
- Lorsqu'un assuré âgé de moins de 65 ans doit recevoir des **traitements spéciaux non offerts dans sa province de résidence**, l'Assureur rembourse les frais médicaux et hospitaliers aux conditions suivantes :
 - . Les traitements doivent être recommandés par un médecin, doivent être approuvés par l'Association médicale canadienne et doivent être acceptés par la Régie de l'assurance maladie du Québec et l'Assureur. Les traitements de nature expérimentale sont exclus. Nous entendons par « traitement », une série d'actes effectués par le même praticien à l'intérieur d'une période de 24 mois consécutifs.
 - . Les soins ne sont pas offerts dans la province de résidence, c'est-à-dire que la demande ne résulte pas d'un manque de disponibilité temporaire pour de tels soins.
 - . Les soins hors Canada sont admissibles seulement si ces soins ne sont pas offerts ni dans la province de résidence, ni ailleurs au Canada.
- Les frais d'**échographies**, effectuées à l'extérieur d'un centre hospitalier.

Professionnels de la santé

Les frais suivants sont remboursés selon le pourcentage de coassurance, la franchise et les maximums prévus au Sommaire des garanties pour les « Autres frais admissibles ».

Les fournitures et services suivants sont admissibles pourvu qu'ils soient médicalement requis, prescrits par un médecin et nécessaires au traitement de l'assuré.

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

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

- Les honoraires d'**ergothérapeutes**.
- Les honoraires d'**orthophonistes**.
- Les honoraires d'**audiologistes**.
- Les honoraires de **physiothérapeutes** et de **thérapeutes en réadaptation physique** sous supervision d'un physiothérapeute ou d'un physiatre.
- Les honoraires de **psychiatres**, **psychanalystes en clinique externe** et **psychologues**. Les services de psychiatres qui sont remboursés, sont uniquement ceux rendus comme traitements de psychanalyse et dans la mesure où ces professionnels font partie de la Société canadienne de psychanalyse.
- Les honoraires de **diététistes**.

- Les honoraires de **chiropraticiens** et les **radiographies de chiropraticiens**.
- Les honoraires de **podiatres**.
- Les honoraires d'**ostéopathes**.
- Les honoraires de **naturopathes**.
- Les honoraires d'**acupuncteurs**.
- Les honoraires d'**homéopathes**.

4. Exclusions et réduction – Assurance maladie

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

(Les exclusions suivantes s'appliquent, sauf si la protection est indiquée à votre brochure).

- Pour des vaccins préventifs.
- Pour des prothèses dentaires, sauf pour l'achat initial si nécessaires par suite d'un accident.
- Pour des lunettes, verres de contact et une chirurgie au laser.
- Pour des appareils auditifs ou leur ajustement.
- Pour des injections sclérosantes.
- Pour des injections dans le cadre d'une cure d'amaigrissement.
- Pour des traitements ou des prothèses à des fins esthétiques, sauf à la suite d'un accident.
- Pour une chirurgie à des fins esthétiques, sauf à la suite d'un accident.
- Pour des soins prodigués principalement aux fins d'esthétique, les lunettes de protection ou de soleil et les soins prodigués gratuitement.
- Pour tout produit ou service non médicalement requis.
- Pour des prothèses capillaires, sauf à la suite de traitements de chimiothérapie.
- Pour un examen de l'ouïe.
- Pour un examen de la vue.
- En raison d'une blessure ou d'une mutilation que l'assuré s'est infligée volontairement, qu'il soit sain d'esprit ou non.
- Pour des soins et services administrés par un membre de la famille de l'assuré ou par une personne qui réside avec ce dernier.
- Pour un examen médical périodique, ou pour un examen médical aux fins d'emploi, aux fins d'admission à une institution scolaire, aux fins d'assurance ou pour voyage de santé.
- Pour une condition survenue alors que l'assuré est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays.
- En raison d'une guerre déclarée ou non, ou de participation active à une insurrection réelle ou appréhendée.
- Pour une condition survenue lors de sa participation à un acte criminel ou réputé tel.
- Pour tous frais relatifs à l'insémination.
- Pour tous frais relatifs au traitement de l'infertilité.
- Pour tout soin, service ou fourniture de nature expérimentale.
- Pour tout ticket modérateur, franchise ou coassurance exigé par tout régime public sur des produits et services admissibles en vertu de la présente garantie.

Les exclusions de la garantie d'assurance maladie s'appliquent également à la garantie d'assurance voyage.

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

Également, sont exclus les frais engagés pour des soins, des services ou des fournitures pour lesquels l'assuré n'est pas tenu de payer, qu'il ne serait pas tenu de payer s'il s'était prévalu des dispositions de tout régime public ou ne serait pas tenu de payer en l'absence de la présente garantie.

GARANTIE D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES

Franchise, coassurance et maximum de remboursement

L'Assureur paie à l'assuré les frais admissibles selon le pourcentage de coassurance et jusqu'à concurrence des maximums prévus au **Sommaire des garanties**.

Le remboursement est effectué après déduction d'une franchise annuelle, le cas échéant, telle que prévue au **Sommaire des garanties**.

Pour la première année d'assurance, la franchise est proportionnelle au nombre de mois entre la date d'entrée en vigueur et la fin de l'année civile, à moins d'entente différente entre l'Assureur et le Preneur.

De plus, pour la première année d'assurance, les maximums sont proportionnels au nombre de mois entre la date d'entrée en vigueur et la fin de l'année civile dans le cas d'un groupe qui n'était pas assuré pour cette garantie en vertu du contrat antérieur.

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

Service de paiement automatisé

Si l'option service de paiement automatisé est retenue au **Sommaire des garanties**, l'adhérent peut se servir de la carte de services pour le paiement automatisé des soins dentaires (Voir : Demande de prestations).

Report de franchise

Si cette option est retenue au **Sommaire des garanties**, toute franchise ou partie de franchise qui a été déduite des frais subis au cours du dernier trimestre d'une année civile est déduite de la franchise applicable pour l'année suivante.

1. Frais admissibles

Veuillez consulter le **Sommaire des garanties** pour connaître les modules qui ont été retenus à votre protection d'assurance et pour lesquels les frais sont admissibles à un remboursement.

Les frais admissibles sont les frais raisonnablement engagés, recommandés par un dentiste et justifiés par la pratique courante de l'art dentaire pour les soins décrits ci-après, et dont le coût n'excède pas les tarifs du guide de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec, en vigueur au moment où les soins sont rendus pour l'année indiquée au **Sommaire des garanties**.

Les codes utilisés dans la description des frais admissibles proviennent du document intitulé « Guide des tarifs et nomenclature des actes buccodentaires 2013 » approuvé par l'Association des chirurgiens dentistes du Québec. Pour les années subséquentes, ces codes seront remplacés par leur équivalent dans les documents ultérieurs approuvés par l'Association. Tout nouveau numéro de code d'acte dentaire relatif aux frais décrits ci-après, qui s'ajoute pendant la durée du contrat, est considéré comme faisant partie intégrante de la description des frais admissibles en vertu du présent contrat.

Module A) Soins préventifs

DIAGNOSTIC

Examen buccal clinique :

- examen complet, jusqu'à concurrence d'un examen par période indiquée au **Sommaire des garanties** : 01110, 01120, 01130, 01600, 01700
- examen de rappel ou périodique, jusqu'à concurrence d'un examen par période indiquée au **Sommaire des garanties** : 01200
- 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
- examen d'urgence (examen et diagnostic en raison d'une douleur aiguë et/ou d'une infection) : 01300
- examen d'un aspect particulier : 01400
- examen parodontal complet, jusqu'à concurrence d'un examen par période de 36 mois consécutifs : 01500

Limitation : un seul examen de rappel, périodique ou complet par période indiquée au **Sommaire des garanties** est couvert.

Radiographies intra-orales :

- radiographie périapicale : 02111 à 02116
- radiographie occlusale : 02131, 02132
- radiographie interproximale : 02141 à 02144
- radiographie des tissus mous : 02151, 02152

Radiographies extra-orales :

- pellicule extraorale : 02201, 02202
- radiographie, sinus : 02304
- radiographie, sialographie : 02400
- substance radio-opaque : 02430
- radiographie, ATM : 02504
- radiographie panoramique : 02600
- tomographie : 02920, 02929

Limitation : une séance de radiographies sera remboursable par période indiquée au **Sommaire des garanties**, à l'exception de la séance de radiographies effectuées lors d'un examen d'urgence. De plus, la série complète de pellicules périapicales et interproximales ne sera remboursable qu'une fois par période de 36 mois consécutifs.

PRÉVENTION

- prophylaxie (polissage de la partie coronaire des dents ou des implants), jusqu'à concurrence d'un traitement par période indiquée au **Sommaire des garanties** : 11100, 11200, 11300
- fluorure, traitement (application topique de fluorure pour une personne à charge âgée de 16 ans et moins), jusqu'à concurrence d'un traitement par période de indiquée au **Sommaire des garanties** : 12400
- finition d'obturation : 13300

- ablation de surplus de matériau obturateur sous-gingival nécessitant anesthésie, sans lambeau, par dent : 13301
- scellants de puits et de fissures pour une personne à charge âgée de 14 ans et moins : 13401, 13404
- meulage interproximal des dents (par dent) : 13700
- améloplastie, par dent : 13715
- détartrage parodontal, jusqu'à concurrence d'un traitement par période indiquée au **Sommaire des garanties** : 43411 à 43414, 43417, 43419

Module B) Restauration de base

RESTAURATION

Dents primaires :

- amalgame conventionnel, antérieure ou postérieure : 21101 à 21105
- amalgame lié par mordançage, antérieure ou postérieure : 21121 à 21125
- composite, antérieure primaire : 23311 à 23315
- composite, postérieure primaire : 23411 à 23415

Dents permanentes :

- amalgame conventionnel, antérieure et prémolaire : 21211 à 21215
- amalgame conventionnel, molaire : 21221 à 21225
- amalgame lié par mordançage, antérieure et prémolaire : 21231 à 21235
- amalgame lié par mordançage, molaire permanente : 21241 à 21245
- composite, antérieure : 23111 à 23115, 23118
- facette, antérieure et prémolaire : 23121, 23122, 23124
- composite, prémolaire, jusqu'à concurrence du montant payable pour une prémolaire en amalgame lié par mordançage : 23210 à 23215
- composite, molaire, jusqu'à concurrence du montant payable pour une molaire en amalgame lié par mordançage : 23220 à 23225
- tenon pour restauration (en amalgame ou en composite) : 21301 à 21304

Autres services de restauration :

- supplément pour une obturation sous la structure d'un appareil ou d'une prothèse partielle amovible existante, par restauration : 21601

CHIRURGIE BUCCALE

- ablation d'une dent ayant fait éruption (sans complication) : 71101, 71111, 71121
- ablation d'une dent ayant fait éruption (complexe) : 72100, 72110
- ablation d'une dent incluse : 72210, 72220, 72230, 72240
- racines résiduelles : 72300, 72310, 72320
- fragment de dent, exérèse : 72350
- exposition chirurgicale d'une dent : 72410 à 72412
- déplacement chirurgical d'une dent : 72430, 72440
- énucléation : 72450
- alvéolectomie : 73020
- alvéoloplastie : 73100, 73110
- stomatoplastie : 73123
- ostéoplastie : 73133 à 73135, 73140

- tubéroplastie : 73150, 73151
- ablation de tissu hyperplasique : 73171 à 73176
- ablation de surplus de muqueuse : 73181 à 73186
- reconstruction du procès alvéolaire, avec un matériau synthétique biocompatible : 73360, 73361
- extension des replis muqueux avec épithélialisation secondaire (incluant vestibuloplastie) : 73381 à 73384
- extension des replis muqueux avec greffe muqueuse ou épidermique : 73401 à 73404
- ablation d'une tumeur : 74108, 74109
- ablation et curetage d'un kyste ou d'un granulome intra-osseux : 74408 à 74410
- incision et drainage chirurgicaux : 75100, 75101, 75110
- corps étranger, ablation : 75301, 75361
- frénectomie : 77801 à 77803
- hémorragie, contrôle : 79400, 79401

SERVICES GÉNÉRAUX

- anesthésie locale aux fins de diagnostic : 04470, 04471
- sédation consciente par inhalation ou voie intraveineuse : 92311 à 92318, 92331 à 92338
- visite professionnelle : 94100, 94200, 94400
- Sédation consciente par voie orale nécessitant la surveillance des soins : 92421 à 92429

Module C) Restauration majeure

ENDODONTIE

Carie/trauma/contrôle de la douleur :

- pansement sédatif : 20111, 20121
- meulage et polissage d'une dent traumatisée : 20131
- collage/cimentation d'un fragment de dent brisée : 20161
- supplément pour un traitement endodontique à travers une couronne métal et/ou porcelaine : 32101
- Tentative infructueuse de compléter un traitement de canal dû à sa complexité : 32102

Urgence endodontique :

- pulpotomie : 32201, 32202, 32210
- ouverture et drainage (acte d'urgence distinct du traitement de canal) : 39201, 39202
- pulpectomie (acte d'urgence distinct du traitement de canal) : 39901 à 39904
- traumatisme endodontique : 39970
- réimplantation d'une dent avulsée : 39981
- reposition d'une dent déplacée par traumatisme : 39985

Traitements endodontiques généraux :

- préparation d'une dent en vue d'un traitement : 39100, 39110, 39120

Thérapie canalaire :

- traitement de canal : 33100 à 33102, 33110 à 33112, 33200 à 33202, 33210 à 33212, 33300 à 33302, 33310 à 33312, 33400 à 33402, 33410 à 33412, 33475
- apexification : 33521 à 33524, 33531 à 33534, 33541 à 33544
- réparation de perforation : 34511

Chirurgie endodontique périapicale :

- apéctomie : 34101 à 34104
- apéctomie et traitement de canal conjoints, avec ou sans obturation rétrograde : 34111, 34112, 34114, 34115
- apéctomie et retraitement de canal conjoints, avec ou sans obturation rétrograde : 34171, 34172, 34174, 34175
- apéctomie et obturation rétrograde : 34201 à 34203, 34212, 34215
- amputation de racine : 34401, 34402
- réimplantation intentionnelle : 34451 à 34453
- hémisection : 39230

Blanchiment :

- dent dévitalisée, effectué au cabinet par le dentiste, jusqu'à concurrence d'un maximum global de 10 séances par année civile, par assuré : 39410
- dent vivante, effectué au cabinet par le dentiste, jusqu'à concurrence d'une séance par année civile, par assuré, pour toutes les dents : 97101 et 97102

PARODONTIE

Urgence parodontale :

- traitement d'une infection ou d'une inflammation aiguë : 41200
- désensibilisation, jusqu'à concurrence d'un maximum global de 10 applications par année, par assuré, pour toutes les dents : 41300

Services parodontaux, chirurgicaux :

- surfaçage radiculaire : 42000, 42001
- excision de tissu gingival en vue d'une restauration (y compris l'hémostase et/ou la rétraction de tissus) : 42002
- gingivoplastie et/ou gingivectomie : 42003, 42010
- fibrotomie : 42330, 42331
- greffe autogène, tissu mou : 42200, 42300, 42301, 42560, 42561, 42565
- greffe gingivale au moyen d'un greffon allogène ou xénogène : 42570, 42575
- chirurgie parodontale, approche par lambeau : 42100, 42441, 42451
- greffe, tissu osseux : 42611, 42700, 42711
- chirurgie parodontale, actes divers : 42400, 42720

Traitements parodontaux d'appoint :

- jumelage ou ligature : 43200, 43211, 43212, 43260
- jumelage avec appui métallique coulé lié par la méthode du mordantage à l'acide : 43290
- ablation ou recimentation de jumelage : 43295
- équilibrage de l'occlusion : 43300, 43310
- appareil parodontal (pour contrôler le bruxisme) : 43611, 43612, 43622, 43631
- appareil intra-oral pour l'articulation temporo mandibulaire (plaque occlusale) : 43711, 43712, 43732, 43741
- irrigation parodontale sous-gingivale : 49211
- application intra-sulculaire d'agent antimicrobien et/ou chimiothérapeutique à dégradation lente : 49221, 49229

PROTHÈSES AMOVIBLES

Prothèses, services complémentaires :

- ajustements mineurs : 54250, 54251
- remontage et équilibrage d'une prothèse complète ou partielle : 54300 à 54302
- réparation sans empreinte : 55101 à 55104
- réparation avec empreinte : 55201 à 55204
- ajout 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
- regarnissage d'une prothèse complète ou partielle : 56200, 56201, 56210, 56211, 56220 à 56222, 56230 à 56232
- rebasage d'une prothèse complète ou partielle : 56260 à 56263, 56280, 56290
- garnissage temporaire thérapeutique : 56270 à 56273

Ces services dentaires seront remboursables à la condition qu'ils soient effectués plus de 6 mois après la mise en bouche de ladite prothèse et qu'il se soit écoulé au moins 36 mois consécutifs depuis le dernier regarnissage ou rebasage, selon le cas. Toutefois, ces services ne seront pas remboursables, s'ils sont prodigués sur une prothèse temporaire (de transition).

Module D) Restauration complexe

MODÈLES DE DIAGNOSTIC

- non monté, maxillaire supérieur : 04501
- non monté, maxillaire inférieur : 04502
- montés : 04510, 04520

RESTAURATION

- aurification : 24101, 24102
- incrustation en métal : 25100, 25200, 25300, 25500
- incrustation en porcelaine, en résine ou en céramique : 25121 à 25123, 25521
- tenons de rétention dans l'incrustation : 25601 à 25604
- couronnes complètes préfabriquées : 22201, 22202, 22211, 22311, 22401, 22411, 22501, 22511

PROTHÈSES FIXES

Couronne individuelle :

- acrylique cuit : 27100
- intermédiaire en acrylique (de transition) : 27130, 27140, 27150
- porcelaine, acrylique, céramique, résine ou métal : 27200, 27210, 27300, 27310
- actes complémentaires : 27401, 27501, 27503, 28211
- corps coulé : 27640, 27700, 27701, 27707, 27710, 27711
- Ablation d'un pivot ou d'un corps coulé cimentés : 27731 à 27734, 27739

Autres services de restauration :

- réparation d'une couronne ou d'une facette : 27721 à 27723
- recimentation et/ou ablation : 29100, 29200
- ablation d'une incrustation, d'une couronne non préfabriquée ou d'une facette (acte distinct de la préparation d'une nouvelle restauration), première unité de temps et chaque unité de temps additionnelle : 29301, 29302
- pivot préfabriqué et reconstitution : 29501 à 29503
- reconstitution d'une dent en prévision d'une couronne : 29600

PROTHÈSES AMOVIBLES

- prothèse complète standard ou équilibrée : 51100, 51110, 51120, 51201 à 51203
- prothèse complète immédiate ou de transition : 51300, 51310, 51320, 51600, 51610, 51620
- prothèse complète hybride standard ou équilibrée : 51701 à 51703, 51711 à 51713
- prothèse partielle, immédiate ou de transition, avec ou sans crochet : 52101 à 52103
- prothèse partielle, de transition, de type gouttière avec dent(s), maxillaire supérieur et inférieur : 52104, 52105
- prothèse partielle permanente : 52120 à 52124, 52129, 52230 à 52232
- prothèse partielle, base coulée, alliage chrome-cobalt, appuis et crochets coulés et/ou façonnés avec ou sans selle libre : 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 : 52531, 52532, 52542, 52543
- 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
- réfection d'une prothèse partielle (lorsque la structure métallique ou le squelette est conservé) : 56411 à 56413

PONTS FIXES

- pontique : 62000, 62100, 62502, 62510, 62600, 62700, 62702, 62801
- pont Papillon (Rochette) ou Maryland : 65500
- pont Monarch : 65510

PONTS FIXES, SERVICES COMPLÉMENTAIRES

- sectionnement d'un pilier ou d'un pontique et polissage de la partie restante : 63031
- ablation, pont fixe : 66600, 66601
- Ablation d'un pont ne devant pas être recimenté (acte distinct de la préparation d'un nouveau pilier de pont), première unité de temps et chaque unité de temps additionnelle : 66611, 66612
- recimentation, pont fixe : 66620
- réparation, pont fixe : 66710, 66720, 66723
- pilier de pont : 67100, 67101, 67105, 67107, 67200, 67210, 67410, 67600
- pilier, incrustation : 67711 à 67713, 67721 à 67723
- attache de semi-précision ou de précision, jusqu'à concurrence d'un remboursement par période de 5 années consécutives : 69300
- recimentation d'une couronne ou d'un pont sur implant : 69848

RESTRICTIONS CONCERNANT LES PROTHÈSES AMOVIBLES, LES PROTHÈSES FIXES ET LES PONTS FIXES

- L'achat d'une prothèse ou d'un pont fixe ne peut être remboursé que si l'extraction qui a rendu cet achat nécessaire a eu lieu pendant que la personne était assurée en vertu de la présente garantie.
- Le remplacement d'une prothèse ou d'un pont fixe ou l'addition de dents à une prothèse amovible ou à un pont fixe seront remboursables à la condition qu'il soit prouvé de façon satisfaisante :
 - . que le remplacement ou l'addition de dents est nécessaire par suite de l'extraction de dents après la pose initiale de la prothèse ou du pont fixe; ou,
 - . que la prothèse ou le pont fixe ne peut être réparé et, si cette prothèse ou ce pont fixe a été mis en bouche alors que la présente garantie de soins dentaires était en vigueur, qu'il se soit écoulé au moins 5 ans avant le remplacement.
- Le remplacement d'une prothèse ou d'un pont fixe est remboursable jusqu'à concurrence du remboursement prévu pour une prothèse ou un pont fixe équivalant à celle ou celui que la personne possédait avant le premier remplacement ayant fait l'objet d'un remboursement pour cette même prothèse ou ce même pont fixe.
- Lorsque des prothèses fixes servent de piliers à un pont fixe, ces prothèses fixes sont remboursables selon les mêmes conditions que les ponts fixes.
- Les prothèses sur implants sont payables selon le montant d'une prothèse standard équivalente, conformément aux dispositions du présent contrat. Toutefois, les implants ainsi que les chirurgies reliées aux implants ne sont pas admissibles.

Module E) Orthodontie

- examen spécifique et diagnostique d'orthodontie : 01902
- radiographie céphalométrique : 02701, 02702
- radiographie, main et poignet (comme aide diagnostique au traitement dentaire) : 02915
- examen complet d'orthodontie : 80000
- ajustement, modification ou recimentation (appareil fixe ou amovible) : 80630, 80640, 80650, 80671 à 80673
- correction des habitudes buccales : 14045, 14050, 14100 à 14102, 14201, 14202, 14300
- appareils de maintien d'espace : 15108 à 15111, 15120, 15200, 15210, 15400, 15410, 15420
- appareils amovibles : 81102, 81103, 81105, 81106, 81110, 81111, 81115, 81116, 81125, 81126, 81130, 81131, 81161, 81162
- appareils orthopédiques : 81171 à 81175
- appareils fixes : 81201 à 81214, 81221, 81222, 81261, 81271, 81291 à 81294
- appareils de rétention : 83100, 83111, 83112, 83200, 83210
- orthodontie majeure : 84000, 84500, 84600, 89600
- urgences orthodontiques : 80801

2. Exclusions et réduction – Assurance soins dentaires

Sont exclus de la présente garantie et aucun remboursement n'est effectué par l'Assureur pour les traitements dentaires suivants :

- Les traitements dentaires gratuits ou que l'assuré n'est pas tenu de payer ainsi que ceux qu'il ne serait pas tenu de payer, s'il s'était prévalu des dispositions de tout régime public ou privé, individuel ou collectif, auquel l'assuré pouvait être admissible, ou ne serait pas tenu de payer en l'absence du présent contrat.
- Les traitements dentaires pour lesquels l'assuré a droit à un remboursement en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, de la Loi sur l'assurance automobile du Québec ou de toute autre Loi canadienne ou étrangère au même effet; les traitements dentaires payables par une garantie d'assurance maladie à laquelle l'assuré a adhéré.
- Les traitements et articles dentaires qui, d'après les normes reconnues de l'art dentaire, ne sont pas requis au point de vue dentaire ou qui ne répondent pas aux normes reconnues de l'art dentaire.
- Les traitements dentaires effectués principalement aux fins d'esthétique, y compris notamment la transformation ou l'extraction et le remplacement de dents saines en vue d'en modifier l'apparence.
- Les traitements dentaires nécessités par suite de blessure que l'assuré s'est infligée volontairement, qu'il soit sain d'esprit ou non, ou par suite de guerre, ou de participation active à une insurrection réelle ou appréhendée.
- Les honoraires facturés par un dentiste pour un rendez-vous non respecté par l'assuré ou pour remplir des formulaires de demande de prestations requis par l'Assureur, ou pour des informations additionnelles requises par l'Assureur; également pour le temps de déplacement, le coût de son transport et les conseils donnés par tout moyen de télécommunication.
- Les honoraires facturés par un dentiste pour un plan de traitement, soit le temps supplémentaire d'explication dû à la complexité du traitement, ou lorsque l'assuré exige ce temps supplémentaire en explication, ou lorsque le matériel diagnostique provient d'une autre source; pour consultation avec l'assuré; pour consultation avec un autre dentiste.
- Les honoraires facturés par un dentiste pour l'analyse d'une diète alimentaire et les recommandations pour l'instruction initiale ainsi que la reprise des conseils d'hygiène buccale et pour un programme de contrôle de la plaque dentaire; pour tous protecteurs buccaux.
- Les implants dentaires ainsi que les chirurgies reliées aux implants.
- Les frais engagés alors que la présente garantie n'était pas en vigueur.

GARANTIE D'ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE

Sur réception et approbation par l'Assureur des preuves établissant qu'un adhérent est devenu invalide en vertu du contrat et après épuisement du délai de carence, l'Assureur verse une rente hebdomadaire définie ci-dessous.

1. Délai de carence

Le délai de carence est la période commençant au début de l'invalidité totale et pendant laquelle aucune prestation n'est payable. Cette période est indiquée au **Sommaire des garanties**.

Si la chirurgie d'un jour est retenue au **Sommaire des garanties**, les cas de patient admis dans une unité de chirurgie d'un jour ou de médecine de jour, quelle que soit la durée d'admission, sont considérés comme une hospitalisation.

2. Période et montant de la prestation

Le premier versement de prestations est payable à compter du 7^e jour suivant l'épuisement du délai de carence défini plus haut et les versements suivants sont effectués à toutes les semaines par la suite. Le droit aux prestations cesse à la première des éventualités suivantes :

- L'expiration de la période maximale de prestations telle que prévue au **Sommaire des garanties**. Si l'intégration à l'assurance-emploi est retenue au **Sommaire des garanties**, la période maximale inclut le nombre de semaines durant lesquelles des prestations sont payables en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi.
- La date de mise à la retraite de l'adhérent.
- La fin de l'invalidité totale.
- Le défaut de produire les preuves de persistance de l'invalidité satisfaisantes à l'Assureur.
- Le refus de se soumettre à un examen médical tel que demandé par l'Assureur.
- Le décès de l'adhérent.
- La cessation des soins réguliers et personnels d'un médecin, à la satisfaction de l'Assureur.

Le montant de la prestation est égal au pourcentage du salaire hebdomadaire de l'adhérent au début de la période d'invalidité indiqué au **Sommaire des garanties**. Cette prestation est sujette aux maximums prévus au **Sommaire des garanties** et réduite de la somme des montants suivants :

- a) Les prestations de rente d'invalidité en vertu du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada auxquelles l'adhérent a droit, et ce, avant tout partage ou retenue de quelque nature que ce soit ou auxquelles l'adhérent aurait droit si une demande avait été faite et approuvée, à moins qu'une preuve en bonne et due forme ne soit soumise à l'Assureur démontrant qu'une telle demande a été refusée.

Un adhérent invalide qui a droit à la rente d'invalidité de la Régie des rentes du Québec et qui demande sa rente de retraite de la Régie est présumé recevoir la rente d'invalidité qu'il aurait reçue s'il en avait fait la demande ou qu'il aurait continué de recevoir s'il n'avait pas demandé sa rente de retraite.

- b) Les prestations reliées à l'invalidité en vertu de la Loi sur l'assurance automobile du Québec qui sont effectivement payées ou qui seraient payées à l'adhérent si une demande avait été faite et approuvée, à moins qu'une preuve en bonne et due forme ne soit soumise à l'Assureur démontrant qu'une telle demande a été refusée.
- c) Les prestations, indemnités ou revenus reçus par l'adhérent et provenant de l'employeur; d'un régime de retraite de l'employeur.
- d) Si l'option « prestations supplémentaires à l'assurance-emploi » est retenue au **Sommaire des garanties**, les prestations en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi en raison d'accident ou de maladie auxquelles l'adhérent a droit ou auxquelles l'adhérent aurait droit si une demande avait été faite et approuvée, à moins qu'une preuve en bonne et due forme ne soit soumise à l'Assureur démontrant qu'une telle demande a été refusée.

Dans tous les cas de réduction du montant de la prestation mentionnés aux articles a) et b), l'adhérent a l'obligation de présenter une telle demande de prestations d'invalidité auprès de l'autorité concernée si l'Assureur l'exige et tout défaut de s'exécuter de l'adhérent entraînera la réduction du montant de la prestation telle que décrite dans ces articles.

De plus, la somme des prestations d'assurance invalidité décrites ci-dessus et des revenus initiaux provenant d'autres sources ne peut excéder le pourcentage indiqué au **Sommaire des garanties** du salaire net de l'adhérent au début de son invalidité si la protection est non imposable ou du salaire brut si la protection est imposable.

À cette fin, les revenus suivants sont considérés comme revenus provenant d'autres sources :

- Revenus d'invalidité provenant :
 - . De la Loi sur l'assurance automobile du Québec ou de toute autre législation similaire ou au même effet lorsque ces lois ne tiennent pas compte des prestations payables en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi dans leur calcul de prestations.
 - . Du Régime de rentes du Québec et du Régime de pensions du Canada (montant initial de rente seulement).
 - . De toute autre loi à caractère social excluant les prestations reçues en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi.
 - . De tout autre régime d'assurance collective privé ou public, y compris tout régime supplémentaire de rente auquel l'employeur contribue.
- Toute rémunération reçue de l'employeur (exception faite des sommes reçues dans le cadre d'un programme de réadaptation).

De plus, aux fins de calcul des revenus d'autres sources, un adhérent invalide qui a droit à la rente d'invalidité de la Régie des rentes du Québec et qui demande sa rente de retraite de la Régie est présumé recevoir la rente d'invalidité qu'il aurait reçue s'il en avait fait la demande ou qu'il aurait continué de recevoir s'il n'avait pas demandé sa rente de retraite.

3. Exclusions et réduction – Assurance invalidité de courte durée

Aucune indemnité n'est payable :

a) Si l'invalidité totale survient dans les cas suivants :

- En raison d'une guerre déclarée ou non, de sa participation active à une insurrection réelle ou appréhendée.
- En raison d'une blessure ou d'une mutilation que l'adhérent s'est infligée volontairement, qu'il soit sain d'esprit ou non.
- Lors de sa participation à un acte criminel ou réputé tel.
- En raison d'une cessation de travail pour subir une chirurgie plastique effectuée uniquement à des fins esthétiques, à moins qu'elle ne s'avère nécessaire à la suite d'une maladie ou d'une blessure.
- Pour une condition survenue alors que l'adhérent est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays.
- En raison d'alcoolisme ou de toxicomanie, sauf s'il s'agit d'une période d'invalidité pendant laquelle l'adhérent reçoit des traitements ou des soins médicaux continus dans le cadre d'une désintoxication ou de sa réadaptation auprès d'un établissement spécialisé à cet effet.

b) À l'égard d'une invalidité totale durant laquelle l'adhérent est dans l'une des situations suivantes :

- Congé de maternité pris conformément à une loi provinciale ou fédérale ou un congé de maternité accordé par l'employeur; ledit congé est réputé débuter à la date prévue du départ ou à la date de l'accouchement, selon la première éventualité.
- Période pour laquelle l'adhérente reçoit des prestations de maternité en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi ou de la Loi sur l'assurance parentale.

c) Durant une période où l'adhérent exerce une occupation rémunératrice, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation.

d) Si l'adhérent opte pour sa mise à la retraite.

e) Durant une période où l'adhérent refuse de participer à un programme de réadaptation ou d'exercer un emploi de réadaptation que l'Assureur juge approprié.

f) Durant une période où l'adhérent, couvert par la Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles, est admissible à une rente en vertu de ladite Loi.

g) Si l'intégration à l'assurance-emploi est retenue au **Sommaire des garanties**, le paiement de toute prestation d'invalidité est suspendu aussi longtemps que l'adhérent a droit à des prestations en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi.

4. Supplément aux prestations de l'assurance-emploi ou de l'assurance parentale en raison de grossesse

Lorsqu'une adhérente autrement admissible à des prestations est visée par l'exclusion b) de la présente garantie et qu'elle reçoit des prestations d'assurance-emploi ou de l'assurance parentale en raison de grossesse, l'Assureur verse un supplément calculé comme étant la différence entre

le montant des prestations d'assurance-emploi ou de l'assurance parentale et le montant auquel elle aurait eu droit si l'exclusion prévue au point b) ne s'était pas appliquée.

GARANTIE D'ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Sur réception et approbation par l'Assureur des preuves établissant qu'un adhérent est devenu invalide en vertu du contrat et après épuisement du délai de carence, l'Assureur verse une rente mensuelle définie ci-dessous.

1. Délai de carence

Le délai de carence est la période commençant au début de l'invalidité totale et pendant laquelle aucune prestation n'est payable. Cette période est indiquée au **Sommaire des garanties**.

2. Période et montant de la prestation

Le premier versement de prestations est payable à compter du 31^e jour suivant l'épuisement du délai de carence défini plus haut et les versements suivants sont effectués mensuellement par la suite. Le droit aux prestations cesse à la première des éventualités suivantes :

- Le dernier jour de la semaine au cours de laquelle l'adhérent atteint la période maximale de prestations indiquée au **Sommaire des garanties**.
- La date de mise à la retraite de l'adhérent.
- La fin de l'invalidité totale.
- Le défaut de produire les preuves de persistance de l'invalidité satisfaisantes à l'Assureur.
- Le refus de se soumettre à un examen médical tel que demandé par l'Assureur.
- Le décès de l'adhérent.

Le montant de la prestation est égal au pourcentage du salaire mensuel de l'adhérent au début de la période d'invalidité indiqué **Sommaire des garanties**. Cette prestation est sujette aux maximums prévus au **Sommaire des garanties** et réduite de la somme des montants suivants :

- a) Les prestations de rente d'invalidité en vertu du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada auxquelles l'adhérent a droit, et ce, avant tout partage ou retenue de quelque nature que ce soit ou auxquelles l'adhérent avait droit si une demande avait été faite et approuvée, à moins qu'une preuve en bonne et due forme ne soit soumise à l'Assureur démontrant qu'une telle demande a été refusée.

Un adhérent invalide qui a droit à la rente d'invalidité de la Régie des rentes du Québec et qui demande sa rente de retraite de la Régie est présumé recevoir la rente d'invalidité qu'il aurait reçue s'il en avait fait la demande ou qu'il aurait continué de recevoir s'il n'avait pas demandé sa rente de retraite.

- b) Les prestations reliées à l'invalidité en vertu de la Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles, ou de la Loi sur l'assurance automobile du Québec qui sont effectivement payées ou qui seraient payées à l'adhérent si une demande avait été faite et approuvée, à moins qu'une preuve en bonne et due forme ne soit soumise à l'Assureur démontrant qu'une telle demande a été refusée.
- c) Les prestations, indemnités ou revenus reçus par l'adhérent et provenant de l'employeur; d'un régime de retraite de l'employeur actuel ou de tout employeur antérieur, à l'exception des sommes provenant d'un régime de retraite que l'adhérent recevait avant le début de son invalidité.

Dans tous les cas de réduction du montant de la prestation mentionnés aux articles a) et b), l'adhérent a l'obligation de présenter une telle demande de prestations d'invalidité auprès de l'autorité concernée si l'Assureur l'exige et tout défaut de s'exécuter de l'adhérent entraînera la réduction du montant de la prestation telle que décrite dans ces articles.

De plus, la somme des prestations d'assurance invalidité décrites ci-dessus et des revenus initiaux provenant d'autres sources ne peut excéder le pourcentage indiqué au **Sommaire des garanties** du salaire net de l'adhérent au début de son invalidité si la protection est non imposable ou du salaire brut de l'adhérent si la protection est imposable.

À cette fin, les revenus suivants sont considérés comme revenus provenant d'autres sources :

- Revenus d'invalidité provenant :
 - . De la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles ou de toute autre législation similaire ou au même effet.
 - . De la Loi sur l'assurance automobile du Québec ou de toute autre législation similaire ou au même effet.
 - . De la Loi de l'indemnisation des victimes d'actes criminels, du Régime de rentes du Québec et du Régime de pensions du Canada (montant initial de rente seulement).
 - . De toute autre loi à caractère social et de tout autre régime d'assurance collective privé ou public, y compris tout régime supplémentaire de rente auquel l'employeur contribue ou auquel a contribué tout employeur antérieur.
- Toute rémunération reçue de l'employeur actuel ou de tout employeur antérieur (exception faite des sommes reçues dans le cadre d'un programme de réadaptation).

De plus, aux fins de calcul des revenus d'autres sources, un adhérent invalide qui a droit à la rente d'invalidité de la Régie des rentes du Québec et qui demande sa rente de retraite de la Régie est présumé recevoir la rente d'invalidité qu'il aurait reçue s'il en avait fait la demande ou qu'il aurait continué de recevoir s'il n'avait pas demandé sa rente de retraite.

3. Réadaptation

L'adhérent qui participe à un programme de réadaptation de l'Assureur a droit à une rente mensuelle égale au montant de l'indemnité mensuelle de l'adhérent avant son inscription au programme de réadaptation, diminué de 50 % de la rémunération au travail accompli au cours de ce programme. Si le revenu de l'adhérent provenant de la rente de réadaptation et de la rémunération du travail accompli au cours du programme excède 100 % du salaire mensuel net de base perçu de son employeur au début du délai de carence si la protection est non imposable ou du salaire mensuel brut de base si la protection est imposable, la rente mensuelle de réadaptation est réduite de l'excédent. La rente prend fin dès l'expiration d'une période de 24 mois après le début du programme, ou l'interruption du programme, ou le retrait par l'Assureur de l'approbation du programme de réadaptation.

4. Indexation

Lorsque cette option est retenue au **Sommaire des garanties**, pendant et aussi longtemps que l'adhérent est invalide, la prestation est ajustée annuellement au 1^{er} janvier, suivant les mêmes modalités que celles qui s'appliquent aux rentes payables en vertu du Régime de rentes du Québec. Cependant, l'ajustement annuel est limité au pourcentage indiqué au **Sommaire des garanties**.

5. Exclusions et réduction – Assurance invalidité de longue durée

Aucune indemnité n'est payable :

a) Si l'invalidité totale survient dans les cas suivants :

- En raison d'une guerre déclarée ou non, de sa participation active à une insurrection réelle ou appréhendée.
- En raison d'une blessure ou d'une mutilation que l'adhérent s'est infligée volontairement, qu'il soit sain d'esprit ou non.
- Lors de sa participation à un acte criminel ou réputé tel.
- Pour une condition survenue alors que l'adhérent est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays.
- En raison d'alcoolisme, de toxicomanie ou de jeu compulsif, sauf s'il s'agit d'une période d'invalidité pendant laquelle l'adhérent reçoit des traitements ou des soins médicaux continus en vue de sa désintoxication ou de sa réadaptation auprès d'un établissement, d'un organisme ou d'une institution spécialisés à cet effet.
- En raison d'une cessation de travail pour subir une chirurgie plastique effectuée uniquement à des fins esthétiques, à moins qu'elle ne s'avère nécessaire à la suite d'une maladie ou d'une blessure.

b) À l'égard d'une invalidité totale durant laquelle l'adhérent est dans l'une des situations suivantes :

- Congé de maternité pris conformément à une loi provinciale ou fédérale ou un congé de maternité accordé par l'employeur; ledit congé est réputé débuter à la date prévue du départ ou à la date de l'accouchement, selon la première éventualité.
- Période pour laquelle l'adhérente reçoit des prestations de maternité en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi ou de la Loi sur l'assurance parentale.

c) Pour toute période d'invalidité au cours de laquelle l'adhérent n'est pas sous les soins d'un médecin. Dans le cas d'une invalidité due à une maladie mentale, l'adhérent invalide doit être sous les soins d'un spécialiste en psychiatrie.

d) Durant une période où l'adhérent exerce une occupation rémunératrice, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation.

e) Si l'adhérent est congédié pour des raisons non reliées à l'invalidité et que ladite invalidité ne l'empêche pas d'exercer toute activité rémunératrice pour laquelle il possède des aptitudes raisonnables compte tenu de son éducation, de sa formation ou de son expérience.

f) Si l'adhérent opte pour sa mise à la retraite.

- g) Durant une période où l'adhérent refuse de participer à un programme de réadaptation ou d'exercer un emploi de réadaptation que l'Assureur juge approprié.
- h) Après la date prévue de fin d'emploi pour les employés contractuels.

6. Supplément aux prestations de l'assurance-emploi ou de l'assurance parentale en raison de grossesse

Lorsqu'une adhérente autrement admissible à des prestations est visée par l'exclusion b) de la présente garantie et qu'elle reçoit des prestations d'assurance-emploi ou de l'assurance parentale en raison de grossesse, l'Assureur verse un supplément calculé comme étant la différence entre le montant des prestations d'assurance-emploi ou de l'assurance parentale et le montant auquel elle aurait eu droit si l'exclusion prévue au point b) ne s'était pas appliquée.

7. Conditions préexistantes

Si l'invalidité de l'adhérent résulte d'une condition préexistante, celui-ci n'est pas admissible aux prestations d'assurance invalidité ni à l'exonération des primes en vertu de la présente garantie.

Est considéré comme une condition préexistante un accident subi ou une maladie ayant débuté avant la date d'entrée en vigueur de l'assurance invalidité de l'adhérent et pour lequel, dans les 3 mois précédant immédiatement cette date :

- l'adhérent a consulté un professionnel de la santé; ou
- l'adhérent a reçu des traitements ou des soins médicaux; ou
- l'adhérent s'est fait prescrire des médicaments ne pouvant être obtenus que sur ordonnance par un professionnel de santé légalement autorisé à le faire.

Cette disposition s'applique à tout adhérent qui est un nouvel employé du Preneur du présent contrat et qui n'était pas couvert par une garantie d'assurance invalidité ayant pris fin dans les 30 jours précédant immédiatement la date du premier jour de travail auprès de son nouvel employeur.

Toutefois, cette disposition ne s'applique plus lorsque l'adhérent a été effectivement au travail, de façon continue et selon son horaire régulier, pendant une période de 12 mois suivant la date d'entrée en vigueur de son assurance en vertu de la présente garantie d'assurance invalidité.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. Définitions

Accident

Toute lésion corporelle constatée par un médecin et provenant directement de l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure et indépendamment de toute autre cause. Toute lésion corporelle à la suite d'une tentative de suicide n'est pas un accident.

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.

Adhérent

Un employé qui est admissible à l'assurance et qui est assuré en vertu du contrat.

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.

Assuré

Un adhérent (ou l'une des personnes à sa charge) assuré en vertu de ce contrat.

Centre hospitalier

Un centre hospitalier au sens de la Loi sur les services de la santé et des services sociaux, excluant les centres hospitaliers privés autofinancés au sens de ladite loi. En cas d'hospitalisation hors Québec, cette définition s'applique également à tout établissement reconnu et accrédité comme centre hospitalier par les autorités compétentes dont l'établissement relève, exception faite des maisons de repos, des stations thermales ou autres établissements analogues.

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.

Conjoint

L'homme ou la femme qui, à la date de l'événement donnant droit à des prestations :

- i) est marié ou uni civilement à l'adhérent; ou
- ii) vit maritalement avec lui depuis 1 an, ou depuis moins d'un an s'il est le père ou la mère d'un enfant de l'adhérent; ou
- iii) vit maritalement avec l'adhérent et avait déjà ainsi vécu maritalement avec cet adhérent tout au long d'une période d'au moins un an.

Il est toutefois précisé qu'un jugement de divorce prononcé entre l'adhérent et le conjoint dans le cas d'un mariage, ou dans le cas d'une union de fait, la séparation de fait depuis au moins 90 jours, ou dans le cas d'une union civile, la dissolution de l'union civile par entente notariée ou par jugement du tribunal fait perdre ce statut de conjoint. Si l'adhérent a un conjoint répondant à la définition en i) et un autre conjoint répondant à la définition en ii) ou iii), l'Assureur reconnaîtra comme conjoint celui que l'adhérent lui aura désigné par avis écrit. Le conjoint doit être le même pour toutes les garanties du contrat.

Enfant à charge

L'expression « enfant à charge » désigne l'une ou l'autre des personnes suivantes :

- i) Une personne âgée de moins de 18 ans à l'égard de laquelle l'adhérent ou son conjoint exerce l'autorité parentale; une telle personne est considérée enfant à charge jusqu'à son 21^e anniversaire de naissance à la condition qu'elle n'ait pas de conjoint et que l'adhérent ou son conjoint subviene à ses besoins dans une large mesure.
- ii) 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 l'adhérent ou son conjoint exercerait l'autorité parentale si elle était mineure.
- iii) Une personne majeure domiciliée chez l'adhérent, sans conjoint, à l'égard de laquelle l'adhérent 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 alors qu'elle satisfaisait à l'une ou l'autre des conditions précédentes et qu'elle est demeurée totalement et continuellement invalide depuis cette date.

La notion d'autorité parentale à l'égard d'une personne autre qu'un enfant de l'adhérent 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.

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.

Hospitalisation

L'occupation d'une chambre dans un centre hospitalier à titre de patient alité admis, excluant toute période où l'assuré ne reçoit que des services qui pourraient être dispensés par un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou un centre de réadaptation, qu'il y ait une place disponible ou non dans un tel centre.

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.

Invalidité totale ou totalement invalide

Pendant le délai prévu au **Sommaire des garanties** : Un état d'incapacité résultant d'une maladie ou d'un accident qui empêche l'adhérent d'accomplir les tâches essentielles de son emploi habituel et qui exige des soins médicaux continus.

Après ce délai : Un état d'incapacité résultant d'une maladie ou d'un accident qui empêche l'adhérent d'exercer tout emploi pouvant lui procurer une rémunération et pour lequel il possède des aptitudes raisonnables compte tenu de son éducation, de sa formation ou de son expérience.

L'invalidité totale est déterminée sans égard à l'existence ou à la disponibilité d'un tel emploi.

L'adhérent qui doit détenir un permis ou une licence émis par l'État afin d'accomplir les tâches de son emploi habituel n'est pas considéré totalement invalide du seul fait que ce permis ou cette licence lui a été retiré ou n'a pas été renouvelé.

Une invalidité totale débutant plus de 31 jours après un accident est considérée comme résultant d'une maladie.

Maladie

Altération organique ou fonctionnelle considérée dans son évolution et comme une entité devant être définie par un médecin, y compris toute complication résultant de la grossesse.

Non-fumeur (s'applique à la garantie d'assurance vie facultative)

Une personne qui remplit les conditions établies à cet effet par l'Assureur et qui sont en vigueur au moment où elle signe la déclaration de non-fumeur.

Période d'invalidité

Toute période continue d'invalidité totale ou une suite de périodes successives d'invalidité attribuables à la même cause ou à des causes connexes séparées par une période de travail à temps complet de moins de :

- 15 jours au cours des 26 premières semaines, ou si l'adhérent bénéficie de l'assurance invalidité longue durée : 15 jours au cours du délai de carence de la garantie d'assurance invalidité longue durée.
- 90 jours par la suite.

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

Voyage touristique, voyage d'agrément, voyage d'affaires ou activité à caractère commercial comportant une absence de l'assuré de sa province de résidence.

Aux fins de la garantie d'assurance annulation, un voyage est un voyage touristique, un voyage d'agrément, un voyage d'affaires ou une activité à caractère commercial comportant le séjour de l'assuré pour un minimum d'une (1) nuit à destination, et ce, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de sa province de résidence.

2. Admissibilité

L'employé est admissible après avoir complété le délai d'admissibilité, indiqué au **Sommaire des garanties**, à condition qu'il soit effectivement au travail à plein temps à cette date pour le nombre d'heures minimal indiqué au **Sommaire des garanties** et qu'aucune preuve d'assurabilité ne soit requise.

Toutefois, un employé qui était couvert en vertu d'un contrat d'assurance collective immédiatement avant son entrée en service, est admissible à la garantie d'assurance maladie dès son entrée en service, à condition qu'il soit effectivement au travail actif à plein temps à cette date.

3. Adhésion

Adhésion de l'employé

L'adhésion au régime est obligatoire pour tout employé qui remplit les conditions d'admissibilité. L'adhésion doit être signifiée par écrit à l'Assureur avant l'expiration d'un délai de 31 jours suivant la date à laquelle il remplit les conditions d'admissibilité. Tout employé ayant présenté sa demande d'adhésion après ce délai se verra octroyer la garantie d'assurance maladie et les autres garanties seront sujettes à des preuves d'assurabilité à la satisfaction de l'Assureur.

Adhésion des personnes à charge

Veuillez consulter le Sommaire des garanties pour connaître les protections qui s'appliquent.

- L'assurance des personnes à charge est obligatoire pour la garantie d'assurance maladie. Cependant, elle est facultative pour les autres garanties. Un adhérent sans enfant à charge dont le conjoint est âgé de 65 ans ou plus, peut changer, pour la garantie d'assurance maladie, sa protection familiale en une protection individuelle. Toutefois, l'adhérent qui effectue ce choix ne pourra modifier sa protection individuelle par la suite. Si la tarification monoparentale est disponible, l'employé peut prendre ce type de protection s'il n'a pas de conjoint tel que défini précédemment.

Pour les garanties d'assurance vie, d'assurance maladies redoutées et d'assurance soins dentaires

- Tout adhérent qui désire assurer les personnes à sa charge doit remplir une demande d'adhésion à cet effet. Si cette demande est remplie après l'expiration d'un délai de 31 jours qui suit la date à laquelle elles deviennent admissibles, l'adhérent doit fournir, à ses frais, des preuves d'assurabilité pour les personnes à sa charge à la satisfaction de l'Assureur. De plus, l'Assureur peut accorder une protection familiale ou monoparentale (s'il y a lieu) tout en excluant une personne de la famille à la suite de l'examen des preuves d'assurabilité. Si la tarification monoparentale est disponible, l'employé peut prendre ce type de protection s'il n'a pas de conjoint tel que défini au contrat.
- Un adhérent assuré en vertu d'une protection individuelle peut changer sa protection individuelle en une protection familiale lors de la réalisation d'une des conditions suivantes : le mariage ou l'union civile de l'adhérent, la naissance ou l'adoption d'un premier enfant ou la fin de l'assurance d'une personne à charge exemptée. L'adhérent doit aviser l'Assureur de son désir d'adhérer à une protection familiale dans les 31 jours suivant un tel événement.

Dispositions particulières pour les adhérents atteignant l'âge de 65 ans

L'adhérent qui atteint l'âge de 65 ans doit effectuer un des choix suivants, et ce, avant l'expiration d'un délai de 31 jours suivant la date à laquelle il atteint 65 ans :

- Maintenir son inscription au Régime général d'assurance médicaments (RGAM) de la RAMQ. Ce choix est irrévocable. Toutes les garanties de l'assurance maladie du présent régime, incluant la franchise et la coassurance exigibles en vertu du RGAM mais excluant les médicaments payables par le RGAM, demeurent admissibles en vertu du présent contrat.
- Mettre fin à son adhésion à la garantie d'assurance maladie du présent contrat. Ce choix est irrévocable.
- Se désengager du RGAM et maintenir sa participation au présent régime d'assurance médicaments, pour les médicaments admissibles au RGAM en acquittant la surprime applicable. Toutes les garanties de l'assurance maladie du présent régime demeurent également admissibles en vertu du présent contrat.

4. Droit d'exemption

Veillez consulter le Sommaire des garanties pour connaître les protections qui s'appliquent.

Assurance maladie - Un employé ou les personnes à sa charge peuvent, moyennant un préavis écrit à son employeur, refuser ou cesser d'adhérer à la garantie d'assurance maladie, à condition qu'ils attestent à la satisfaction de l'Assureur, qu'ils sont assurés en vertu d'un contrat collectif d'assurance comportant des protections similaires. Ils doivent toutefois adhérer à la garantie d'assurance maladie aussitôt que la protection en vertu de l'autre contrat collectif se termine en établissant à la satisfaction de l'Assureur qu'il est devenu impossible qu'ils continuent à être assurés en vertu dudit contrat.

Assurance soins dentaires - De même, un employé peut, moyennant un préavis écrit à son employeur, refuser ou cesser d'adhérer à la garantie d'assurance soins dentaires à la condition qu'il atteste à la satisfaction de l'Assureur qu'il est assuré en vertu d'un contrat collectif d'assurance comportant des protections similaires. L'employé qui a refusé ou cessé d'adhérer à la garantie d'assurance soins dentaires peut y adhérer sans avoir à présenter de preuves d'assurabilité en établissant à la satisfaction de l'Assureur : qu'antérieurement il était assuré en vertu du présent contrat comme personne à charge ou en vertu de tout autre contrat collectif d'assurance comportant une protection similaire; qu'il est devenu impossible qu'il continue à être assuré et qu'il présente sa demande avant l'expiration d'un délai de 31 jours suivant la fin de son assurance.

Assurance maladies redoutées - Un adhérent ou les personnes à sa charge, le cas échéant, peuvent cesser d'adhérer à la garantie d'assurance maladies redoutées, à la condition qu'ils aient eu droit à la prestation maximale à vie prévue dans la garantie.

5. Continuation de l'assurance en cas d'interruption de travail

Congé de maternité, parental, de paternité ou d'adoption

Un adhérent qui cesse d'être au travail actif à plein temps en raison d'un congé de maternité, parental, de paternité ou d'adoption peut demeurer assuré selon l'une des modalités suivantes :

- Maintien de toutes les garanties incluant toute garantie d'assurance invalidité;
- Maintien de toutes les garanties excluant toute garantie d'assurance invalidité;
- Terminer toutes les garanties d'assurance, sous réserve du droit d'exemption pour la garantie d'assurance maladie (au Québec).

Une demande écrite doit être transmise à l'Assureur avant l'expiration d'un délai de 31 jours qui suit la date du début de ce congé. De plus, l'adhérent doit payer la prime totale relative aux garanties maintenues, excluant la part de l'employeur, ce dernier continuant à payer sa part.

Cependant, les garanties ne peuvent pas être maintenues en vigueur au-delà de la période maximale indiquée au **Sommaire des garanties** suivant la date du début du congé.

Dans le cas où les garanties d'assurance invalidité sont maintenues en vigueur, le délai de carence, pour une invalidité qui survient au cours d'une période où l'adhérent ne reçoit pas de prestations de l'assurance-emploi ou de l'assurance parentale en raison de grossesse, débute à compter de la date prévue de retour au travail et le paiement de la rente d'invalidité, le cas échéant, ne débute qu'à l'expiration de ce délai.

Dans le cas où les garanties d'assurance invalidité ne sont pas maintenues en vigueur, celles-ci sont remises en vigueur lors du retour au travail actif à plein temps de l'adhérent.

Congé autorisé non payé

Un adhérent qui cesse d'être au travail actif à plein temps en raison d'un congé autorisé non payé peut demeurer assuré selon l'une des modalités suivantes :

- Maintien de toutes les garanties incluant toute garantie d'assurance invalidité;
- Maintien de toutes les garanties excluant toute garantie d'assurance invalidité;
- Terminer toutes les garanties d'assurance, sous réserve du droit d'exemption pour la garantie d'assurance maladie (au Québec).

Une demande écrite doit être transmise à l'Assureur avant l'expiration d'un délai de 31 jours qui suit la date du début de ce congé. De plus, l'adhérent doit payer la totalité de sa part relative aux garanties maintenues.

Cependant, les garanties ne peuvent pas être maintenues en vigueur au-delà de la période maximale indiquée au **Sommaire des garanties**, suivant la date du début du congé.

Dans le cas où les garanties d'assurance invalidité sont maintenues en vigueur, le délai de carence pour une invalidité qui survient au cours de cette période débute à compter de la date prévue de retour au travail et le paiement de la rente d'invalidité, le cas échéant, ne débute qu'à l'expiration de ce délai.

Dans le cas où les garanties d'assurance invalidité ne sont pas maintenues en vigueur, celles-ci sont remises en vigueur automatiquement lors du retour au travail actif à plein temps de l'adhérent.

Réduction de la semaine de travail ou mise à pied temporaire

Dans le cas de réduction de la semaine de travail à un nombre d'heures moindre que celles mentionnées au **Sommaire des garanties**, ou dans le cas d'une mise à pied temporaire, l'adhérent demeure assuré, avec paiement de primes, pour la garantie d'assurance maladie. Un tel adhérent peut également demeurer assuré pour toutes les autres garanties à l'exception des garanties d'assurance invalidité, à la condition que le Preneur maintienne l'assurance en vigueur en continuant le paiement des primes.

La demande écrite à l'Assureur doit être faite avant l'expiration d'un délai de 31 jours suivant la date du début de l'un ou l'autre de ces événements.

Cependant, les garanties ne peuvent pas être maintenues en vigueur au-delà de la période maximale indiquée au **Sommaire des garanties** suivant la date du début de l'événement.

Une mise à pied temporaire signifie une absence d'une durée déterminée et durant laquelle l'adhérent est toujours considéré comme un employé par l'employeur.

Congédiement ou suspension

Lorsqu'un adhérent est congédié ou suspendu et qu'il conteste son congédiement ou sa suspension par voie de grief ou de recours à l'arbitrage au sens du Code du travail ou de toute autre législation au même effet dont notamment la Loi sur les normes du travail, il est réputé avoir été assuré sans interruption au cours de la période en cause si la décision rendue par l'arbitrage ou le tribunal compétent le rétablit dans ses droits et obligations d'employé. Les primes impayées, le cas échéant, sont alors payables dans les 31 jours qui suivent la date de décision finale de l'arbitre ou du tribunal.

Grève ou lock-out

En cas de grève ou lock-out, la garantie d'assurance maladie est maintenue en vigueur, avec paiement de primes, pour une période de 30 jours. Par la suite, la garantie d'assurance maladie peut être maintenue en vigueur moyennant le paiement des primes requises. De plus, toutes les autres garanties sont maintenues en vigueur moyennant le paiement des primes requises en autant que la garantie d'assurance maladie soit maintenue.

Dans le cas où les garanties d'assurance invalidité sont maintenues en vigueur par le Preneur, une invalidité totale débutant durant la grève ou le lock-out est considérée comme ayant débuté à la date de retour au travail suivant la fin de la grève ou du lock-out et pendant cette période aucune rente d'invalidité n'est payable.

Dans le cas où les garanties ne sont pas maintenues par le Preneur, celles-ci sont remises en vigueur automatiquement lors du retour au travail.

6. Droit de transformation

Assurance vie de base de l'adhérent, assurance vie des personnes à charge et assurance vie facultative

Veillez consulter le Sommaire des garanties pour connaître les protections qui s'appliquent.

En cas de fin d'appartenance au groupe

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

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

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

Ce droit peut être exercé par l'adhérent en faisant une demande écrite à l'Assureur avant l'expiration d'un délai de 31 jours qui suit la date où l'adhérent cesse de faire partie du groupe d'assurés. La protection offerte par le présent contrat demeure en vigueur jusqu'au jour de sa transformation en une assurance individuelle, sans toutefois excéder le délai de 31 jours mentionné précédemment. Une diminution du montant d'assurance en raison de l'âge ou d'un changement de catégorie d'assurés n'ouvre pas droit à la transformation.

À l'échéance du contrat

L'adhérent assuré depuis au moins 5 ans et qui bénéficie d'un montant de protection d'assurance vie d'au moins 10 000 \$, a le droit de transformer, en tout ou en partie, sa protection d'assurance sur la vie en une assurance individuelle sur sa vie dans les 31 jours de l'échéance du présent contrat s'il n'est pas remplacé ou si le contrat de remplacement prévoit un montant d'assurance moindre.

Le montant d'assurance pouvant être transformé est d'au moins 10 000 \$ ou 25 % du montant d'assurance sur la vie de l'adhérent à l'échéance du contrat, selon le plus élevé des deux.

Ce droit peut être exercé par l'adhérent en faisant une demande écrite à l'Assureur avant l'expiration d'un délai de 31 jours qui suit la date de l'échéance du présent contrat, sans avoir à justifier de son assurabilité. Une diminution du montant d'assurance en raison de l'âge ou d'un changement de catégorie d'assurés n'ouvre pas droit à la transformation.

Protections disponibles lors de la transformation

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

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

Assurance maladie

L'assuré qui cesse d'être admissible à la présente garantie peut obtenir, sans preuves d'assurabilité, un contrat d'assurance maladie individuelle du genre alors émis par l'Assureur, s'il en fait la demande écrite à l'Assureur dans le délai indiqué au **Sommaire des garanties**. Des preuves d'assurabilité sont requises pour toute demande soumise après ce délai. Si l'assuré exerce son droit de transformation dans le délai prescrit, le contrat d'assurance maladie individuelle entre en vigueur à la date de terminaison de son assurance collective. Si des preuves d'assurabilité sont requises, l'assurance entre en vigueur à la date à laquelle l'Assureur accepte ces preuves.

7. Prolongation de l'assurance des personnes à charge

Veillez consulter le Sommaire des garanties pour connaître les protections qui s'appliquent.

Au décès d'un adhérent, l'assurance vie, maladie et soins dentaires de ses personnes à charge est prolongée sans paiement de prime jusqu'à la première des dates suivantes :

- La date coïncidant avec la fin d'une période de 24 mois suivant immédiatement le décès de l'adhérent.
- La date à laquelle l'assurance des personnes à charge aurait pris fin n'eut été le décès de l'adhérent.
- La date de fin du contrat ou de la garantie.

8. Exonération des primes

L'exonération des primes s'applique pour une garantie lorsque cette clause est retenue au Sommaire des garanties.

Assurance vie de base, vie des personnes à charge, M.A.M. et vie facultative

Si avant l'âge de 65 ans, un adhérent est atteint d'invalidité totale alors que la garantie est en vigueur, l'Assureur renonce au paiement de toute prime à son égard qui vient à échéance après l'expiration du délai indiqué au **Sommaire des garanties**, et ce, tant que dure l'invalidité totale. L'exonération des primes se termine à la première des dates suivantes : la fin de l'invalidité totale, la date du 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent, la date de mise à la retraite de l'adhérent.

Assurance maladie, assurance soins dentaires, assurance maladies redoutées et assurance invalidité de courte durée

Si avant l'âge de 65 ans, un adhérent est atteint d'invalidité totale alors que la garantie est en vigueur, l'Assureur renonce au paiement de toute prime à son égard qui vient à échéance après l'expiration du délai indiqué au **Sommaire des garanties**, et ce, tant que dure l'invalidité totale. L'exonération des primes se termine à la première des dates suivantes : la fin de l'invalidité totale, la date du 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent, la date de mise à la retraite de l'adhérent, la date de la fin du contrat ou de la garantie.

Assurance invalidité de longue durée

Si avant l'âge de 65 ans, un adhérent est atteint d'invalidité totale alors que cette garantie est en vigueur, l'Assureur renonce au paiement de toute prime à son égard qui vient à échéance après l'expiration du délai indiqué au **Sommaire des garanties**, et ce, tant que dure l'invalidité totale. L'exonération des primes se termine à la première des dates suivantes : la fin de l'invalidité totale, la date du 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent, la date de mise à la retraite de l'adhérent.

9. Bénéficiaire

Tout adhérent peut désigner un seul bénéficiaire ou changer le bénéficiaire déjà désigné sur déclaration écrite et déposée au siège social de l'Assureur. L'Assureur n'est pas responsable de la validité de tout changement de bénéficiaire. Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant l'adhérent retournent à ce dernier. Si, au moment du décès de l'adhérent, ce dernier n'a pas désigné de bénéficiaire par écrit, le montant d'assurance fait partie du patrimoine de l'adhérent.

10. Fin de l'assurance

Veillez consulter le Sommaire des garanties pour connaître celles qui s'appliquent à votre contrat.

L'assurance de tout adhérent se termine à la première des dates suivantes :

Assurance vie

- La date de la fin du contrat, sous réserve des dispositions relatives à « l'exonération des primes en cas d'invalidité totale ».
- La date à laquelle l'adhérent termine son emploi pour une autre raison que la retraite, sous réserve des dispositions relatives au « Droit de transformation ».
- La date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée, sous réserve des dispositions relatives à « l'Exonération des primes en cas d'invalidité totale » ainsi qu'au « Droit de transformation ».
- La date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de fin de l'assurance indiqué au **Sommaire des garanties** pour la garantie concernée.
- La date de la réception, par l'Assureur, de l'avis écrit d'un adhérent qui désire mettre fin à son assurance en vertu de la garantie d'assurance vie facultative.
- La date de mise à la retraite de l'adhérent.

Pour un adhérent invalide :

- La date de son 65^e anniversaire de naissance pour un adhérent devenu invalide avant l'âge de 65 ans.
- La date de terminaison du délai de carence de la garantie d'assurance invalidité de longue durée, pour un adhérent devenu invalide à l'âge de 65 ans ou après et qui n'est pas de retour au travail à plein temps, si la garantie d'assurance invalidité de longue durée a été retenue.

- La date correspondant à la fin d'une période de 6 mois, à compter du début de l'invalidité, pour un adhérent devenu invalide à l'âge de 65 ans ou après et qui n'est pas de retour au travail à plein temps, si la garantie d'assurance invalidité de longue durée n'a pas été retenue.

Assurance maladies redoutées

- La date de la fin du contrat ou de la garantie.
- La date à laquelle l'adhérent termine son emploi pour une raison autre que la retraite.
- La date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée, sous réserve des dispositions relatives à « l'Exonération des primes en cas d'invalidité totale ».
- La date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de fin de l'assurance indiqué au **Sommaire des garanties**.
- La date de mise à la retraite de l'adhérent.

Assurance maladie

- La date de la fin du contrat.
- La date à laquelle l'adhérent termine son emploi pour une autre raison que la retraite.
- Dans le cas où la prime n'est pas payée, sous réserve des dispositions relatives à « l'Exonération des primes en cas d'invalidité totale », 30 jours après l'envoi d'un avis écrit à cet effet par l'Assureur à la dernière adresse connue du Preneur.
- La date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de fin de l'assurance indiqué au **Sommaire des garanties**; toutefois, l'assurance des médicaments admissibles au Régime général d'assurance médicaments se poursuit pour un adhérent qui en a fait la demande expressément et pour les personnes à sa charge, le cas échéant. Cette assurance cesse à la date à laquelle l'adhérent ou l'une des personnes à sa charge choisit de s'assurer auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec.
- La date de mise à la retraite de l'adhérent.

Pour un adhérent invalide :

- La date de son 65^e anniversaire de naissance pour un adhérent devenu invalide avant l'âge de 65 ans.
- La date de terminaison du délai de carence de la garantie d'assurance invalidité de longue durée, pour un adhérent devenu invalide à l'âge de 65 ans ou après et qui n'est pas de retour au travail à plein temps, si la garantie d'assurance invalidité de longue durée a été retenue.
- La date correspondant à la fin d'une période de 6 mois, à compter du début de l'invalidité, pour un adhérent devenu invalide à l'âge de 65 ans ou après et qui n'est pas de retour au travail à plein temps, si la garantie d'assurance invalidité de longue durée n'a pas été retenue.

Assurance soins dentaires

- La date de la fin du contrat.
- La date à laquelle l'adhérent termine son emploi pour une autre raison que la retraite.
- La date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée, sous réserve des dispositions relatives à « l'Exonération des primes en cas d'invalidité totale ».
- La date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de fin de l'assurance indiqué au **Sommaire des garanties**.
- La date de mise à la retraite.

Pour un adhérent invalide :

- La date de son 65^e anniversaire de naissance pour un adhérent devenu invalide avant l'âge de 65 ans.
- La date de terminaison du délai de carence de la garantie d'assurance invalidité de longue durée, pour un adhérent devenu invalide à l'âge de 65 ans ou après et qui n'est pas de retour au travail à plein temps, si la garantie d'assurance invalidité de longue durée a été retenue.
- La date correspondant à la fin d'une période de 6 mois, à compter du début de l'invalidité, pour un adhérent devenu invalide à l'âge de 65 ans ou après et qui n'est pas de retour au travail à plein temps, si la garantie d'assurance invalidité de longue durée n'a pas été retenue.

Assurance invalidité de courte durée

- La date de la fin du contrat ou de la garantie, sous réserve du Règlement général en application de la Loi sur les assurances.
- La date à laquelle l'adhérent termine son emploi.
- La date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée, sous réserve des dispositions relatives à « l'Exonération des primes en cas d'invalidité totale ».
- La date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de fin de l'assurance indiqué au **Sommaire des garanties**.
- La date de mise à la retraite de l'adhérent.

Pour un adhérent invalide :

- La date de terminaison du délai de carence de la garantie d'assurance invalidité de longue durée, pour un adhérent devenu invalide à l'âge de 65 ans ou après et qui n'est pas de retour au travail à plein temps, si la garantie d'assurance invalidité de longue durée a été retenue.
- La date correspondant à la fin d'une période de 6 mois, à compter du début de l'invalidité, pour un adhérent devenu invalide à l'âge de 65 ans ou après et qui n'est pas de retour au travail à plein temps, si la garantie d'assurance invalidité de longue durée n'a pas été retenue.

Assurance invalidité de longue durée

- La date de la fin du contrat ou de la garantie, sous réserve du Règlement général en application de la Loi sur les assurances.
- La date à laquelle l'adhérent termine son emploi.
- La date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée, sous réserve des dispositions relatives à « l'Exonération des primes en cas d'invalidité totale ».
- La date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de fin de l'assurance indiqué au **Sommaire des garanties**.
- La date de mise à la retraite de l'adhérent.

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

Assurance vie

- La date de la fin de l'assurance de l'adhérent, sous réserve des dispositions relatives à la « prolongation de la protection des personnes à charge à la suite du décès de l'adhérent » et au « Droit de transformation ».
- La date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge.
- La date de la réception, par l'Assureur, de l'avis écrit d'un adhérent qui désire mettre fin à l'assurance de son conjoint ou de ses enfants à charge en vertu de la garantie d'assurance vie facultative.
- La date du 65^e anniversaire de naissance du conjoint pour la garantie d'assurance vie facultative.

Assurance maladies redoutées

- La date de la fin de l'assurance de l'adhérent.
- La date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge.
- La date à laquelle l'adhérent change sa protection familiale ou monoparentale (s'il y a lieu) en une protection individuelle.

Assurance maladie et assurance soins dentaires

- La date de la fin de l'assurance de l'adhérent, sous réserve des dispositions relatives à la « Prolongation de la protection des personnes à charge à la suite du décès de l'adhérent ».
- La date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge.
- La date à laquelle l'adhérent change sa protection familiale ou monoparentale (s'il y a lieu) en une protection individuelle.

DEMANDE DE PRESTATIONS

Tous les formulaires sont disponibles auprès du responsable de groupe chez le Preneur ou chez votre employeur. Vous pouvez également vous les procurer sur notre site Internet à l'adresse : www.lacapitale.com.

Assurance maladie

Médicaments – Service de paiement automatisé direct

Lors de l'achat de médicaments, si cette option est retenue au **Sommaire des garanties**, l'assuré présente sa carte de services au pharmacien. La Capitale effectuera automatiquement le paiement pour la partie assurée des médicaments. L'assuré n'a donc plus à présenter sa demande de prestations à l'Assureur; il ne débourse que pour la partie non assurée des médicaments (incluant la franchise, s'il y a lieu).

Médicaments – Service de paiement automatisé différé

Lors de l'achat de médicaments, si cette option est retenue au **Sommaire des garanties**, l'assuré présente sa carte de services au pharmacien. La demande de prestations est transmise automatiquement à l'Assureur, cependant, l'assuré doit acquitter entièrement le coût des médicaments qu'il achète. La Capitale effectuera le paiement à l'adhérent à la première des éventualités suivantes : l'accumulation de 75 \$ de frais réclamés ou après un délai de 14 jours.

Autres frais

L'assuré doit faire parvenir à l'Assureur le formulaire de demande de prestations dûment rempli, daté et signé. Il est important de suivre les indications inscrites sur le formulaire et de joindre les factures originales et les reçus officiels des frais engagés. L'assuré doit conserver ses copies de reçus, car les originaux ne sont pas retournés. En ce qui concerne les frais d'hospitalisation, l'assuré présente sa carte de services au centre hospitalier lequel fera ensuite parvenir la demande de prestations directement à l'Assureur. Toute demande de prestations doit être présentée à l'Assureur dans les 12 mois qui suivent la date où les frais ont été engagés. S'applique également aux frais de médicaments si aucun service de paiement automatisé n'est retenu au **Sommaire des garanties**.

Assurance soins dentaires

Le formulaire de demande de prestations comprend 2 parties : la première doit être remplie par le dentiste et l'autre par l'assuré. Lorsque les 2 parties sont remplies, l'assuré doit retourner le formulaire à l'Assureur. Nous acceptons aussi les formulaires standards informatisés des dentistes. Toute demande de prestations doit être présentée à l'Assureur dans les 12 mois qui suivent la date où les frais ont été engagés.

Soins dentaires – Service de paiement automatisé

L'assuré présente sa carte de services au dentiste. Le système valide la carte et indique si les soins sont assurés ainsi que le pourcentage de 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. L'assuré paie uniquement pour la partie non assurée des soins dentaires (incluant la franchise, s'il y a lieu). 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.

Dépôt direct des prestations maladie et soins dentaires

Pour adhérer à ce service, rien de plus simple. Lors d'une demande de prestation, il vous suffit d'indiquer les informations demandées à la section « Adhésion au dépôt direct des prestations ». Sur acceptation de la demande de prestations, celles-ci seront déposées dans le compte de l'adhérent. L'Assureur transmet ensuite un relevé confirmant le montant déposé et la date du traitement de la réclamation.

Vous pouvez également télécharger le formulaire de dépôt direct sur notre site Internet, indiquer les informations demandées et nous le retourner.

Assurance vie

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

Assurance invalidité

Les prestations sont payables à l'adhérent après l'expiration du délai de carence. Le formulaire de demande de prestations doit être rempli par l'adhérent, l'employeur et le médecin traitant et remis le plus tôt possible à l'Assureur.

ASSURANCE VOYAGE

NOTE IMPORTANTE

En cas de départ à l'extérieur de votre province de résidence, vous devez communiquer avec l'Assisteur aux numéros 1 800 363-9050 ou 514 985-2281 **UNIQUEMENT** si vous souffrez d'une maladie ou d'une affection connue et que vous êtes incertain quant à votre état de santé ou dans l'attente de diagnostic (vous référer au point « Exclusion et réduction » ci-dessous).

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

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

Les prestations sont accordées en supplément et non en remplacement des prestations prévues par les programmes gouvernementaux. Le remboursement maximal viager par assuré est limité au montant indiqué au **Sommaire des garanties**.

EXCLUSION ET RÉDUCTION

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

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

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

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

a) Frais admissibles

- 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 l'assuré.
- 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 de 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 l'assuré.
- Le coût des médicaments obtenus sur ordonnance d'un médecin dans le cadre d'un traitement d'urgence.
- Les honoraires d'un infirmier diplômé, membre en règle d'un ordre professionnel reconnu, pour des soins infirmiers privés, donnés exclusivement au centre hospitalier, lorsqu'ils sont médicalement nécessaires et prescrits par le médecin traitant jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 3 000 \$. L'infirmier ne doit avoir aucun lien de parenté avec l'assuré, ni être un compagnon 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, saines et vivantes pour un accident qui est survenu en dehors de la province de résidence de l'assuré, 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.
- Les frais de transport par ambulance terrestre ou aérienne pour conduire l'assuré 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 l'assuré à son lieu de résidence par un moyen de transport public adéquat pour qu'il puisse y recevoir les soins appropriés, dès que son état de santé le permet et dans la mesure où le moyen de transport initialement prévu pour le retour ne peut être utilisé. Si son état l'exige, l'Assisteuse envoie une escorte médicale sur place pour accompagner l'assuré pendant le rapatriement. Le rapatriement doit être approuvé et planifié par l'Assisteuse.
- Lorsque l'assuré est rapatrié ou transporté, l'Assisteuse organise et paie les frais pour le retour, selon le cas, de son conjoint et de ses enfants à charge ou d'un compagnon de voyage de l'assuré, dans la province de résidence de ce dernier, jusqu'à concurrence d'un billet d'avion de ligne régulière, train ou autobus, si les moyens de retour initialement prévus ne peuvent être utilisés.
- Lorsque l'état de santé de l'assuré ne permet pas de rapatriement médical et que l'hospitalisation hors province doit dépasser 7 jours, l'Assisteuse organise et paie les frais pour le transport aller-retour d'un proche parent résidant dans la province de résidence de l'assuré, 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 l'assuré était déjà accompagné par un proche parent âgé de 18 ans ou plus, ou que la nécessité de la visite ne soit pas confirmée par le médecin traitant ou que la visite ne soit pas préalablement approuvée et planifiée par l'Assisteuse.

- L'Assisteur prend les dispositions nécessaires pour le retour jusqu'à leur résidence, des enfants de moins de 18 ans accompagnant l'assuré si, par la suite de l'accident ou de la maladie de l'assuré, celui-ci ou un autre adulte accompagnateur se trouve dans l'incapacité de s'en occuper.
- Lorsqu'un assuré est dans l'impossibilité de conduire le véhicule automobile utilisé au cours d'un voyage, à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu au cours du voyage, et qu'aucune personne l'accompagnant ne peut conduire ledit véhicule, l'Assisteur paie les frais engagés, par une agence commerciale, pour le retour du véhicule personnel de l'assuré ou d'un véhicule de location, à sa résidence ou à l'établissement de l'agence de location le plus rapproché du lieu de l'événement, sous réserve d'un remboursement maximal de 1 000 \$.
- Dans le cas du décès de l'assuré, 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 l'assuré dans son voyage. Le remboursement maximal est de 1 500 \$.
- Dans le cas du décès de l'assuré, l'Assisteur paie le coût de la préparation et du retour de la dépouille (excluant le coût du cercueil) jusqu'au lieu d'inhumation dans la province de résidence, sous réserve d'un remboursement maximal de 5 000 \$, ou jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 3 000 \$ pour le coût de crémation ou de l'enterrement sur place.
- Les frais pour l'hébergement et les repas dans un établissement commercial, lorsqu'un assuré doit reporter son retour pour cause de maladie ou de blessure corporelle qu'il subit lui-même ou que subit un proche parent qui l'accompagne ou un compagnon de voyage, sous réserve d'un remboursement maximal de 150 \$ par jour pendant 8 jours.

b) Service d'assistance voyage

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

- 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 l'assuré 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 l'assuré dans une clinique ou un centre hospitalier approprié.
- Sous réserve des présentes et en cas de maladie ou d'accident de l'assuré 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 l'assuré est dans l'impossibilité de les transmettre lui-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 l'assuré pour ensuite être remboursés par l'Assureur si admissibles.

- Sur présentation de pièces justificatives, l'Assisteur rembourse à l'assuré 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'un assuré, 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 l'assuré en difficulté à l'étranger un service téléphonique d'interprètes polyglottes.
- Lorsque l'assuré 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 et aux États-Unis.

c) Obligations de l'assuré

- L'assuré a l'obligation d'aviser l'Assisteur, dès que possible, de la survenance de l'incident, de l'accident ou de la maladie.
- L'assuré, dès qu'il est en mesure de le faire, doit obtenir l'accord préalable de l'Assisteur avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense. Si l'assuré manque à cette obligation, l'Assisteur sera relevé de ses obligations envers celui-ci.
- Lorsqu'un assuré 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.
- Aux fins de la présente garantie et pour toute somme avancée ou remboursée par l'Assisteur, l'assuré cède et subroge l'Assisteur dans tous ses droits et recours à tout remboursement dont il bénéficie ou prétend bénéficier selon tout régime public ou privé de services assurés similaires à ceux pour lesquels les avances ou les frais ont été engagés par l'Assisteur. Les assurés conviennent de signer tout document et exécuter tout acte requis par l'Assisteur afin de donner plein et entier effet à la présente cession et subrogation, et mandatent spécialement à cette fin l'Assisteur à titre de procureur et de représentant pour soumettre toute demande de prestations et encaisser tout remboursement.

d) Exclusions et réduction de la garantie

En plus des exclusions et réduction mentionnées à la garantie d'assurance maladie, aucune somme n'est payée, ni aucune assistance donnée à l'assuré par l'Assureur ou l'Assisteur dans les cas suivants :

- Lorsque le sinistre a lieu dans la province de résidence de l'assuré.
- Lorsque l'assuré refuse, sans raison médicale valable, de se conformer aux recommandations de l'Assisteur quant à son rapatriement, au choix du centre hospitalier ou aux soins requis; par soins requis, on entend les traitements nécessaires à la stabilisation de la condition médicale de l'assuré.
- S'il y a eu défaut de communiquer dès que possible avec l'Assisteur en cas de consultation médicale ou d'hospitalisation, à la suite d'un accident ou d'une maladie subite.
- Lorsque les frais sont occasionnés par une grossesse et ses complications dans les 8 semaines précédant la date prévue de l'accouchement.

- Lorsque les frais engagés hors de la province de résidence de l'assuré auraient pu être engagés dans sa province de résidence, sans danger pour la vie ou la santé de l'assuré, 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 l'assuré.
- Lorsque les frais hospitaliers sont engagés dans des centres hospitaliers pour malades chroniques, ou dans un service pour malades chroniques dans un centre hospitalier, ou pour des patients qui se trouvent dans des maisons de soins prolongés ou des stations thermales.
- 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 l'assuré à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicule moteur ou à tout genre d'épreuve de vitesse, au vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, au saut à l'élastique (*bungee jumping*) ou à toute autre activité dangereuse.
- Lorsqu'il y a absorption par l'assuré de médicaments, de drogues ou d'alcool en quantité toxique.
- Pour les services de rapatriement et d'assistance voyage, lorsque le sinistre a lieu dans un pays en état de guerre déclarée ou non, d'instabilité politique notoire, lors d'émeute, de mouvement populaire, de représailles, de restrictions à la libre circulation, de grève, d'explosion, d'activité nucléaire, de radioactivité et autres cas de force majeure rendant matériellement impossible l'intervention de l'Assisteur.

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

ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

L'Assureur paie, selon les modalités décrites à la présente clause, 100 % des frais engagés par l'assuré à la suite de l'annulation ou de l'interruption d'un voyage dans la mesure où les frais engagés ont trait à des frais de voyage payés d'avance par l'assuré alors que la présente garantie est en vigueur, et que ce dernier, au moment de finaliser les arrangements du voyage, ne connaît aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation ou l'interruption du voyage prévu. Les frais couverts sont limités au maximum indiqué au **Sommaire des garanties**.

1. 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 l'assuré 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 l'assuré, de son conjoint, d'un enfant de l'assuré ou de son conjoint, du compagnon de voyage ou d'un associé en affaires.
- Le décès d'un proche parent de l'assuré autre que son conjoint ou son enfant ou d'un proche parent du compagnon de voyage si les funérailles ont lieu au cours de la période prévue du voyage ou dans les 14 jours qui la précèdent.
- Le décès ou l'hospitalisation d'urgence de l'hôte à destination.
- La convocation de l'assuré ou de son compagnon de voyage à agir comme membre d'un jury, ou leur assignation comme témoin dans une cause à être entendue durant la période du voyage, à la condition que la personne concernée ne soit pas partie au litige et ait entrepris les démarches nécessaires pour obtenir le report de la cause.
- La mise en quarantaine de l'assuré ou de son compagnon de voyage, sauf si celui-ci se termine plus de 7 jours avant la date prévue du départ.
- Le détournement de l'avion à bord duquel l'assuré voyage.
- Un sinistre rendant inhabitable la résidence principale de l'assuré, 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 l'assuré 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 l'assuré, 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 au retard du moyen de transport utilisé pour se rendre au point de départ, à la condition que l'horaire du moyen de transport utilisé prévoyait une arrivée au moins 3 heures avant le départ ou au moins 2 heures si la distance à parcourir était inférieure à 100 kilomètres. La cause du retard doit être, soit les conditions atmosphériques, soit des difficultés mécaniques (sauf pour une automobile privée), soit un accident de la circulation, soit la fermeture d'urgence d'une route, chacune des deux dernières causes devant être appuyée par un rapport de police.

- Les conditions atmosphériques retardant le départ du transporteur public utilisé par l'assuré, au point de départ projeté, d'au moins 30 % (minimum 48 heures) de la durée prévue du voyage ou empêchant l'assuré 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 d'emploi permanent de l'assuré ou de son conjoint, pourvu que la personne concernée occupait le poste permanent chez le même employeur depuis plus d'un an.

2. Frais couverts

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

- 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 l'assuré 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 l'assuré 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 l'assuré est retardé à cause des conditions atmosphériques et qu'il 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.
 Toutefois, si le retour de l'assuré est retardé de plus de 7 jours à la suite d'une maladie ou d'un accident subi par l'assuré 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.
 - b) La portion non utilisée et non remboursable de la partie terrestre des frais de voyage payés d'avance.

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

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

- 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 du 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 l'assuré ou de son compagnon de voyage à un acte criminel ou réputé tel.
- La grossesse ou les complications en résultant dans les 8 semaines précédant la date prévue de l'accouchement.
- Une blessure que l'assuré 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 l'assuré de médicaments, de drogues ou d'alcool en quantité toxique.
- La participation à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteur ou à tout genre d'épreuve de vitesse, ou vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, au saut à l'élastique (*bungee jumping*) ou à toute autre activité dangereuse.
- Une condition médicale pour laquelle l'assuré ou son compagnon de voyage a été hospitalisé ou a reçu ou s'est fait prescrire un traitement médical ou pour laquelle elle a consulté un médecin dans les 90 jours précédant la date où les frais de voyage sont engagés, sauf s'il est prouvé à la satisfaction de l'Assureur que la condition de la personne concernée est stabilisée au moment où les frais ont été engagés. Un changement quant à un médicament, à sa posologie ou à son utilisation est considéré comme étant un traitement médical.
- Lorsque le sinistre est relié à toute condition connue de l'assuré ou de son compagnon de voyage et sujette à des périodes d'aggravation soudaine qui ne peuvent être contrôlées par médication ou autrement.

4. 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.

5. 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 l'assuré ne serait pas tenu de payer en l'absence de la garantie.

6. Demande de prestations pour l'assurance annulation

Lors d'une demande de prestations, l'assuré doit fournir les preuves justificatives suivantes :

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

LA CAPITALE RÉPOND À VOS QUESTIONS

➤ **Quand pouvez-vous nous joindre?**

Du lundi au vendredi de 8 h 30 à 17 h 00 au 1 800 463-4856 ou 418 644-4200.

Pour un service téléphonique plus rapide, ayez sous la main votre carte de services sur laquelle apparaissent vos numéros de contrat et d'identification.

➤ **Vous changez d'adresse?**

Veillez communiquer avec nous et nous informer de votre nouvelle adresse le plus rapidement possible. Vous éviterez ainsi les délais postaux.

➤ **Vous avez des enfants à charge de plus de 17 ou 20 ans*?**

Vous devez remplir, à chaque session, l'attestation de fréquentation scolaire à temps plein au bas du formulaire de demande de prestations (*selon l'âge prévu à votre contrat).

➤ **Vous désirez un formulaire de demande de prestations?**

Visitez notre site Internet www.lacapitale.com et téléchargez la plupart de nos formulaires. Vous pouvez aussi obtenir un formulaire auprès du responsable de groupe chez votre employeur ou chez le Preneur du contrat.

➤ **Pour faciliter le traitement de votre demande**

Veillez indiquer sur toute correspondance, vos nom, prénom, numéro de contrat, numéro d'employeur ainsi que votre numéro d'identification apparaissant sur votre carte de services.

➤ **Vous demandez un remboursement pour des professionnels de la santé?**

Pour tous les professionnels de la santé couverts par la présente garantie, l'estampe ou le sceau du professionnel doit être apposé sur le reçu. De même, la signature du professionnel, le nom de l'association, son numéro de permis, les dates de traitements et le nom de la personne traitée sont requis.

Les reçus informatisés ou personnalisés des professionnels sont acceptés pourvu que les informations précitées y soient indiquées.

➤ **Des questions au sujet de votre chèque de remboursement?**

Si vous avez reçu un remboursement moins important que celui que vous attendiez, n'oubliez pas qu'en début d'année, il est possible que vous ayez une franchise ou une coassurance à défrayer. Vérifiez les explications sur le talon du chèque ou du dépôt.

Nous vous rappelons que les chèques non encaissés deviennent périmés après 6 mois.

POUR JOINDRE LA CAPITALE

Québec

625, rue Jacques-Parizeau
Case postale 1500
Québec (Québec) G1K 8X9
418 644-4200

Montréal

Bureau 820
425, boulevard de Maisonneuve Ouest
Montréal (Québec) H3A 3G5
514 873-6506

Numéro sans frais : 1 800 463-4856
Application mobile La Capitale

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

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

Ce document est distribué à titre informatif seulement et ne change en rien les conditions et dispositions du contrat.

(2023.02.02) mcl