



Votre régime



On nourrit le monde
Feeding the world

Numéro de police : 14U30

OLYMEL, SOCIÉTÉ EN COMMANDITE ET UNION
INTERNATIONALE DES TRAVAILLEURS ET TRAVAILLEUSES
UNIS DE L'ALIMENTATION ET DE COMMERCE FAT-COI-CTC-FTQ
SECTION LOCALE 1991-P, SAINT-ESPRIT DE MONTCALM

**Division : 180 – Olymel Saint-Esprit –
Salariés occasionnels et salariés régis**

1^{er} mai 2020

Ce document contient des renseignements importants.
Conservez-le pour consultation ultérieure.

SSQ, SOCIÉTÉ D'ASSURANCE-VIE INC.

VOTRE RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

OLYMEL, SOCIÉTÉ EN COMMANDITE et
UNION INTERNATIONALE DES TRAVAILLEURS ET TRAVAILLEUSES UNIS DE
L'ALIMENTATION ET DE COMMERCE, FAT-COI-CTC-FTQ –
SECTION LOCALE 1991-P, SAINT-ESPRIT DE MONTCALM

Le présent document décrit les dispositions contractuelles en vigueur le 1^{er} mai 2020
pour les adhérents suivants :

Division : 180 – Olymel Saint-Esprit – Salariés occasionnels et salariés régis

(Numéro de police : 14U30)

Dans ce document, SSQ Assurance (ou SSQ) signifie SSQ, Société d'assurance-vie inc.

AVIS DE CONSTITUTION DE DOSSIER ET D'UTILISATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Avis de constitution de dossier

SSQ Assurance accorde une grande importance à la protection des renseignements personnels qu'elle recueille dans le cadre de ses activités. C'est pourquoi, dans le but d'assurer le caractère confidentiel de ceux-ci, SSQ Assurance (SSQ, Société d'assurance-vie inc., SSQ Distribution inc. et leurs filiales) constitue un dossier d'assurance dans lequel sont versés les renseignements vous concernant. Tous les renseignements que nous recueillons à différents moments, que ce soit lors de la demande d'assurance, de renouvellement, de modification ou de réclamation, seront ajoutés à votre dossier. Sauf les exceptions prévues à la loi, seuls les employés, les fournisseurs de services ou les mandataires de SSQ Assurance et toute autre personne que vous aurez autorisée y auront accès lorsque requis pour l'exercice de leurs fonctions ou l'exécution de leur mandat.

Votre dossier sera conservé aux bureaux de SSQ Assurance ou dans les locaux de tiers autorisés. Vous avez le droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans ce dossier et, le cas échéant, de les faire rectifier en faisant parvenir une demande écrite au responsable de la protection des renseignements personnels à l'adresse ci-dessous.

Responsable de la protection des renseignements personnels

SSQ Assurance, 2525, boul. Laurier, C.P. 10500, succ. Sainte-Foy, Québec (Québec) G1V 4H6

Collecte et utilisation de vos renseignements personnels

SSQ Assurance recueille les renseignements nécessaires à la gestion et à l'administration de la relation d'affaires que nous avons avec vous ainsi que tout autre renseignement obtenu lors de vos interactions avec nous.

Les renseignements personnels que nous recueillons, conservons et utilisons nous permettent de vérifier votre identité, de valider votre admissibilité à nos produits et services, d'estimer les risques d'assurance, d'établir la prime, de traiter vos réclamations, d'administrer votre dossier et de satisfaire aux exigences légales. Ils peuvent aussi être utilisés à des fins statistiques pour nous permettre d'améliorer nos produits, services, campagnes ou promotions. Si vous nous avez donné votre numéro d'assurance sociale, il sera utilisé uniquement à des fins administratives et fiscales.

Pour en connaître davantage sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, visitez le ssq.ca.

VOTRE DOCUMENTATION D'ASSURANCE

Si votre contrat a été modifié après la production du présent livret, il peut y avoir des différences entre le libellé de ce dernier et celui de la police. Le cas échéant, le libellé de la police prévaudra. Vous avez donc le droit de consulter la police à l'adresse du preneur et en obtenir copie.

C'est dans le seul but d'alléger le texte que le genre masculin est utilisé dans le présent document pour désigner autant les femmes que les hommes.

TABLE DES MATIÈRES

TABLEAU DES GARANTIES	i
DISPOSITIONS GÉNÉRALES	1
Définitions et interprétation.....	1
Règles de participation	6
Périodes d'application de l'assurance	8
Paiement des prestations	13
Limitation des engagements contractuels.....	15
Changements d'assureur	15
Exonération des primes en cas d'invalidité totale	16
RÉGIME D'ASSURANCE VIE.....	20
Votre assurance vie	20
Votre assurance vie additionnelle	22
Assurance vie de votre conjoint et de vos enfants à charge	23
RÉGIME D'ASSURANCE SALAIRE	25
Votre assurance salaire de courte durée	25
Votre assurance salaire de longue durée.....	29
RÉGIME D'ASSURANCE SOINS DE SANTÉ	34
Assurance maladie	34
Médicaments (Assurance maladie).....	40
Hospitalisation (Assurance maladie).....	43
Établissements pour soins spécialisés (Assurance maladie).....	44
Professionnels de la santé (Assurance maladie)	45
Soins de la vue (Assurance maladie)	47
Autres frais médicaux (Assurance maladie).....	48
Assurance voyage avec assistance (Assurance maladie).....	53
ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS.....	59

TABLEAU DES GARANTIES

Dispositions générales

Le présent document décrit les dispositions contractuelles en vigueur le 1^{er} mai 2020.

Nom du groupe	14U30 – Olymel, Société en commandite et Union internationale des travailleurs et travailleuses unis de l'alimentation et de commerce, FAT-COI-CTC-FTQ – Section locale 1991-P, Saint-Esprit de Montcalm
Classe	Division 180 – Olymel Saint-Esprit – Salariés occasionnels et salariés régis
Catégorie de personnes admissibles à titre d'adhérents	Tous les salariés syndiqués à temps plein travaillant pour le preneur 20 heures ou plus par semaine
Date d'admissibilité des nouveaux employés	Date correspondant au premier jour ouvrable qui suit la fin de la période probatoire, qui est de 520 heures ouvrables
Fin de période de propre emploi pour définition d'invalidité totale	Après 24 mois d'une même période d'invalidité totale

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance vie

Votre assurance vie

Montant d'assurance pour les moins de 65 ans	25 000 \$
Réduction du montant d'assurance à 65 ans	50 % de moins que le montant d'assurance pour les moins de 65 ans
Fin de l'assurance	Le jour de votre 70 ^e anniversaire ou de votre départ à la retraite, selon la première occurrence

Votre assurance vie additionnelle

Montant d'assurance	En fonction de la prime payable Choix d'un montant par unités de 10 000 \$ Nombre minimal d'unités : 1 Nombre maximal d'unités : 10
	Preuves d'assurabilité requises
Fin de l'assurance	Le jour de votre 65 ^e anniversaire ou de votre départ à la retraite, selon la première occurrence

Assurance vie de votre conjoint et de vos enfants à charge

Montant d'assurance	Pour votre conjoint : 5 000 \$ Pour vos enfants à charge (de 24 heures ou plus) : 2 500 \$
Fin de l'assurance	Le jour de votre 70 ^e anniversaire ou de votre départ à la retraite, selon la première occurrence

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance salaire

Votre assurance salaire de courte durée

Prestations	60 % du salaire hebdomadaire payable au début de l'invalidité totale, le résultat étant arrondi au dollar supérieur Maximum : le montant payable en vertu de l'assurance-emploi
Réduction des prestations	Après application de tout maximum prévu ci-dessus, le montant de vos prestations est réduit des revenus provenant des sources indiquées dans la description de la garantie.
Période de référence	Semaine de 7 jours
Délai de carence	7 jours Le délai de carence débute à la date de la première visite médicale en lien avec l'invalidité, dans la mesure où cette visite a lieu après le premier jour d'invalidité.
Durée maximale des prestations	17 semaines à partir du début de l'invalidité totale
Assurance intégrée à l'assurance emploi	Cette garantie ne prévoit pas de prestations pour les périodes au cours desquelles vous êtes admissible à des prestations d'assurance emploi.
Fréquence de versement des prestations	Hebdomadaire
Imposition des prestations	Prestations non imposables
Fin du versement des prestations	Le jour de votre 70 ^e anniversaire ou de votre départ à la retraite, selon la première occurrence Toutefois, si le versement des prestations débute dans les 15 semaines qui précèdent votre 70 ^e anniversaire de naissance, il peut se poursuivre tant que dure l'invalidité totale, sous réserve d'un maximum de 15 semaines.
Fin de l'assurance	Le jour de votre 70 ^e anniversaire ou de votre départ à la retraite, selon la première occurrence

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance salaire (suite)

Votre assurance salaire de longue durée

Prestations	Régime de base et option 1	Option 2
		60 % du salaire mensuel payable au début de l'invalidité totale, le résultat étant arrondi au dollar supérieur
Maximum sans preuves :	2 725 \$	
Maximum :	5 300 \$	
Réduction des prestations	Après application de tout maximum prévu ci-dessus, le montant de vos prestations est réduit des revenus provenant des sources indiquées dans la description de la garantie.	
Délai de carence	Du début de l'invalidité totale jusqu'à la fin de la période maximale des prestations d'assurance salaire de courte durée	
Fin de période de propre emploi pour définition d'invalidité totale	Voir les « Dispositions générales » du présent « Tableau des garanties »	
Fréquence de versement des prestations	Mensuelle	
Imposition des prestations	Imposables	
Fin du versement des prestations	Le jour de votre 65 ^e anniversaire	
Fin de l'assurance	Le jour de votre 65 ^e anniversaire ou de votre départ à la retraite, selon la première occurrence	

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance soins de santé

Assurance maladie

Année de référence : les maximums annuels s'échelonnent du 1^{er} mai au 30 avril.

Protection	Régime de base	Option 1	Option 2
Franchise pour les médicaments seulement	Par adulte	Par service	
Par médicament innovateur ¹	Déboursé équivalent à celui de la RAMQ	5 \$	2 \$
Par médicament à source unique ou générique		Aucune	
Médicaments			
Pourcentage de remboursement	100 %	80 %	90 %
		jusqu'au maximum annuel à débourser par certificat selon le RGAM, 100 % des frais engagés par la suite au cours de la même année	
Médicaments avec carte SSQ*	Paiement direct		
Injections sclérosantes*	20 \$ admissibles par visite Remboursement regroupé avec les médicaments		
Produits anesthésiants*	20 \$ admissibles par intervention Remboursement regroupé avec les médicaments		
Produits antitabac*	Maximum prévu au RGAM Remboursement regroupé avec les médicaments		
Traitements de viscosuppléance*	Remboursement regroupé avec les médicaments		
Vaccins préventifs*	100 \$ admissibles par année de référence Remboursement regroupé avec les médicaments		
Contraceptifs oraux et médicaments préventifs*	Remboursement regroupé avec les médicaments		

- Il est possible d'obtenir un remboursement calculé d'après le coût d'un médicament innovateur pour lequel aucune substitution n'est possible pour des raisons médicales, sous réserve du paiement de la franchise prévue pour la version générique et sur présentation d'un formulaire approprié dûment rempli par le médecin traitant et pourvu que l'absence de substitution soit approuvée par SSQ.

***Ordonnance médicale requise**

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance soins de santé (suite)

Année de référence : les maximums annuels s'échelonnent du 1^{er} mai au 30 avril.

Protection	Régime de base	Option 1	Option 2
Hospitalisation			
Pourcentage de remboursement	100 %		
Chambre d'hôpital	Chambre semi-privée 120 jours par période de soins		
Établissements pour soins spécialisés			
Pourcentage de remboursement	100 %		
Maison de convalescence*	Chambre semi-privée 120 jours par période de soins dans les 14 jours suivant une hospitalisation		
Cure de désintoxication*	80 \$ admissibles par jour jusqu'à concurrence de 2 500 \$ de remboursement par personne assurée pour la durée du contrat		

***Ordonnance médicale requise**

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance soins de santé (suite)

Année de référence : les maximums annuels s'échelonnent du 1^{er} mai au 30 avril.

Protection	Régime de base	Option 1	Option 2
Professionnels de la santé			
Pourcentage de remboursement	70 %	80 %	90 %
Acupuncteur Audiologiste Chiropraticien** Ergothérapeute Homéopathe Kinésithérapeute (kinothérapeute) Massothérapeute* Naturopathe Orthophoniste Orthothérapeute Ostéopathe** Podiatre** Podologue**	Non couvert	300 \$ de remboursement par année de référence par personne assurée pour l'ensemble de ces spécialités	600 \$ de remboursement par année de référence par personne assurée pour l'ensemble de ces spécialités
Physiothérapeute	300 \$ de remboursement par année de référence par personne assurée		
Psychologue Travailleur social Conseiller en orientation	300 \$ de remboursement par année de référence par personne assurée pour l'ensemble de ces spécialités		

***Ordonnance médicale requise**

****Y compris une radiographie de 50 \$ par année de référence par personne assurée pour chacune de ces spécialités**

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance soins de santé (suite)

Année de référence : les maximums annuels s'échelonnent du 1^{er} mai au 30 avril.

Protection	Régime de base	Option 1	Option 2
Soins de la vue			
Pourcentage de remboursement	s.o.	80 %	90 %
Examen de la vue ou de réfraction oculaire par un optométriste ou un ophtalmologiste	Non couvert	50 \$ de remboursement par période de 24 mois consécutifs par personne assurée	
Lunettes, lentilles cornéennes et correction visuelle par laser*	Non couvert	Non couvert	150 \$ de remboursement par période de 24 mois consécutifs
Autres frais médicaux			
Pourcentage de remboursement	70 %	80 %	90 %
Ambulance Transport ambulancier par avion ou par train*			
Analyses de laboratoire*	500 \$ admissibles par année de référence par personne assurée pour l'ensemble de ces tests médicaux		
Échographies*			
Électrocardiogrammes*			
Radiographies*			
Résonances magnétiques*			
Tomodensitométries*			
Appareil d'assistance respiratoire*			
Appareils orthopédiques*			
Articles pour stomie*			

***Ordonnance médicale requise**

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance soins de santé (suite)

Année de référence : les maximums annuels s'échelonnent du 1^{er} mai au 30 avril.

Protection	Régime de base	Option 1	Option 2
Autres frais médicaux (suite)			
Pourcentage de remboursement	70 %	80 %	90 %
Fauteuil roulant et marchette*	1 500 \$ admissibles par personne assurée pour la durée du contrat		
Fournitures médicales*			
Glucomètre*	Un appareil et jusqu'à concurrence de 200 \$ admissibles par période de 36 mois consécutifs par personne assurée		
Infirmier*	300 \$ admissibles par jour, jusqu'à concurrence de 10 000 \$ de remboursement par année de référence par personne assurée		
Lit d'hôpital*			
Lunettes opaques*			
Neurostimulateur transcutané*	700 \$ admissibles par personne assurée pour la durée du contrat		
Orthèses plantaires*	400 \$ admissibles par période de 24 mois consécutifs par personne assurée		
Pompe à drainage et accessoires de percussion thoracique*			
Prothèse capillaire*	200 \$ admissibles pour la durée du contrat		
Prothèse externe et membre artificiel*			
Soutiens-gorges postopératoires*	200 \$ admissibles par période de 24 mois consécutifs par personne assurée		
Traitements dentaires à la suite d'un accident aux dents naturelles ou à la mâchoire	Frais admissibles dans les 12 mois suivant l'accident par personne assurée		

***Ordonnance médicale requise**

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance soins de santé (suite)

Année de référence : les maximums annuels s'échelonnent du 1^{er} mai au 30 avril.

Protection	Régime de base	Option 1	Option 2
Autres frais médicaux (suite)			
Pourcentage de remboursement	s.o.	80 %	90 %
Appareil auditif*	Non couvert	600 \$ admissibles par période de 48 mois consécutifs par personne assurée	
Appareils thérapeutiques*		10 000 \$ admissibles par personne assurée pour la durée du contrat	
Pompes à insuline*			
Accessoires pour pompes à insuline*			
Bas de contention*		3 paires par année de référence par personne assurée	
Chaussures orthopédiques*	150 \$ admissibles par année de référence par personne assurée		
Voyage			
Pourcentage de remboursement	100 %		
Assurance voyage avec assistance	5 000 000 \$ de remboursement par séjour par personne assurée ¹		
Fin de l'assurance	Le jour de votre départ à la retraite		

*** Ordonnance médicale requise**

1. Pour tout séjour qui doit durer plus de 180 jours, la personne assurée doit communiquer à l'avance avec SSQ afin de connaître les conditions qui s'appliquent.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Définitions et interprétation

Certains termes de la description de votre régime sont définis ci-après. Ils doivent s'interpréter en conséquence chaque fois que le contexte le permet. Ces définitions concernent des termes utilisés dans plus d'une partie du texte. Au besoin, d'autres termes sont définis dans la description de la garantie où il en est fait usage.

Afin de tenir compte de certaines caractéristiques de votre assurance collective, des notes peuvent se trouver au « Tableau des garanties ». Ces notes ont préséance sur les autres dispositions du régime pour ce qui est de toute divergence.

Accident

Événement non intentionnel, soudain, fortuit et imprévisible qui est exclusivement attribuable à une cause externe de nature violente et qui, directement et indépendamment de toute autre cause, occasionne des lésions corporelles.

Adhérent

Se dit d'une personne admise à l'assurance en sa qualité de membre d'une classe de personnes admissibles. Pour qu'une personne soit reconnue comme adhérent, elle doit aussi être couverte par les régimes d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation d'une province canadienne. De plus, un employé ne peut être reconnu comme adhérent que s'il réside au Canada et y a effectivement son lieu de travail habituel.

Administrateur du régime

Personne désignée par le preneur comme responsable de l'administration du présent régime.

Conjoint

Se dit d'une personne qui réside au Canada, qui est couverte par les régimes d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation d'une province canadienne et :

- a) qui est liée à vous par une union civile ou par un mariage légalement reconnu;
ou
- b) de qui vous pouvez prouver qu'elle fait habituellement vie commune avec vous et que vous avez désignée par écrit à SSQ comme votre conjoint, pourvu qu'un enfant soit issu de votre union;
ou
- c) de qui vous pouvez prouver qu'elle fait habituellement vie commune avec vous depuis au moins 12 mois et que vous avez désignée par écrit à SSQ comme votre conjoint.

Ce statut de conjoint est annulé lorsque :

- a) dans le cas d'un mariage ou d'une union civile, vous et cette personne êtes séparés depuis plus de 3 mois ou avez obtenu votre divorce ou l'annulation de votre mariage ou de votre union civile;
- b) dans le cas d'une union de fait, vous et cette personne êtes séparés depuis plus de 3 mois.

En présence de deux conjoints, seule est reconnue comme conjoint la dernière personne que vous avez désignée comme tel dans un avis écrit à SSQ. En l'absence de désignation de conjoint, seule est reconnue comme conjoint la personne à qui vous êtes lié par union civile ou mariage.

Contrat

Entente entre SSQ et le preneur à l'égard du contrat dont le numéro identifie le présent document.

Effectivement au travail

Le fait pour un employé d'être présent à son lieu de travail et d'exercer ses fonctions habituelles selon son horaire normal de travail et à plein salaire. L'employé qui n'est pas invalide est aussi considéré comme effectivement au travail si l'unique raison de son absence est qu'il est en période de congé ou qu'il ne s'agit pas d'une journée ouvrable pour lui.

Employé

Se dit d'une personne travaillant pour l'employeur à titre d'employé régulier et faisant partie de l'une des classes d'employés admissibles mentionnées au contrat.

Employeur

Se dit de tout employeur dont au moins une classe d'employés est admissible à l'assurance du régime.

Enfant à charge

Se dit d'un enfant à l'égard duquel vous ou votre conjoint exercez l'autorité parentale ou l'exerceriez s'il était mineur et dont vous ou votre conjoint assumez le soutien. Pour être reconnu comme tel, l'enfant à charge doit résider au Canada et être couvert par les régimes d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation d'une province canadienne. Pour être admissible, il doit aussi être célibataire, et :

- a) être âgé de moins de 21 ans;
ou
- b) être âgé de 21 ans ou plus mais de moins de 26 ans et étudier à temps plein dans une institution d'enseignement reconnue; SSQ exige la preuve de l'inscription à un programme d'études;
ou
- c) quel que soit son âge, être domicilié chez vous ou chez votre conjoint et être atteint d'une invalidité physique ou mentale grave de nature incurable et chronique qui a débuté lorsque la personne répondait à l'une ou l'autre des conditions énoncées précédemment dans la présente définition et être demeuré continuellement invalide depuis cette date; l'invalidité doit rendre l'enfant incapable d'avoir une occupation rémunératrice et SSQ peut exiger à cet égard les preuves médicales qu'elle juge nécessaires.

En outre, pour être admissible, l'enfant du conjoint doit habiter avec vous.

Hospitalisation

Admission à l'hôpital pour une durée minimale de 24 heures ou pour une chirurgie dite chirurgie d'un jour.

Invalidité totale

Au début de la période d'invalidité totale

Invalidité causée par un accident ou une maladie et qui vous rend totalement incapable de remplir les principales fonctions de votre emploi habituel.

À compter de la fin de la période de propre emploi indiquée au « Tableau des garanties »

Invalidité causée par un accident ou une maladie et qui vous rend totalement incapable d'exercer toute occupation rémunératrice à laquelle vous êtes raisonnablement préparé par votre éducation, votre formation ou votre expérience, et ce, sans égard à la disponibilité d'emploi.

Ne correspond pas à la définition d'invalidité totale l'état d'un employé apte au travail mais sans permis de conduire parce qu'il n'a pas renouvelé ce dernier, qu'il se l'est vu révoquer par la Société de l'assurance automobile du Québec ou par tout autre organisme chargé de la délivrance des permis de conduire ou encore parce qu'il ne s'est pas soumis à l'évaluation médicale exigée par la Société ou cet organisme.

Invalidité totale résultant d'un accident

Invalidité totale résultant exclusivement d'un accident et débutant dans les 30 jours suivant la date de cet accident.

Maladie

Détérioration de la santé ou désordre de l'organisme, tels que constatés par un médecin. Aux fins d'application du contrat, le terme sert aussi à désigner les complications de grossesses, ainsi que les dons d'organes et leurs complications.

Médecin

Se dit d'une personne légalement autorisée à pratiquer la médecine là où elle la pratique.

Occupation rémunératrice

Une occupation :

- a) qui vous permet de toucher un revenu brut (avant déductions) équivalant à au moins 60 % de la rémunération que vous receviez avant l'invalidité totale, multiplié par le taux d'indexation annuel de la RRQ;
- b) qui s'exerce dans la province ou le territoire canadien où vous travailliez lorsque vous êtes devenu totalement invalide ou dans la province ou le territoire où vous êtes actuellement domicilié;
- c) que vous êtes ou pourriez raisonnablement devenir apte à exercer en raison de votre formation, de votre scolarité ou de votre expérience.

Période de prime

Période à l'égard de laquelle une prime est payable, conformément à l'entente entre SSQ et le preneur.

Période d'invalidité totale

Période au cours de laquelle vous êtes totalement invalide et dont la durée initiale ne peut être plus courte que :

- a) la durée du délai de carence applicable prévu à votre garantie d'assurance salaire de courte durée, le cas échéant;
- b) 7 jours consécutifs dans les cas où votre régime ne comporte pas de garantie d'assurance salaire de courte durée.

Période probatoire

Période définie dans le « Tableau des garanties » pendant laquelle un employé doit avoir travaillé pour l'employeur avant de pouvoir être admissible au présent régime d'assurance collective.

Personne assurée

Se dit d'une personne admise à l'assurance de la garantie dont il est question dans le contexte où le terme est utilisé.

Récidive d'invalidité totale

Périodes successives d'invalidité totale dues aux mêmes causes et séparées par moins de 14 jours complets consécutifs au cours desquels vous avez été effectivement au travail ou avez été apte à y être. Se dit aussi de périodes successives d'invalidité totale dues à des causes entièrement différentes et séparées par moins d'un jour complet au cours duquel vous avez été de retour au travail.

Lorsqu'une période d'invalidité totale, telle que définie précédemment, excède le délai de carence de l'assurance salaire de longue durée, une période d'invalidité totale due aux mêmes causes que la période précédente est une récidive d'invalidité totale si les périodes sont séparées par moins de 180 jours complets consécutifs au cours desquels vous avez été de retour au travail selon un horaire quotidien minimal équivalant à celui que vous aviez avant votre invalidité ou avez été apte à l'être.

Après la fin du contrat, les durées servant à déterminer la fin des périodes d'invalidité totale sont celles qui sont prévues par la loi.

Salaire

Votre salaire régulier, y compris les bonis, les paiements pour heures supplémentaires et les commissions régulières, mais à l'exclusion des bonis, paiements pour heures supplémentaires de travail, commissions, honoraires occasionnels, ainsi que des primes de logement et de repas, montants versés par l'employeur à titre d'avantages sociaux, primes d'éloignement et paiements forfaitaires.

Si vous êtes travailleur occasionnel, la moyenne de ce salaire, calculée en fonction des heures travaillées au cours des douze derniers mois ou, si vous avez travaillé moins de 12 mois, des heures travaillées pendant cette période.

Le salaire servant au calcul des primes et des prestations est le plus élevé entre votre salaire tel que défini précédemment et votre rémunération assurable au sens de la Loi sur l'assurance emploi.

Salaire net

Votre salaire, réduit des impôts fédéral et provincial et des cotisations annuelles à l'assurance emploi, au régime gouvernemental québécois d'assurance parentale et au Régime de pensions du Canada ou au Régime de rentes du Québec.

Subrogation

Substitution, dans un rapport juridique, d'une personne à une autre ou, parfois, d'une chose à une autre. Le droit de subrogation est décrit plus loin à la présente section des « Dispositions générales ».

Totalement invalide

Se dit de l'état d'une personne répondant à la définition d'« invalidité totale » du contrat.

Vous

Pronom personnel servant à désigner l'adhérent. Les adjectifs possessifs de la deuxième personne du pluriel servent aussi à s'adresser à l'adhérent.

Règles de participation

1. Obligation de participer

Votre régime d'assurance collective est un régime à participation obligatoire. Toutefois, un droit d'exemption de participation s'applique aux garanties du régime d'assurance soins de santé.

Bien qu'il s'agisse d'un régime obligatoire, en ce qui concerne les garanties d'assurance maladie, différents types de protection parmi lesquels vous pouvez choisir s'offrent à vous. Ces choix, indiqués dans le « Tableau des garanties », sont les suivants : Régime de base, Option 1 et Option 2.

Vous devez indiquer votre choix à l'adhésion initiale. Si aucun choix n'est effectué dans les 31 jours suivant votre admissibilité, l'Option 1 vous sera attribuée par défaut. Vous pouvez ensuite modifier votre choix au moment du renouvellement. Si vous êtes absent du travail ou en invalidité totale à la date d'entrée en vigueur du régime, l'Option 1 vous est attribuée par défaut. Vous pouvez cependant opter pour un autre choix dans les 31 jours suivant votre retour au travail.

À moins d'avis contraire du preneur, les campagnes d'adhésion auront lieu tous les deux ans.

2. Conditions d'admission

Toute personne qui réside au Canada, qui est effectivement au travail et répond aux conditions d'admission énoncées au « Tableau des garanties », est admissible à l'assurance à titre d'adhérent, à moins d'indication contraire. Si la seule raison de son absence est qu'elle est en congé ou que le jour où elle deviendrait admissible n'est pas un jour ouvrable, elle peut aussi être admise à l'assurance.

Les décès et invalidités totales résultant d'invalidités ayant débuté pendant que la personne était assurée à leur égard à titre d'adhérent en vertu d'un contrat antérieur d'assurance collective ne sont pas pris en charge par les contrats collectifs subséquents, sauf dans les cas convenus entre SSQ et le preneur, ainsi que dans ceux qui sont prévus par les normes canadiennes ou encore par la loi, le cas échéant.

Le conjoint et les enfants à charge d'une personne qui est assurée à titre d'adhérent sont eux-mêmes admissibles à l'assurance à titre de conjoint ou d'enfants à charge.

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

Toute personne assurée aux termes du contrat antérieur est couverte de plein droit par le nouveau contrat à compter de la résiliation du contrat antérieur si la fin de son assurance n'est attribuable qu'à cette résiliation et que cette personne appartient à une catégorie d'adhérents couverts par le nouveau contrat.

3. Demandes d'adhésion

Une demande d'adhésion doit parvenir à SSQ pour que l'assurance entre en vigueur, et ce, même dans les cas où l'adhésion à l'assurance est obligatoire. Si la demande n'est pas transmise à l'intérieur des délais prévus au présent régime, SSQ peut exiger des preuves d'assurabilité et refuser la demande d'adhésion.

Certains événements, tel un mariage ou la naissance d'un enfant, peuvent vous permettre de modifier l'assurance qui est entrée en vigueur à l'adhésion. Les dispositions concernant les périodes d'assurance décrivent les modalités entourant l'adoption de ces modifications.

L'administrateur du régime doit aviser SSQ par écrit de l'ajout de toute nouvelle personne devant être assurée à titre de conjoint ou d'enfant à charge et de toute personne qui doit cesser de l'être.

4. Preuves d'assurabilité

Vous devez fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par SSQ afin d'avoir droit à ce qui suit :

- a) tout montant d'assurance qui dépasse le maximum pouvant être obtenu sans preuves d'assurabilité. Dans les cas où il s'applique, ce montant est indiqué au « Tableau des garanties »;
- b) toute assurance pour laquelle la demande d'adhésion est faite plus de 31 jours après la date à laquelle la personne y est devenue admissible, sauf pour la garantie d'assurance maladie.

Si vous présentez des preuves d'assurabilité pour votre conjoint ou vos enfants à charge, l'assurance ainsi obtenue n'est en vigueur que pour la personne pour qui les preuves ont été approuvées.

5. Droit d'exemption

Si vous êtes assuré par une garantie équivalente d'un autre contrat d'assurance collective, vous pouvez obtenir une exemption de participation à l'assurance de la garantie d'assurance maladie en vous adressant à l'administrateur du régime. Vous devez aviser SSQ par écrit dès que vous cessez d'être assuré par la garantie vous ayant permis d'être exempté de participer à une assurance du présent régime. Cette dernière entre alors en vigueur rétroactivement à la date de la fin de votre assurance en vertu de l'autre contrat, sous réserve du paiement de toutes les primes payables depuis cette date. Tant que toutes les primes n'ont pas été versées à SSQ, aucune prestation n'est payable à l'égard de frais engagés avant l'entrée en vigueur de votre assurance en vertu du présent régime.

En cas de non-paiement rétroactif des primes, la seule date possible d'entrée en vigueur d'une garantie d'assurance maladie en vertu du présent régime est la date de réception de l'avis par SSQ.

6. Personne assurée de 65 ans ou plus qui réside au Québec

Lorsqu'une personne assurée réside au Québec au moment où elle atteint l'âge de 65 ans, elle devient assurée par le régime public d'assurance médicaments du Québec. Une personne assurée en vertu du présent régime peut cependant demander à la Régie de l'assurance maladie du Québec d'annuler son inscription au régime public afin de ne pas en payer la prime, auquel cas elle doit aussi au préalable aviser SSQ de cette décision et payer la prime prévue pour les personnes de 65 ans ou plus qui ne sont pas inscrites au régime public. Il est entendu que personne ne peut maintenir sa participation à l'assurance à titre de conjoint d'une personne qui n'a pas elle-même maintenu sa participation à titre d'adhérent. Enfin, une personne qui accepte de devenir assurée par le régime public d'assurance médicaments ne peut pas plus tard choisir de devenir assurée par l'assurance maladie du présent régime.

Périodes d'application de l'assurance

1. Heure d'entrée en vigueur de l'assurance

Toute date d'entrée en vigueur de l'assurance court à partir de 0 h 01 au lieu de résidence de la personne assurée.

2. Début de l'assurance

Pour vous-même

Si SSQ reçoit votre demande d'adhésion à l'assurance au plus tard dans les 31 jours qui suivent la date à laquelle vous y devenez admissible, votre assurance entre en vigueur à la date à laquelle vous y devenez admissible.

Sinon, elle entre en vigueur à la date à laquelle SSQ reçoit votre demande; toutefois les garanties pour lesquelles vous devez fournir des preuves d'assurabilité entrent en vigueur à la date d'acceptation de celles-ci.

Pour votre conjoint ou vos enfants à charge

Si SSQ reçoit la demande d'adhésion à l'assurance pour votre conjoint ou vos enfants à charge au plus tard dans les 31 jours qui suivent la date à laquelle ils y deviennent admissibles, leur assurance entre en vigueur à la date à laquelle ils y deviennent admissibles.

Sinon, elle entre en vigueur à la date à laquelle SSQ reçoit la demande; toutefois les garanties pour lesquelles des preuves d'assurabilité sont exigibles entrent en vigueur à la date d'acceptation de celles-ci.

Toute garantie en vertu de laquelle vos enfants à charge sont assurés s'applique à tout nouvel enfant à charge (24 heures après sa naissance pour ce qui est des garanties d'assurance vie).

L'assurance de toute personne admissible à titre de conjoint ou d'enfant à charge ne peut entrer en vigueur avant votre assurance.

3. Entrée en vigueur des modifications à l'assurance

3.1 Modification du type de protection choisi

Pour l'assurance maladie, vous pouvez changer de type de protection seulement lors des périodes de campagne d'adhésion, ou dans les 31 jours suivant l'un des événements familiaux suivants, à la condition que vous ne soyez pas en invalidité totale : adoption ou naissance d'un premier enfant, fin d'admissibilité du dernier enfant, changement de statut matrimonial, fin d'admissibilité du conjoint à un régime d'assurance collective ou décès du conjoint.

3.2 Augmentation d'assurance par suite d'un changement de situation professionnelle ou familiale

Si vous êtes effectivement au travail ou si vous êtes en période d'interruption temporaire de travail et avez maintenu votre participation à l'assurance, toute augmentation de votre

assurance par suite d'un changement de situation professionnelle ou familiale entre en vigueur à la date de ce changement, pourvu que la demande écrite à cet effet parvienne à SSQ au plus tard dans les 31 jours qui suivent le changement en question et sous réserve des dispositions relatives à l'invalidité totale. Sinon, la modification entre en vigueur à la date à laquelle vous retournez effectivement au travail, sous réserve de toute autre disposition alors en vigueur concernant l'admissibilité.

Si la demande parvient à SSQ plus de 31 jours après la date de l'événement justifiant une augmentation d'assurance, ou si la nature de la demande d'augmentation l'exige pour quelque autre raison, vous devez fournir des preuves d'assurabilité et, si SSQ approuve ces preuves, l'augmentation d'assurance entre en vigueur à la date à laquelle SSQ reçoit la demande.

Nonobstant ce qui précède, toute modification à la hausse du type de protection détenu en vertu de la garantie d'assurance maladie entre en vigueur à la date de réception de la demande.

Dans le cas de votre assurance vie additionnelle, des preuves d'assurabilité sont exigées, que vous vouliez adhérer à cette garantie ou augmenter votre niveau de protection en cours d'année ou à la suite d'un événement de vie.

3.3 Assurance non modifiable

Pendant une période où un adhérent est totalement invalide, aucun montant d'assurance ne peut être augmenté et les dispositions servant à déterminer ses montants d'assurance ne peuvent être modifiées. Ces modifications ne peuvent entrer en vigueur que lorsque l'adhérent est retourné effectivement au travail et à condition qu'il ne soit pas alors totalement invalide.

Aucune exonération ne peut s'appliquer aux primes des personnes qui n'étaient pas déjà assurées si une modification à la hausse du statut de protection doit survenir après le début d'une période d'invalidité totale.

3.4 Diminution d'assurance par suite d'un changement de situation professionnelle ou familiale

Toute diminution d'assurance résultant d'un changement de situation professionnelle ou familiale entre en vigueur à la date de ce changement, pourvu que la demande écrite à cet effet parvienne à SSQ au plus tard dans les 31 jours qui suivent le changement en question. Si la demande parvient à SSQ plus de 31 jours après la date de l'événement justifiant une diminution d'assurance, celle-ci entre en vigueur à la date à laquelle SSQ reçoit la demande de diminution.

4. Interruption temporaire de travail

Participation à l'assurance pendant une interruption temporaire de travail

Après entente du preneur avec SSQ, la participation à l'assurance peut être maintenue dans certains cas d'interruption temporaire de travail, conformément à ce qui est indiqué ci-après. Sous réserve des dispositions de la loi concernant les durées minimales de maintien ou d'offre de maintien de participation à l'assurance, la possibilité de maintenir la participation à l'assurance et la durée de ce maintien sont déterminées par le preneur, compte tenu aussi des règles décrites ci-après.

Durées maximales de maintien de participation à l'assurance pendant un congé de maternité ou un congé parental

Pendant toute période de congé de maternité ou de congé parental, la participation à l'assurance est maintenue sous réserve des dispositions de la loi.

Durée maximale de maintien de participation à l'assurance pendant tout autre congé autorisé ou pendant une période de mise à pied temporaire

Pour toute garantie d'assurance salaire et l'assurance vie additionnelle de l'adhérent :

La participation à l'assurance est interrompue pendant tout autre congé autorisé ou toute période de mise à pied temporaire.

Pour toutes les autres garanties :

La participation à l'assurance peut être maintenue jusqu'à un maximum de 6 mois pendant tout autre congé autorisé ou toute période de mise à pied temporaire.

Durées maximales de maintien de participation à l'assurance pendant toute autre période d'interruption de travail

Pendant toute autre période d'interruption de travail, la participation à l'assurance est interrompue sous réserve des dispositions de la loi.

Durées minimales de maintien de participation

Pour certaines interruptions de travail, la loi impose au preneur d'offrir des durées minimales de maintien de participation à l'assurance. Toute personne touchée par une interruption temporaire de travail doit s'informer auprès de l'administrateur du régime pour savoir si elle peut ou doit maintenir sa participation et pendant combien de temps.

Information à fournir à SSQ

L'administrateur du régime doit fournir à SSQ l'information ci-dessous dans les 31 jours suivant la date de votre interruption temporaire de travail :

- a) la date à laquelle vous avez cessé de travailler;
- b) aussitôt qu'elle est connue, la date prévue de votre retour effectif au travail;
- c) le choix qui a été fait de demander ou non le maintien de participation à l'assurance pendant la période d'interruption de travail et une indication à l'effet que la demande de maintien s'applique ou non à l'assurance salaire, dans les cas où les deux choix sont possibles.

Qu'il y ait eu ou non maintien de participation à l'assurance, SSQ doit être avisée sans délai de la date à laquelle vous êtes effectivement retourné au travail ou avez été rappelé au travail.

En cas d'invalidité totale débutant pendant une période d'interruption de travail

En cas d'invalidité totale ayant débuté pendant une période d'interruption temporaire de travail au cours de laquelle vous avez continué de participer à l'assurance :

- a) l'invalidité totale n'est reconnue comme telle pour l'assurance que si elle persiste jusqu'à la date à laquelle, tel que confirmé à SSQ par l'administrateur du régime, vous seriez effectivement retourné au travail si vous n'aviez pas alors été totalement invalide;
- b) le délai de carence débute à la date à laquelle vous seriez effectivement retourné au travail si vous n'aviez pas alors été totalement invalide.

Suspension d'assurance

Si l'administrateur du régime n'avise pas SSQ avant l'expiration des 31 jours accordés pour ce faire, votre participation à l'assurance est suspendue à l'égard de toute votre période d'interruption de travail. Sous réserve des dispositions de la loi, si votre interruption de travail a duré plus de 12 mois et a donné lieu à une suspension d'assurance, vous ne pouvez recommencer à participer à l'assurance qu'après votre retour au travail comme membre d'une classe d'employés admissibles et seulement après avoir complété de nouveau toute période d'emploi prévue aux conditions d'admission. Si l'interruption de travail qui a donné lieu à une suspension d'assurance a duré 12 mois ou moins, vous pouvez recommencer à participer à l'assurance dès que vous retournez au travail comme membre d'une classe d'employés admissibles.

Interprétation

Malgré ce qui est prévu au présent article, le maintien de la participation à l'assurance ne peut en aucun cas avoir préséance sur les dates de fin d'assurance prévues ailleurs au contrat. De plus, SSQ a le droit d'invoquer en tout temps ce qui suit :

- a) le caractère obligatoire de la participation à l'assurance de certaines garanties;
- b) pour toute personne qui a le choix de maintenir ou non sa participation à une garantie facultative et qui ne le fait pas, l'obligation de fournir de nouvelles preuves d'assurabilité pour redevenir assuré en vertu de cette garantie et la possibilité qu'elles soient refusées.

5. Maintien de participation pour conjoint et enfants à charge d'adhérent décédé

Si vous décédez et que votre conjoint et vos enfants à charge soient alors assurés et qu'ils se trouvent alors à l'extérieur de leur province de résidence, leur participation à la garantie d'assurance voyage avec assistance est maintenue sans paiement de primes, jusqu'à la première des dates suivantes :

- la date coïncidant avec le 31^e jour suivant immédiatement votre décès;
- la date de la fin du voyage en cours.

6. Fin de l'assurance

Pour vous-même

Votre assurance prend fin au plus tard à 0 h 01 à la première des dates suivantes :

- a) la date à laquelle vous ne faites plus partie des personnes admissibles à titre d'adhérent selon ce qui est indiqué au « Tableau des garanties », le cas échéant;
- b) pour chaque garantie, au moment où l'assurance prend fin selon ce qui est indiqué au « Tableau des garanties », le cas échéant;

- c) le jour où votre participation à l'assurance est suspendue par suite d'une interruption temporaire de travail dont la durée excède celle prévue à la section intitulée « Durées maximales de maintien de participation » des présentes « Dispositions générales »;
- d) la date d'échéance des primes, si elles ne sont pas versées à SSQ avant la fin du délai de grâce;
- e) la date à laquelle votre exonération des primes prend fin en raison de l'âge que vous avez atteint, sauf dans les cas où des dispositions légales empêchent l'application de cette fin d'assurance;
- f) le lendemain de la résiliation du contrat; de même, en cas de résiliation d'une garantie sans qu'il y ait résiliation du contrat, l'assurance en vertu de cette garantie prend fin au plus tard le lendemain de sa résiliation;
- g) la date à laquelle, par suite de fausses représentations, vous soumettez une demande de prestations ou recevez des prestations, indépendamment du caractère obligatoire de l'assurance et de tout autre recours que SSQ pourrait exercer.

Pour votre conjoint et vos enfants à charge

L'assurance de votre conjoint et de vos enfants à charge prend fin au plus tard à 0 h 01 à la première des dates suivantes :

- a) la date de la fin de votre assurance, sous réserve des dispositions de la section intitulée « Maintien de la participation pour conjoint et enfants à charge d'adhérent décédé » des présentes « Dispositions générales »;
- b) la date d'échéance des primes payables pour leur assurance, si elles ne sont pas versées à SSQ avant la fin du délai de grâce.

7. Droit à des prestations d'assurance maladie après la fin de l'assurance

Si l'assurance maladie d'une personne prend fin pour une autre raison que la fin de la garantie, et cela pendant que vous êtes totalement invalide ou qu'une de vos personnes à charge est hospitalisée, les frais liés à l'invalidité totale ou à l'hospitalisation sont remboursables par le régime s'ils sont engagés avant que se réalise l'un des événements suivants :

- a) 90 jours se sont écoulés depuis la fin de l'assurance;
- b) le contrat d'assurance émis par SSQ prend fin;
- c) votre invalidité totale prend fin;
- d) la personne à charge cesse d'être hospitalisée;
- e) la personne devient admissible à une assurance soins de santé en vertu d'un autre régime d'assurance collective.

Païement des prestations

1. Montants des prestations

En aucun cas vous ne pouvez bénéficier de montants de prestations supérieurs à ceux pour lesquels SSQ a obtenu les primes requises.

2. Délais pour présenter les demandes de prestations

Les délais accordés pour présenter les demandes de prestations varient d'une garantie à l'autre. Ils sont indiqués dans la description des garanties.

3. Délai de prescription

Toute action en justice engagée contre un assureur pour recouvrer les sommes payables au titre du contrat est totalement irrecevable à moins qu'elle n'ait été intentée dans le délai fixé par la loi sur les assurances applicable, ou, au Québec, dans le délai prévu par le Code civil du Québec.

4. Preuves exigibles par SSQ

Vous devez fournir à vos frais à SSQ les preuves et renseignements qu'elle juge suffisants pour lui permettre d'établir votre droit à des prestations et le montant des prestations payables. Lorsque des prestations peuvent être payables, SSQ peut aussi en tout temps exiger que la personne assurée soit examinée par un ou des professionnels de la santé choisis et rémunérés par elle. Si la personne assurée ne s'est pas soumise à l'examen exigé par SSQ et que 30 jours se sont écoulés depuis que SSQ en a fait la demande, la demande de prestations peut être rejetée ou le paiement des prestations suspendu ou terminé.

SSQ peut demander une autopsie, dans les limites permises par la loi.

5. Monnaie

Tous les montants prévus au contrat sont en monnaie légale du Canada. Pour les frais relatifs à l'assurance voyage, SSQ utilise le taux de change en vigueur le dernier jour du mois au cours duquel les frais ont été engagés. Toutefois, si le paiement et le remboursement des frais ont lieu le même mois, le taux de change utilisé est celui de la fin du mois précédent.

6. Responsabilité civile et subrogation

Vous devez informer SSQ de tout jugement et de toute réclamation, mise en demeure, poursuite entreprise contre une tierce partie ou entente portant sur un événement donnant droit à des prestations en vertu du régime.

Si vous avez droit à des prestations payables ou payées par un tiers ou à une compensation financière couvrant des frais payés par SSQ en vertu du contrat, vous devez rembourser le montant qui vous a été payé en trop par SSQ.

SSQ est subrogée dans tous les droits de la personne assurée contre le tiers responsable de l'événement donnant droit à des prestations en vertu du contrat, jusqu'à concurrence des sommes payées par

SSQ. Si SSQ décide d'exercer son droit de subrogation, la personne assurée doit consentir à l'acte de subrogation rédigé par SSQ.

7. Désignations et révocations de bénéficiaires

Les désignations de bénéficiaires qui se sont appliquées à un contrat antérieur auprès d'un autre assureur continuent de s'appliquer au contrat de remplacement.

Toutefois, sous réserve des dispositions de la loi, vous pouvez en tout temps désigner ou révoquer un ou des bénéficiaires de toute prestation de décès payable en vertu de votre assurance collective en soumettant un avis écrit à cet effet à SSQ. En l'absence de désignation de bénéficiaire, le bénéficiaire de votre assurance collective est votre succession.

Limitation des engagements contractuels

Lorsqu'une modification des régimes d'État, régimes fiscaux, régimes d'assurance prévus à des conditions de travail ou régimes de retraite d'employeurs a pour effet d'augmenter la valeur des engagements résultant du contrat, les dispositions de celui-ci continuent de s'appliquer comme si la modification n'avait pas été effectuée, à moins d'entente à l'effet contraire entre les parties. Toutefois, si la loi requiert une augmentation de la valeur des engagements contractuels, une prime additionnelle sera payable à SSQ par le preneur. Cette prime sera égale à la hausse de la valeur des engagements contractuels.

Changements d'assureur

L'échéance ou l'annulation d'une assurance collective sur la vie n'est opposable à aucune demande de prestation fondée sur un événement assuré, y compris en cas de décès consécutif à une invalidité totale, si cet événement est survenu lorsque la garantie d'assurance était en vigueur.

L'échéance ou l'annulation d'une assurance collective contre la maladie ou les accidents qui ne fait pas partie du Régime de soins de santé n'est opposable à aucune demande d'indemnité fondée sur un décès ou une mutilation résultant d'un accident survenu lorsque la garantie d'assurance était en vigueur; elle n'est pas opposable non plus à une demande d'indemnité fondée sur une invalidité totale ou une maladie ayant débuté lorsque la garantie était en vigueur.

L'assureur d'une garantie d'assurance salaire collective qui a pris fin demeure tenu d'indemniser l'adhérent de la perte de salaire lorsque l'invalidité totale de cet adhérent subsiste après la fin de la garantie.

Lors des changements d'assureur, que ce soit en début ou en fin de contrat, les responsabilités de SSQ se limitent toutefois à celles que la loi et les normes régissant l'industrie de l'assurance de personnes lui imposent pour protéger les droits des personnes assurées. Ainsi, SSQ n'est pas garante d'une récurrence de l'affection invalidante après l'expiration de la période prévue à cet égard par la loi ou par les normes de l'industrie, et les dispositions du contrat antérieur et du contrat subséquent ne lient pas SSQ.

Exonération des primes en cas d'invalidité totale

1. Droit à l'exonération

Si vous devenez totalement invalide pendant que votre assurance est en vigueur en vertu du contrat, votre participation à l'assurance des garanties énumérées ci-après sera maintenue sans paiement de primes, et ce, à compter de la date de début d'exonération prévue au présent régime.

- Votre assurance vie
- Votre assurance vie additionnelle
- L'assurance vie de votre conjoint et de vos enfants à charge
- Votre assurance salaire de courte durée
- Votre assurance salaire de longue durée

Vous devez répondre aux conditions suivantes pour bénéficier de l'exonération des primes en vertu du contrat :

- a) votre invalidité totale doit débuter pendant que vous êtes assuré par le contrat;
- b) vous devez être sous les soins continus d'un médecin, à moins de vous trouver dans un état d'invalidité totale stationnaire attesté par votre médecin, à la satisfaction de SSQ;
- c) votre invalidité totale doit répondre à la définition qui s'appliquait lorsque vous êtes devenu totalement invalide.

2. Début et fin d'exonération des primes par garantie

Les dates de début et de fin d'exonération des primes par garantie sont indiquées ci-après.

2.1 Votre assurance vie

Date de début

- Le premier jour de la période de prime suivant les 17 premières semaines d'une même période d'invalidité totale

Date de fin (la première des dates suivantes)

- La date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans
- La date du décès
- La date de fin de la garantie
- La date prévue à cet égard à l'article intitulé « Fin de l'exonération des primes pour l'ensemble des garanties » des présentes « Dispositions générales »
- La date de votre retraite

2.2 Votre assurance vie additionnelle

Date de début

- Le premier jour de la période de prime suivant les 17 premières semaines d'une même période d'invalidité totale

Date de fin (la première des dates suivantes)

- La date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans
- La date du décès
- La date de fin de la garantie
- La date prévue à cet égard à l'article intitulé « Fin de l'exonération des primes pour l'ensemble des garanties » des présentes « Dispositions générales »
- La date de votre retraite

2.3 L'assurance vie de votre conjoint et de vos enfants à charge

Date de début

- Le premier jour de la période de prime suivant les 17 premières semaines d'une même période d'invalidité totale

Date de fin (la première des dates suivantes)

- La date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans
- La date du décès
- La date de fin de la garantie
- La date prévue à cet égard à l'article intitulé « Fin de l'exonération des primes pour l'ensemble des garanties » des présentes « Dispositions générales »
- La date de votre retraite

2.4 Votre assurance salaire de courte durée

Date de début

- Le premier jour de la période de prime suivant les 17 premières semaines d'une même période d'invalidité totale

Date de fin (la première des dates suivantes)

- La date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans
- La date du décès
- La date prévue à cet égard à l'article intitulé « Fin de l'exonération des primes pour l'ensemble des garanties » des présentes « Dispositions générales »
- La date de votre retraite

2.5 Votre assurance salaire de longue durée

Date de début

- Le premier jour de la période de prime suivant les 17 premières semaines d'une même période d'invalidité totale

Date de fin (la première des dates suivantes)

- La date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans
- La date du décès
- La date de fin de la garantie
- La date prévue à cet égard à l'article intitulé « Fin de l'exonération des primes pour l'ensemble des garanties » des présentes « Dispositions générales »
- La date de votre retraite

3. Fin de l'exonération des primes pour l'ensemble des garanties

En plus de ne pouvoir se poursuivre après les dates indiquées précédemment, l'exonération des primes prend automatiquement fin à la première des dates suivantes :

- a) la date à laquelle votre état ne répond plus à la définition d'invalidité totale;
- b) la date à laquelle vous cessez d'être sous les soins d'un médecin, sauf si votre invalidité totale, telle que définie au contrat, est un état stationnaire attesté par un médecin de manière jugée satisfaisante par SSQ;
- c) la date à laquelle SSQ vous a demandé des preuves de votre invalidité totale, si vous avez été incapable ou avez refusé de les lui fournir dans les 90 jours suivant la date à laquelle la demande en a été faite;
- d) la date à laquelle vous refusez de participer à un programme de réadaptation recommandé par SSQ;
- e) la date à laquelle SSQ vous a demandé de vous soumettre à un examen par un professionnel de la santé ou à un traitement susceptible de favoriser votre rétablissement, si vous ne vous y êtes pas soumis dans les 90 jours suivant la date à laquelle la demande en a été faite.

4. Demande d'exonération des primes

En l'absence de demande de prestations d'assurance salaire, toute demande d'exonération des primes doit se faire par écrit transmis à SSQ. Autrement, le formulaire de demande de prestations d'assurance salaire sert de demande d'exonération des primes. Dans un cas comme dans l'autre, SSQ peut exiger des preuves et pièces justificatives supplémentaires. Votre demande et vos pièces justificatives doivent dans tous les cas être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant la date à laquelle vous devenez admissible à l'exonération des primes. Si ce délai n'est pas respecté, vous devez démontrer qu'il était impossible de présenter la demande et les documents plus tôt qu'ils ne l'ont été, à défaut de quoi SSQ peut refuser votre demande ou interrompre la période d'exonération.

À partir du moment où SSQ vous avise du refus ou de l'interruption de l'exonération, vous disposez de 90 jours pour fournir des preuves supplémentaires justifiant la continuation de votre droit à cette exonération ou pour faire réviser votre dossier.

À défaut de produire votre demande d'exonération ou de révision à l'intérieur du délai prévu, votre droit à l'exonération ne pourra s'appliquer à aucune période précédant la date à laquelle SSQ les aura reçues.

Pour qu'une demande d'exonération puisse être acceptée, tous les documents requis doivent être présentés à SSQ au plus tard 12 mois après la date du début de votre invalidité totale. De plus, en cas de refus ou d'interruption d'exonération, aucune période d'exonération ne pourra s'appliquer à votre invalidité si les documents requis n'ont pas tous été fournis à SSQ au plus tard 12 mois après la date de l'avis de refus ou d'interruption.

RÉGIME D'ASSURANCE VIE

Votre assurance vie

1. Définitions

Les définitions s'appliquant de manière spécifique à l'interprétation de la présente garantie sont énoncées aux « Dispositions générales ».

2. Objet de l'assurance

Sous réserve des autres dispositions du contrat, SSQ s'engage à payer le montant d'assurance de la présente garantie si vous décédez lorsque vous détenez cette assurance. Ce montant est payable à votre bénéficiaire désigné. En l'absence de désignation de bénéficiaire, il est payable à votre succession. Tout paiement effectué de bonne foi à votre succession ou au représentant légal de votre succession, ou au dernier bénéficiaire désigné qui est connu de SSQ au moment du paiement, libère totalement SSQ de l'obligation de payer ce montant en vertu de la présente garantie.

3. Montant d'assurance

Le montant d'assurance de la présente garantie est déterminé selon les indications du « Tableau des garanties ».

4. Paiement anticipé

Si vous êtes totalement invalide et que votre espérance de vie soit inférieure à 12 mois, une prestation pouvant atteindre 50 % de votre montant d'assurance, jusqu'à concurrence de 100 000 \$, peut vous être versée. Si votre demande de prestations est présentée dans les 24 mois précédant la date de réduction du montant d'assurance inscrite au « Tableau des garanties », le paiement anticipé ne peut être supérieur à 50 % du montant obtenu après application de la réduction; si votre demande est présentée dans les 24 mois précédant la date prévue de la fin de l'assurance, vous ne pouvez pas obtenir de paiement anticipé. Dans tous les cas, votre demande doit faire l'objet d'une acceptation par SSQ et les conditions suivantes doivent être satisfaites :

- a) vous devez avoir présenté une demande écrite à cet effet à SSQ;
- b) vous devez être exonéré du paiement de vos primes d'assurance vie;
- c) vous devez prouver que votre espérance de vie est inférieure à 12 mois au moment de votre demande;
- d) vous devez obtenir le consentement écrit du bénéficiaire de l'assurance, s'il est irrévocable.

Le montant d'assurance payable à votre décès est alors réduit du montant du paiement anticipé et de l'intérêt calculé sur ce montant, selon le taux de rendement moyen des bons du Trésor d'une durée d'un an majoré de 2 %. Cet intérêt court à compter de la date du paiement anticipé jusqu'à la date du paiement final du solde du montant d'assurance payable à votre décès.

5. Droit de transformation

Si votre assurance en vertu de la présente garantie prend fin pendant que le contrat est en vigueur, et cela parce que vous cessez de faire partie du groupe, vous avez le droit de la transformer en tout ou en partie en assurance vie individuelle, sans avoir à prouver votre assurabilité. Pour pouvoir exercer ce droit, vous devez toutefois en faire la demande par écrit à SSQ au plus tard 31 jours après votre départ du groupe.

Si votre départ du groupe se produit le jour de votre 65^e anniversaire de naissance ou avant, vous pouvez obtenir l'une des assurances individuelles suivantes :

- a) une assurance vie comparable à votre assurance collective quant au montant et à la durée, mais sans excéder 400 000 \$ pour l'ensemble des garanties d'assurance collective sur la vie que vous détenez, que cette assurance soit détenue à titre d'adhérent, de conjoint ou d'enfant à charge;
- b) une assurance vie temporaire d'un an transformable en assurance visée en a) ci-dessus.

La police individuelle résultant de l'exercice du droit de transformation ne comporte pas d'exonération des primes.

Si vous décédez au cours de la période de 31 jours durant laquelle vous auriez pu exercer votre droit de transformation et que votre assurance collective n'ait pas déjà été transformée, le montant d'assurance vie que vous étiez en droit de transformer est payable en vertu du contrat d'assurance collective.

Dans tous les cas de transformation, la prime de première année de l'assurance individuelle ne peut pas être supérieure à celle d'une assurance temporaire d'un an. Sauf pour cette prime de première année, la prime de l'assurance individuelle obtenue est une prime uniforme. La prime est calculée selon les taux d'assurance individuelle en vigueur d'après votre sexe et d'après votre âge et vos habitudes tabagiques à la date de votre départ du groupe, ainsi que d'après les particularités qui s'appliquaient alors à votre protection. SSQ doit avoir reçu la première prime de l'assurance individuelle dans les 31 jours de votre départ du groupe.

6. Demandes de prestations

La demande de prestations et les preuves du décès doivent être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant la date du décès. Autrement, la personne qui fait la demande doit démontrer qu'il était impossible de présenter les documents plus tôt qu'ils ne l'ont été.

Toute demande de prestations doit être effectuée à l'aide du formulaire prévu à cet effet. SSQ peut exiger des preuves et documents supplémentaires.

Votre assurance vie additionnelle

1. Définitions

Les définitions s'appliquant de manière spécifique à l'interprétation de la présente garantie sont énoncées aux « Dispositions générales ».

2. Objet de l'assurance

Sous réserve des autres dispositions du contrat, SSQ s'engage à payer le montant d'assurance de la présente garantie si vous décédez lorsque vous détenez cette assurance. Ce montant est payable à votre bénéficiaire désigné. En l'absence de désignation de bénéficiaire, il est payable à votre succession. Tout paiement effectué de bonne foi à votre succession ou au représentant légal de votre succession, ou au dernier bénéficiaire désigné qui est connu de SSQ au moment du paiement, libère totalement SSQ de l'obligation de payer ce montant en vertu de la présente garantie.

3. Montant d'assurance

Le montant d'assurance de la présente garantie est déterminé selon les indications de votre certificat d'assurance et celles du « Tableau des garanties » ainsi qu'en fonction de la prime payée.

4. Exclusions, limitations et restrictions

SSQ rembourse les primes perçues pour cette assurance en lieu et place du montant d'assurance si une personne se suicide lorsqu'elle est couverte depuis moins de 12 mois par la présente garantie, sans égard à son état d'esprit.

La présente exclusion s'applique aussi à toute augmentation du montant d'assurance à compter de la date d'entrée en vigueur de l'augmentation.

5. Demandes de prestations

La demande de prestations et les preuves du décès doivent être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant la date du décès. Autrement, la personne qui fait la demande doit démontrer qu'il était impossible de présenter les documents plus tôt qu'ils ne l'ont été.

Toute demande de prestations doit être effectuée à l'aide du formulaire prévu à cet effet. SSQ peut exiger des preuves et documents supplémentaires.

Assurance vie de votre conjoint et de vos enfants à charge

1. Définitions

Les définitions s'appliquant de manière spécifique à l'interprétation de la présente garantie sont énoncées aux « Dispositions générales ».

2. Objet de l'assurance

Sous réserve des autres dispositions du contrat, SSQ s'engage à vous payer le montant d'assurance applicable si votre conjoint ou l'un de vos enfants à charge décède pendant qu'il est assuré par cette garantie. Tout paiement effectué de bonne foi à votre succession ou au représentant légal de votre succession libère totalement SSQ de l'obligation de payer ce montant en vertu de la présente garantie.

3. Montant d'assurance

Le montant d'assurance vie de votre conjoint et le montant d'assurance vie de vos enfants à charge sont déterminés selon les indications du « Tableau des garanties ».

4. Droit de transformation

Si l'assurance vie collective d'une personne assurée à titre de conjoint ou d'enfant à charge prend fin pendant que le contrat est en vigueur, et cela parce que vous cessez de faire partie du groupe, vous avez le droit de transformer cette assurance en tout ou en partie en assurance vie individuelle, sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité.

Ce droit s'applique seulement aux personnes dont la fin d'assurance survient au plus tard le jour de leur 65^e anniversaire de naissance et pourvu aussi que votre départ du groupe se produise au plus tard le jour de votre 65^e anniversaire de naissance. De plus, pour exercer ce droit, vous devez en faire la demande par écrit à SSQ au plus tard 31 jours après votre départ du groupe. Les assurances individuelles qu'il est possible d'obtenir en exerçant le droit de transformation d'assurance vie collective d'une personne assurée sont les suivantes :

- a) une assurance vie comparable à l'assurance collective de la personne concernée quant au montant et à la durée, mais dont le montant n'excède pas 400 000 \$ pour l'ensemble des garanties d'assurance collective sur la vie de cette personne, que cette assurance soit détenue à titre d'adhérent, de conjoint ou d'enfant à charge;
- b) une assurance vie temporaire d'un an transformable en assurance visée en a) ci-dessus.

La police individuelle résultant de l'exercice du droit de transformation ne comporte pas d'exonération des primes.

Si une personne décède au cours de la période de 31 jours durant laquelle vous auriez pu exercer votre droit de transformer son assurance collective sur la vie et que cette assurance n'ait pas déjà été transformée, le montant d'assurance vie que vous étiez en droit de transformer à l'égard de cette personne est payable en vertu du contrat d'assurance collective.

Dans tous les cas de transformation, la prime de première année de l'assurance individuelle ne peut pas être supérieure à celle d'une assurance temporaire d'un an. Sauf pour cette prime de première année, la prime de l'assurance individuelle obtenue est une prime uniforme. La prime est calculée selon les taux d'assurance individuelle en vigueur d'après le sexe de la personne à assurer et d'après son âge et ses habitudes tabagiques à la date de votre départ du groupe, ainsi que d'après les particularités qui s'appliquaient alors à sa protection. SSQ doit avoir reçu la première prime de l'assurance individuelle dans les 31 jours de votre départ du groupe.

5. Demandes de prestations

La demande de prestations et les preuves du décès doivent être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant la date du décès. Autrement, la personne qui fait la demande doit démontrer qu'il était impossible de présenter les documents plus tôt qu'ils ne l'ont été.

Toute demande de prestations doit être effectuée à l'aide du formulaire prévu à cet effet. SSQ peut exiger des preuves et documents supplémentaires.

RÉGIME D'ASSURANCE SALAIRE

Votre assurance salaire de courte durée

1. Définitions

Certains termes utilisés dans la description de votre régime d'assurance collective sont définis aux « Dispositions générales ». Pour leur part, les définitions suivantes s'appliquent de manière spécifique à l'interprétation de la présente garantie chaque fois que le contexte le permet.

Délai de carence

Période d'invalidité totale qui doit s'écouler avant que vous puissiez avoir droit à des prestations en vertu de la présente garantie.

Période de retour progressif au travail

Période au cours de laquelle vous retournez au travail à temps réduit et pour laquelle SSQ accepte de payer des prestations d'un montant ajusté afin de faciliter votre retour définitif au travail. La période de retour progressif au travail est possible seulement pendant que l'incapacité de la personne à remplir les principales fonctions de son emploi habituel répond à la définition d'invalidité totale du contrat.

2. Objet de l'assurance

Sous réserve des autres dispositions du contrat, SSQ s'engage à vous payer un montant de prestations hebdomadaires pendant votre invalidité totale, si vous devenez totalement invalide lorsque vous êtes assuré par la présente garantie et que votre invalidité totale persiste après le délai de carence.

3. Prestations

3.1 Montant et durée

Le montant et la durée de paiement des prestations de la présente garantie sont déterminés selon les indications du « Tableau des garanties ».

Les prestations de la présente garantie sont versées à la fin des périodes auxquelles elles s'appliquent.

3.2 Données servant à calculer les prestations

Le montant des prestations est déterminé selon les indications du « Tableau des garanties », de même qu'en fonction des dispositions contractuelles alors en vigueur et de la classe d'employés admissibles à laquelle vous apparteniez. À cet égard, tout calcul de salaire net se fait selon le statut fiscal du début de l'invalidité totale et à l'aide de tables normalisées utilisées par SSQ. .

3.3 Réduction en présence d'autres sources de revenu (réduction directe)

Le montant des prestations déterminé au « Tableau des garanties » est réduit des autres revenus et indemnités qui vous sont payables et dont la source est l'une des suivantes :

Une rente d'invalidité payable en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou les maladies professionnelles (CSST)	100 % avant impôt
Une rente d'invalidité payable en vertu d'une loi sur l'assurance automobile	100 % avant impôt
Une rente d'invalidité de la Régie des rentes du Québec, y compris tout Montant additionnel pour invalidité	100 % avant impôt
Une rente d'invalidité du Régime de pensions du Canada	100 % avant impôt
Des prestations parentales payables en vertu d'une loi	100 % avant impôt
Une rente d'invalidité payable en vertu d'une autre police d'assurance collective	100 % avant impôt

Lorsque ces revenus ou prestations vous sont versés sous forme de paiement forfaitaire, un équivalent hebdomadaire de ce montant forfaitaire entre dans le calcul de chaque prestation.

Si vous ne recevez pas les revenus des sources mentionnées précédemment, vous devez prouver que vous n'y avez pas droit et que vous avez épuisé tous vos droits d'appel et avez présenté toutes les demandes d'adhésion tardives, tel que requis par SSQ. Sinon, SSQ utilise les montants auxquels vous auriez droit selon son estimation pour calculer les prestations. Cette disposition ne s'applique pas aux revenus de retraite du Régime de pensions du Canada, du Régime de rentes du Québec et du régime de retraite de l'employeur.

L'indexation des sources de revenus n'entre pas dans le calcul des prestations.

3.4 Assurance intégrée à l'assurance emploi

Cette garantie ne prévoit pas de prestations pour les périodes au cours desquelles vous êtes admissible à des prestations d'assurance emploi. La période d'admissibilité aux prestations d'assurance emploi est réputée débiter immédiatement après la 2^e semaine d'invalidité totale. Si vous n'êtes pas admissible à de telles prestations, vous devez en faire la preuve à SSQ pour avoir droit à des prestations en vertu de la présente garantie.

La durée des prestations d'assurance emploi est incluse dans la durée maximale de prestations d'assurance salaire de courte durée indiquée au « Tableau des garanties ».

4. Exclusions, limitations et restrictions

Les prestations d'assurance salaire de courte durée ne sont pas payables pour une période au cours de laquelle :

- vous n'êtes pas sous les soins continus d'un médecin, sauf si votre invalidité totale, telle que définie au contrat, est un état stationnaire attesté par un médecin de manière jugée satisfaisante par SSQ;
- vous occupez une fonction ou effectuez un travail pouvant vous rapporter un revenu quelconque, à moins qu'il s'agisse d'un retour progressif au travail ou d'un programme de

réadaptation approuvé à l'avance par SSQ. Les indemnités de départ et les paies de vacances ne sont pas prises en considération dans ce revenu;

- c) vous ne participez pas à un programme de réadaptation recommandé par SSQ;
- d) vous n'avez pas effectué un retour progressif au travail recommandé par SSQ
- e) vous recevez des prestations en vertu d'un programme d'assurance salaire ou d'un régime de remplacement de revenu offert par votre employeur;
- f) vous êtes emprisonné ou interné dans un établissement correctionnel ou psychiatrique, sur ordonnance d'une cour criminelle;
- g) vous êtes à l'extérieur du Canada pour quelque raison que ce soit si cette période dure plus de 3 mois, à moins d'entente avec SSQ.

Cette garantie ne couvre pas :

- a) les invalidités pour lesquelles vous ne vous êtes pas soumis, lorsque SSQ vous en a fait la demande, à tout examen par un professionnel de la santé ou à tout traitement ou programme susceptible de favoriser votre retour à la santé;
- b) les invalidités qui sont attribuables à des traitements esthétiques ou cosmétiques, à moins que ceux-ci ne soient nécessaires en raison d'une maladie ou d'une blessure;
- c) les invalidités qui sont attribuables directement ou indirectement, entièrement ou partiellement, à l'une des causes suivantes :
 - i) un acte criminel que vous commettez ou tentez de commettre,
 - ii) votre participation active à une émeute ou à une insurrection,
 - iii) une guerre, déclarée ou non,
 - iv) votre service actif dans des forces armées,
 - v) des blessures que vous vous infligez intentionnellement, sans égard à votre état d'esprit,
 - vi) votre consommation abusive de substances engendrant une dépendance, y compris de drogue et d'alcool, sauf si vous participez activement à une cure de désintoxication approuvée par SSQ.

Aucune prestation d'assurance salaire de courte durée ne peut être versée pendant que vous avez droit à des prestations d'assurance salaire de longue durée.

5. Gestion de l'invalidité

5.1 Retour progressif au travail

SSQ doit préalablement approuver toute période de retour progressif au travail, tant par rapport à sa durée que par rapport au temps de travail hebdomadaire.

Durant votre période de retour progressif au travail, vos prestations d'assurance salaire sont réduites du pourcentage que représente le temps de travail que vous effectuez normalement chaque semaine de cette période par rapport au temps de travail que vous effectuiez normalement chaque semaine avant de devenir totalement invalide. Toutefois, la rémunération reçue dans le cadre d'un retour progressif au travail n'est pas prise en considération aux fins des réductions directe et indirecte.

5.2 Réadaptation

En cas d'invalidité totale, vous devez accepter de participer à tout programme de réadaptation approuvé et supervisé par SSQ.

Vos prestations sont réduites de la partie de votre rémunération de réadaptation qui, combinée aux revenus provenant des sources énumérées sous « Prestations » aux fins de réduction directe et indirecte, excède 100 % du salaire hebdomadaire net payable au début de votre invalidité totale.

6. Demandes de prestations

La demande de prestations et les preuves de l'invalidité totale doivent être présentées à SSQ dans les 180 jours suivant la fin du délai de carence; les preuves de récurrence d'invalidité totale et les demandes s'y rapportant doivent lui être présentées dans les 90 jours suivant la date de la récurrence; toute information supplémentaire exigée relativement à une invalidité doit lui être fournie dans les 90 jours suivant la date à laquelle SSQ en a fait la demande. Si ces délais ne sont pas respectés, vous devez démontrer qu'il était impossible de présenter les demandes et les documents nécessaires plus tôt qu'ils ne l'ont été, à défaut de quoi SSQ peut refuser votre demande ou interrompre le paiement des prestations.

À partir du moment où SSQ vous avise d'un refus de paiement ou d'une cessation des prestations, vous disposez de 90 jours pour fournir des preuves supplémentaires justifiant la continuation de votre droit aux prestations ou pour faire réviser votre dossier.

À défaut de produire les demandes de prestations ou de révision et les preuves à l'intérieur des délais prévus à la présente garantie, votre droit aux prestations ne pourra s'appliquer à aucune période précédant la date à laquelle SSQ les aura reçues.

Pour qu'une demande puisse être acceptée, tous les documents requis doivent dans tous les cas être présentés à SSQ au plus tard 12 mois après la fin du délai de carence et au plus tard 12 mois après la fin de la garantie. De plus, en cas de refus de paiement ou de cessation de prestations, aucun nouveau paiement de prestations ne pourra s'appliquer à votre invalidité si les documents requis n'ont pas tous été fournis à SSQ au plus tard 12 mois après la date de l'avis de refus ou de cessation.

Votre assurance salaire de longue durée

1. Définitions

Certains termes utilisés dans la description de votre régime d'assurance collective sont définis aux « Dispositions générales ». Pour leur part, les définitions suivantes s'appliquent de manière spécifique à l'interprétation de la présente garantie chaque fois que le contexte le permet.

Délai de carence

Période d'invalidité totale qui doit s'écouler avant que vous puissiez avoir droit à des prestations en vertu de la présente garantie.

Période de retour progressif au travail

Période au cours de laquelle vous retournez au travail à temps réduit et pour laquelle SSQ accepte de payer des prestations d'un montant ajusté afin de faciliter votre retour définitif au travail. La période de retour progressif au travail est possible seulement pendant que l'incapacité de la personne à remplir les principales fonctions de son emploi habituel répond à la définition d'invalidité totale du contrat.

2. Objet de l'assurance

Sous réserve des autres dispositions du contrat, SSQ s'engage à vous payer un montant de prestations mensuelles pendant votre invalidité totale, si vous devenez totalement invalide lorsque vous êtes assuré par la présente garantie et que votre invalidité totale persiste après le délai de carence.

3. Prestations

3.1 Montant et durée

Le montant et la durée de paiement des prestations de la présente garantie sont déterminés selon les indications du « Tableau des garanties ».

Les prestations de la présente garantie sont versées à la fin des périodes auxquelles elles s'appliquent.

3.2 Données servant à calculer les prestations

Le montant des prestations est déterminé selon les indications du « Tableau des garanties », de même qu'en fonction des dispositions contractuelles alors en vigueur et de la classe d'employés admissibles à laquelle vous apparteniez. À cet égard, tout calcul de salaire net se fait selon le statut fiscal du début de l'invalidité totale et à l'aide de tables normalisées utilisées par SSQ.

3.3 Réductions en présence d'autres sources de revenu (réduction directe)

Le montant des prestations déterminé au « Tableau des garanties » est réduit des autres revenus et indemnités qui vous sont payables et dont la source est l'une des suivantes :

Une rente d'invalidité payable en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou les maladies professionnelles (CSST)	100 % avant impôt
Une rente d'invalidité payable en vertu d'une loi sur l'assurance automobile	100 % avant impôt
Une rente d'invalidité de la Régie des rentes du Québec, y compris tout Montant additionnel pour invalidité	100 % avant impôt
Une rente d'invalidité du Régime de pensions du Canada	100 % avant impôt

Lorsque ces revenus ou prestations vous sont versés sous forme de paiement forfaitaire, un équivalent mensuel de ce montant forfaitaire entre dans le calcul de chaque prestation.

Si vous ne recevez pas les revenus des sources mentionnées précédemment, vous devez prouver que vous n'y avez pas droit et que vous avez épuisé tous vos droits d'appel et avez présenté toutes les demandes d'adhésion tardives, tel que requis par SSQ. Sinon, SSQ utilise les montants auxquels vous auriez droit selon son estimation pour calculer les prestations. Cette disposition ne s'applique pas aux revenus de retraite du Régime de pensions du Canada, du Régime de rentes du Québec et du régime de retraite de l'employeur.

L'indexation des sources de revenus n'entre pas dans le calcul des prestations.

3.4 Coordination (réduction indirecte)

Le total des sommes qui vous sont payables pour un mois donné par les sources mentionnées ci-après ne peut en aucun temps excéder 85 % du salaire brut payable au début de votre invalidité totale. À cette fin, les prestations sont réduites de cet excédent. Les revenus qui entrent dans ce calcul sont les suivants :

La présente garantie	
Les sources mentionnées en réduction directe	100 % avant impôt
L'employeur, sauf les indemnités de départ et les paies de vacances	100 % avant impôt
Une rente d'invalidité du régime de retraite de l'employeur	100 % avant impôt
Une rente de retraite du régime de retraite de l'employeur, y compris les prestations de retraite anticipée	100 % avant impôt
Une rente de retraite de la Régie des rentes du Québec	100 % avant impôt
Une rente de retraite du Régime de pensions du Canada	100 % avant impôt
Une rente d'invalidité payable en vertu d'une autre police d'assurance collective	100 % avant impôt
Un emploi de réadaptation	100 % avant impôt
Toute rente d'invalidité payable en vertu de toute autre loi sociale	100 % avant impôt

Lorsque ces revenus ou prestations vous sont versés sous forme de paiement forfaitaire, un équivalent mensuel de ce montant forfaitaire entre dans le calcul de chaque prestation.

Si vous ne recevez pas les revenus des sources mentionnées précédemment, vous devez prouver que vous n'y avez pas droit et que vous avez épuisé tous vos droits d'appel et avez présenté toutes les demandes d'adhésion tardives, tel que requis par SSQ. Sinon, SSQ utilise les montants auxquels vous auriez droit selon son estimation pour calculer les prestations. Cette disposition ne s'applique pas aux revenus de retraite du Régime de pensions du Canada, du Régime de rentes du Québec et du régime de retraite de l'employeur.

L'indexation des sources de revenus n'entre pas dans le calcul des prestations.

4. Exclusions, limitations et restrictions

Les prestations d'assurance salaire de longue durée ne sont pas payables pour une période au cours de laquelle :

- a) vous n'êtes pas sous les soins d'un médecin, sauf si votre invalidité totale, telle que définie au contrat, est un état stationnaire attesté par un médecin de manière jugée satisfaisante par SSQ;
- b) vous occupez une fonction ou effectuez un travail pouvant vous rapporter un revenu quelconque, à moins qu'il s'agisse d'un retour progressif au travail ou d'un programme de réadaptation approuvé à l'avance par SSQ;
- c) vous ne participez pas à un programme de réadaptation recommandé par SSQ;
- d) vous n'avez pas effectué un retour progressif au travail recommandé par SSQ;
- e) vous recevez des prestations en vertu d'un programme d'assurance salaire ou d'un régime de remplacement de revenu offert par votre employeur;
- f) vous êtes emprisonné ou interné dans un établissement correctionnel ou psychiatrique, sur ordonnance d'une cour criminelle;
- g) vous êtes à l'extérieur du Canada pour quelque raison que ce soit si cette période dure plus de 3 mois, à moins d'entente avec SSQ.

Cette garantie ne couvre pas :

- a) les invalidités pour lesquelles vous ne vous êtes pas soumis, lorsque SSQ vous en a fait la demande, à tout examen par un professionnel de la santé ou à tout traitement ou programme susceptible de favoriser votre retour à la santé;
- b) les invalidités qui sont attribuables à des traitements esthétiques ou cosmétiques, à moins que ceux-ci ne soient nécessaires en raison d'une maladie ou d'une blessure;
- c) les invalidités qui sont attribuables directement ou indirectement, entièrement ou partiellement, à l'une des causes suivantes :
 - i) un acte criminel que vous commettez ou tentez de commettre;
 - ii) votre participation active à une émeute ou à une insurrection;
 - iii) une guerre, déclarée ou non;
 - iv) votre service actif dans des forces armées;

- v) des blessures que vous vous infligez intentionnellement, sans égard à votre état d'esprit;
- vi) votre consommation abusive de substances engendrant une dépendance, y compris de drogue et d'alcool, sauf si vous participez activement et coopérez à une cure de désintoxication approuvée par SSQ.

Aucune prestation d'assurance salaire de longue durée ne peut être versée pendant que vous avez droit à des prestations d'assurance salaire de courte durée.

5. Gestion de l'invalidité

5.1 Retour progressif au travail

SSQ doit préalablement approuver toute période de retour progressif au travail, tant par rapport à sa durée que par rapport au temps de travail hebdomadaire.

Durant votre période de retour progressif au travail, vos prestations d'assurance salaire sont réduites du pourcentage que représente le temps de travail que vous effectuez normalement chaque semaine de cette période par rapport au temps de travail que vous effectuiez normalement chaque semaine avant de devenir totalement invalide. Toutefois, la rémunération reçue dans le cadre d'un retour progressif au travail n'est pas prise en considération aux fins des réductions directe et indirecte.

5.2 Réadaptation

En cas d'invalidité totale, vous devez accepter de participer à tout programme de réadaptation approuvé et supervisé par SSQ.

Vos prestations sont réduites de la partie de votre rémunération de réadaptation qui, combinée aux revenus provenant des sources énumérées sous « Prestations » aux fins de réduction directe et indirecte, excède 100 % du salaire mensuel net payable au début de votre invalidité totale.

6. Demandes de prestations

La demande de prestations et les preuves de l'invalidité totale doivent être présentées à SSQ dans les 180 jours suivant la fin du délai de carence; les preuves de récurrence d'invalidité totale et les demandes s'y rapportant doivent lui être présentées dans les 90 jours suivant la date de la récurrence; toute information supplémentaire exigée relativement à une invalidité doit lui être fournie dans les 90 jours suivant la date à laquelle SSQ en a fait la demande. Si ces délais ne sont pas respectés, vous devez démontrer qu'il était impossible de présenter les demandes et les documents nécessaires plus tôt qu'ils ne l'ont été, à défaut de quoi SSQ peut refuser votre demande ou interrompre le paiement des prestations.

À partir du moment où SSQ vous avise d'un refus de paiement ou d'une cessation des prestations, vous disposez de 90 jours pour fournir des preuves supplémentaires justifiant la continuation de votre droit aux prestations ou pour faire réviser votre dossier.

À défaut de produire les demandes de prestations ou de révision et les preuves à l'intérieur des délais prévus à la présente garantie, votre droit aux prestations ne pourra s'appliquer à aucune période précédant la date à laquelle SSQ les aura reçues.

Pour qu'une demande puisse être acceptée, tous les documents requis doivent dans tous les cas être présentés à SSQ au plus tard 12 mois après la fin du délai de carence et au plus tard 12 mois après la fin de la garantie. De plus, en cas de refus de paiement ou de cessation de prestations, aucun nouveau paiement de prestations ne pourra s'appliquer à votre invalidité si les documents requis n'ont pas tous été fournis à SSQ au plus tard 12 mois après la date de l'avis de refus ou de cessation.

RÉGIME D'ASSURANCE SOINS DE SANTÉ

Assurance maladie

1. Définitions

Certains termes utilisés dans la description de votre régime d'assurance collective sont définis aux « Dispositions générales ». Pour leur part, les définitions suivantes s'appliquent de manière spécifique à l'interprétation de la présente garantie chaque fois que le contexte le permet.

Compagnon de voyage

Se dit d'une personne avec qui la personne assurée partage sa chambre ou son appartement à destination ou dont les frais de transport ont été payés avec ceux de la personne assurée.

Frais admissibles

Pour l'assurance maladie, frais de soins de santé pouvant entrer dans le calcul des remboursements, compte tenu de toute franchise, de tout pourcentage de remboursement et de tout autre maximum prévu par le contrat.

Franchise

Partie des frais de soins de santé admissibles que vous devez payer avant d'avoir droit à un remboursement. La franchise est souvent annuelle, mais elle peut aussi redevenir payable à d'autres fréquences ou lors de chaque recours à un service assuré, comme c'est parfois le cas pour les achats de médicaments.

Hôpital

Tout établissement considéré comme un hôpital aux termes de toute loi fédérale ou provinciale applicable.

Membre de la famille

Se dit d'une personne dont le lien de parenté avec une autre est l'un des suivants : conjoint, fils, fille, père, mère, beau-père, belle-mère, frère, sœur, demi-frère, demi-sœur, beau-frère, belle-sœur, gendre, bru, grand-père, grand-mère, petit-fils, petite-fille, oncle, tante, neveu, nièce.

Période de soins

Se dit d'une période continue d'hospitalisation ou de périodes successives d'hospitalisation résultant d'une même maladie ou d'un même accident et séparées par une période de moins de 60 jours consécutifs pendant lesquels la personne assurée n'a pas été hospitalisée.

Proche parent

Se dit d'une personne dont le lien de parenté avec une autre est l'un des suivants : conjoint, fils, fille, père, mère, frère, sœur.

Province

Sert à désigner les provinces canadiennes ainsi que le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut.

Voyage

Aux fins de l'assurance voyage avec assistance : Se dit de tout séjour en dehors de la province de résidence habituelle de la personne assurée. Dans ce cas, le terme voyage s'applique aussi aux transports de la personne assurée entre son départ et son retour.

2. Objet de l'assurance

Sous réserve des dispositions du contrat, si une personne assurée engage des frais admissibles en vertu de la présente garantie, SSQ s'engage à les rembourser selon ce qui est indiqué au « Tableau des garanties » et selon le type de protection choisi en ce qui concerne les garanties d'assurance maladie.

Les frais admissibles d'assurance maladie sont regroupés par genre de services, selon ce qui suit :

- a) Médicaments;
- b) Hospitalisation;
- c) Établissements pour soins spécialisés;
- d) Soins de professionnels de la santé;
- e) Soins de la vue;
- f) Autres frais médicaux;
- g) Assurance voyage avec assistance.

3. Conditions générales d'admissibilité des frais

Dans tous les cas, les conditions suivantes doivent s'appliquer aux services ou produits pour que les frais soient admissibles :

- a) ils doivent être obtenus pour une personne qui est assurée par la présente garantie;
- b) ils doivent être conformes aux pratiques nécessaires, usuelles et raisonnables généralement acceptées dans le secteur de la santé en fonction de l'état de santé de la personne assurée, y compris en ce qui a trait à leur coût;
- c) ils doivent être conformes aux indications données par le fabricant ou à celles qui sont approuvées par les autorités gouvernementales en l'absence de normes du fabricant;
- d) ils doivent être nécessaires au traitement médical de la personne assurée et, à moins d'indication contraire, ne pas être administrés à des fins préventives;

- e) ils doivent être rendus par une personne qui n'est pas la personne assurée elle-même, qui ne réside pas avec la personne assurée et qui n'est pas un proche parent de celle-ci.

Dans le cas d'articles, de soins ou de services rendus par un professionnel de la santé, les conditions suivantes doivent aussi s'appliquer pour que les frais soient admissibles :

- le professionnel de la santé doit être membre de l'ordre professionnel qui régit l'exercice de ses activités ou l'utilisation de son titre;
- le professionnel de la santé doit, en l'absence d'un tel ordre, être membre d'une association professionnelle reconnue par SSQ;
- les services rendus par le professionnel doivent relever de sa compétence professionnelle et celui-ci doit respecter toutes les normes de conduite prévues par son association, par son code de déontologie ou par tout document émis par son association.

4. Exclusions, limitations et restrictions générales

Toutes les personnes assurées sont présumées couvertes par l'assurance maladie et l'assurance hospitalisation de leur province de résidence; dans les cas où elles ne le sont pas, SSQ verse seulement les montants qui auraient été payables si elles avaient été couvertes par les régimes en question.

Dans les cas suivants, la garantie d'assurance maladie ne prévoit aucun remboursement :

- a) pour des frais engagés par suite :
- d'un acte criminel que commet ou tente de commettre la personne assurée,
 - de la participation active de la personne assurée à une émeute ou à une insurrection,
 - d'une guerre, déclarée ou non,
 - du service actif de la personne assurée dans des forces armées,
 - d'une tentative de suicide ou de blessures que la personne assurée s'inflige intentionnellement, sans égard à son état d'esprit;
- b) pour des frais qui sont couverts par tout régime public ou toute initiative d'un gouvernement et ceux qui l'auraient été si le fournisseur de services avait choisi de participer à ces régimes ou initiatives, ainsi que pour des frais qui sont payables par un autre assureur;
- c) pour des frais qui sont à la charge d'un tiers responsable, sauf en cas de subrogation;
- d) pour des frais engagés pour des traitements à des fins esthétiques qui ne sont pas expressément couverts par l'assurance;
- e) pour des produits ou services se rapportant au traitement de la cellulite ou de l'obésité qui ne sont pas couverts par le régime gouvernemental d'assurance médicaments et qui ne sont pas considérés comme des médicaments d'exception en vertu du présent régime;
- f) pour des compléments alimentaires et des laits maternisés qui ne sont pas couverts par le régime gouvernemental d'assurance médicaments;
- g) pour des produits ou services destinés à faire arrêter l'usage du tabac et qui ne correspondent pas à des frais admissibles en vertu du régime gouvernemental d'assurance médicaments;

- h) pour des produits ou services destinés à combattre les dysfonctions sexuelles et qui ne sont pas couverts par le régime gouvernemental d'assurance médicaments;
- i) pour des produits ou services destinés à faire repousser les cheveux ou à en empêcher la chute et qui ne sont pas couverts par le régime gouvernemental d'assurance médicaments;
- j) pour des produits ou services destinés au traitement de l'infertilité et qui ne sont pas couverts par le régime gouvernemental d'assurance médicaments;
- k) pour des frais dont vous ne pouvez pas prouver que la personne assurée les a engagés et qu'ils ont été payés;
- l) pour des frais engagés auprès d'un professionnel de la santé pour lequel SSQ est en mesure de démontrer qu'il contrevient à la loi ou agit frauduleusement, en émettant des documents, factures ou pièces justificatives qui contiennent de faux renseignements ou qui ne représentent pas de façon exacte les articles, soins ou services obtenus;
- m) pour des frais engagés en rapport avec des produits ou traitements expérimentaux ou qui sont obtenus en vertu de tout programme fédéral d'accès spécial à des produits médicaux;
- n) pour des frais engagés pour subir des examens médicaux à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification ou qui sont engagés pour répondre à la demande d'un tiers;
- o) pour des frais engagés pour l'achat de lunettes ou de lentilles cornéennes, qui ne sont pas expressément couverts par l'assurance;
- p) pour des frais engagés en rapport avec des services qui ne sont pas reçus pendant que la personne est assurée;
- q) pour des frais engagés à l'égard de contrats de service et pour des frais d'entretien;
- r) pour des prothèses implantées chirurgicalement;
- s) pour des frais de livraison ou de poste;
- t) pour des blessures subies pendant que la personne était au volant d'un véhicule motorisé et sous l'influence de tout produit intoxicant, y compris l'alcool; cette exclusion ne s'applique toutefois pas aux frais admissibles engagés pour une cure de désintoxication; elle ne s'applique pas non plus aux frais engagés pour l'achat de médicaments que le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments couvrirait si la personne était assurée en vertu du régime en question .

Certaines autres exclusions s'appliquent de manière spécifique à certaines protections de la garantie d'assurance maladie. Elles sont énoncées à la suite de la description des frais couverts par ces protections.

5. Protection multiple et coordination des prestations

Les frais admissibles en vertu du contrat sont réduits de toute somme payable en vertu de tout régime gouvernemental, que vous en ayez fait la demande ou non.

Si vous avez droit à des prestations en vertu de la présente garantie et d'une garantie similaire dans un autre contrat d'assurance collective, il y a coordination des prestations de façon à ce que les prestations totales payables par toutes les garanties n'excèdent pas les frais que vous avez réellement engagés pour les services concernés. Si l'autre régime d'assurance ne prévoit pas de

coordination des prestations, les frais engagés sont en premier lieu la responsabilité de cet autre régime. Sinon, les dispositions suivantes s'appliquent.

Vous et votre conjoint devez initialement faire vos demandes de prestations en vertu de la garantie de votre régime d'assurance collective respectif.

Si vous et votre conjoint détenez un statut de protection familial pour votre garantie d'assurance maladie, les demandes de prestations pour vos enfants à charge doivent d'abord être faites en vertu de la garantie du parent dont l'anniversaire survient en premier dans l'année. Si vous êtes séparé ou divorcé, les demandes de prestations pour l'enfant à charge doivent être faites en vertu de la garantie du parent ayant la garde de l'enfant. Toutefois, en cas de garde partagée, les demandes de prestations doivent être faites en vertu de la garantie du régime du parent dont l'anniversaire survient en premier dans l'année.

Les frais admissibles en vertu de l'assurance voyage avec assistance sont réduits des prestations correspondantes payables en vertu de tout autre contrat d'assurance. Si vous avez droit à des prestations à la fois en vertu de cette assurance et en vertu d'une autre protection du présent régime, les seules prestations payables sont celles de l'assurance voyage avec assistance.

6. Demandes de prestations

Sauf dans les cas d'utilisation de la carte SSQ, toute demande de prestations doit être effectuée à l'aide du formulaire prévu à cet effet, qui est disponible sur le site web de SSQ ou auprès de son service à la clientèle. Vous devez le remplir et l'adresser à SSQ avec l'original de vos factures. SSQ ne retourne pas les factures qui lui sont soumises; vous devriez donc dans tous les cas en conserver une copie pour vos dossiers.

Sur demande, les remboursements peuvent être effectués par dépôt direct.

Pour frais de médicaments

Sur présentation de votre carte de paiement direct à votre pharmacien, celui-ci obtient directement de SSQ le paiement de la part de vos frais de médicaments qui est payable en vertu du contrat. Ainsi, il vous suffit de déboursier la part des frais qui n'est pas à la charge de SSQ.

Pour soins à l'hôpital

Il suffit de présenter votre carte d'assurance à l'hôpital, qui soumet alors directement à SSQ la demande de paiement des frais.

Pour frais de médicaments sans utilisation de la carte SSQ, frais engagés auprès d'établissements pour soins spécialisés, frais de consultation de professionnels de la santé, frais de soins de la vue et autres frais médicaux

Dans les cas où une recommandation médicale est exigée, vous devez joindre la prescription à votre demande de prestations.

Les factures accompagnant les demandes de prestations doivent indiquer clairement les renseignements suivants :

- a) le nom de la personne qui a rendu les services, le nom de l'association ou de l'ordre dont elle est membre ainsi que son numéro de membre ou les coordonnées du fournisseur ou de l'établissement duquel ont été obtenus les services;

- b) les dates auxquelles les services ont été rendus;
- c) le coût des services;
- d) le nom de la personne assurée à qui les services ont été rendus.

Pour frais couverts par l'assurance voyage avec assistance

Lors d'une situation d'urgence survenant durant un séjour à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée, tous les services d'assistance voyage et la majorité des frais admissibles d'assurance voyage avec assistance sont pris en charge par le service d'assistance voyage de SSQ, pourvu que la personne assurée communique avec ses représentants.

Au retour de la personne assurée, le service d'assistance voyage de SSQ vous achemine les documents vous permettant de lui transmettre :

- a) votre demande de prestations accompagnée de l'original des reçus pour les frais admissibles déboursés;
- b) l'autorisation d'obtenir, en votre nom, le remboursement des frais admissibles en vertu des régimes publics d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie.

Pour obtenir toute information avant le départ ou une autorisation avant d'engager ou de payer des frais admissibles, ou pour demander de l'assistance, il suffit de communiquer avec le service d'assistance voyage de SSQ aux numéros de téléphone suivants :

Du Canada ou des États-Unis : 1 800 465-2928

D'ailleurs dans le monde : 514 286-8412 (à frais virés)

Le numéro de contrat paraissant sur votre carte SSQ doit être fourni au moment de l'appel.

7. Délais pour présenter les demandes de prestations

Vous devriez présenter vos demandes de prestations à SSQ au plus tard 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés. Dans tous les cas, SSQ refuse les demandes de prestations qui sont présentées plus de 90 jours après la fin de la garantie.

Médicaments (Assurance maladie)

1. Frais admissibles

Pour être admissibles, les frais de médicaments doivent être engagés pour l'achat des produits décrits ci-après, et ce, pour une personne qui est assurée au moment de l'achat. Les maximums s'appliquant à ces frais, de même que les franchises et pourcentages de remboursement s'y rapportant, sont indiqués au « Tableau des garanties ». Dans le cadre du régime de base, la partie des frais de médicaments admissibles engagés pour les enfants à charge s'ajoute au montant déboursé par la personne dont la contribution se rapproche le plus du maximum prévu au RGAM, que cette personne soit l'adhérent même ou son conjoint. Dans le cadre de l'Option 1 et de l'Option 2, le maximum de déboursement prévu au régime général d'assurance médicaments du Québec (RGAM) s'applique aux frais qu'engage tout adhérent résidant au Québec, pour lui-même et pour ses personnes à charge assurées, en raison de l'application de la franchise et du pourcentage de remboursement prévus par la présente protection. Pour les frais admissibles de médicaments engagés par la suite au cours de la même année de référence, le pourcentage de remboursement est de 100 %.

Médicaments ne pouvant s'obtenir que sur prescription

Les médicaments satisfaisant l'ensemble des conditions suivantes :

- ils ont un numéro d'identification de médicament (DIN) valide émis par le gouvernement fédéral;
- ils sont disponibles uniquement sur prescription par un professionnel de la santé autorisé par la loi à les prescrire;
- ils sont disponibles exclusivement en pharmacie et vendus par un pharmacien, étant entendu que dans les régions éloignées où il n'y a pas de pharmacie ou de pharmacien, ils peuvent être obtenus d'une personne légalement autorisée à les vendre.

Produits pour les personnes diabétiques

L'insuline, les seringues, les lancettes, les aiguilles, les bandelettes et les capteurs de glucose, pour les personnes diabétiques. L'admissibilité des frais engagés pour l'achat de bandelettes et de capteurs de glucose est toutefois assujettie aux conditions suivantes :

- le nombre de bandelettes admissibles à un remboursement est limité à un maximum annuel; ce maximum peut être augmenté selon l'état de santé de la personne assurée, et ce, sous réserve d'une autorisation préalable de SSQ;
- le nombre de capteurs admissibles est limité à un maximum annuel et les frais engagés pour des capteurs de glucose doivent faire l'objet d'une autorisation préalable de SSQ.

Médicaments d'exception

Les médicaments dits « médicaments d'exception » requièrent une autorisation préalable de SSQ. Ils ne sont couverts que si leur utilisation répond à l'ensemble des conditions suivantes :

- elle est conforme aux conditions et indications thérapeutiques déterminées par les autorités gouvernementales;

- elle est conforme aux critères d'utilisation proposés par les autorités médicales ou gouvernementales compétentes reconnues dans le secteur de la santé;
- elle est conforme aux pratiques nécessaires, usuelles et raisonnables généralement acceptées dans le secteur de la santé, y compris quant au rapport entre coût et efficacité.

Injections sclérosantes

Seulement pour des frais d'injections sclérosantes qui ne sont pas admissibles en vertu d'autres dispositions du contrat et à condition que les injections soient fournies et administrées par un médecin à des fins curatives et non esthétiques. Aux fins d'application de la présente assurance, les honoraires du médecin ne sont pas considérés comme des frais d'injections sclérosantes.

Préparations magistrales

Les frais engagés pour l'achat d'une préparation pharmaceutique, dite aussi « préparation magistrale », à condition que la préparation soit admissible en vertu de la politique de SSQ à l'égard des médicaments extemporanés de produits composés.

Produits anesthésiants

Les produits anesthésiants administrés au cours d'interventions menées en dehors d'un hôpital

Produits antitabac

Les produits antitabac.

Traitements de viscosuppléance

Les traitements de viscosuppléance.

Vaccins préventifs

Seulement pour des vaccins dont les frais ne sont pas admissibles en vertu d'autres dispositions du contrat.

Contraceptifs oraux et médicaments préventifs

Les contraceptifs et les médicaments préventifs.

2. Exclusions, limitations et restrictions

Aux exclusions, limitations et restrictions générales qui s'appliquent à l'ensemble de la garantie d'assurance maladie s'ajoute ce qui suit pour les frais de médicaments.

Les frais engagés pour ce qui suit ne sont pas admissibles en vertu de la présente garantie, qu'ils soient considérés ou non comme des frais de médicaments :

- a) les produits utilisés à des fins esthétiques, cosmétiques ou d'hygiène corporelle;
- b) les substances ou médicaments utilisés à titre préventif, sauf dans les cas où des frais admissibles sont expressément prévus pour ce genre de substances ou médicaments;

- c) les médicaments ou produits de nature expérimentale ou qui sont obtenus en vertu de tout programme fédéral d'accès spécial à des produits médicaux;
- d) les produits homéopathiques et les produits dits naturels;
- e) les suppléments diététiques servant à compléter ou à remplacer l'alimentation; toutefois, les suppléments diététiques prescrits en vue du traitement d'une maladie du métabolisme clairement identifiée sont admissibles dans la mesure où ils respectent les conditions d'utilisation et les indications thérapeutiques décrites par les autorités gouvernementales, le cas échéant; un rapport médical complet décrivant toutes les conditions justifiant la prescription du produit doit alors être présenté à SSQ;
- f) les écrans solaires;
- g) les médicaments servant à l'insémination artificielle ou à la fécondation *in vitro*;
- h) les hormones de croissance; toutefois, les hormones de croissance peuvent être admissibles, sur présentation d'un rapport médical complet à SSQ, si elles sont prescrites selon les indications thérapeutiques et les conditions d'utilisation déterminées par les programmes provinciaux d'assurance médicaments;
- i) les services dont le coût doit être payé par la personne assurée sous forme de contribution à un régime public d'assurance médicaments, que ce soit à titre de primes, de franchise ou de coassurance;
- j) les médicaments fournis en cours d'hospitalisation ou par un département de pharmacie d'un hôpital et les médicaments administrés à l'hôpital;
- k) l'acte médical lié à l'injection de médicaments par un professionnel de la santé en cabinet privé.

En aucun cas les exclusions, limitations et restrictions s'appliquant à l'assurance médicaments du présent régime ne doivent rendre celui-ci moins généreux que le Régime général d'assurance médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Hospitalisation (Assurance maladie)

1. Frais admissibles

Pour être admissibles, les frais pour soins à l'hôpital doivent être engagés pour les services décrits ci-après, et ce, pour une personne qui est assurée au moment d'obtenir ces services. Tout maximum s'appliquant à ces frais est indiqué au « Tableau des garanties », de même que la franchise et le pourcentage de remboursement s'y rapportant.

Chambre d'hôpital

La différence entre les frais d'hébergement en salle à l'hôpital et les frais d'hébergement s'appliquant au genre de chambre indiqué à cet égard au « Tableau des garanties », lors d'une période de soins de courte durée au Canada dans un établissement qui répond à la définition d'hôpital du présent régime d'assurance collective, sous réserve d'un maximum de 120 jours par période de soins. Les soins pour maladie chronique ou perte d'autonomie, y compris ceux qui sont reçus dans des centres d'hébergement et de soins de longue durée ne sont pas considérés comme des soins à l'hôpital aux fins d'application du contrat.

2. Exclusions, limitations et restrictions

Aux exclusions, limitations et restrictions générales qui s'appliquent à l'ensemble de la garantie d'assurance maladie s'ajoute ce qui suit pour les frais pour soins à l'hôpital.

Les frais supplémentaires (télévision, téléphone, frais d'administration, etc.) chargés par l'hôpital ne sont pas admissibles en vertu de la présente assurance.

Établissements pour soins spécialisés (Assurance maladie)

1. Frais admissibles

Pour être admissibles, les frais engagés auprès d'établissements pour soins spécialisés doivent s'appliquer aux services décrits ci-après, et ce, pour une personne qui est assurée au moment d'obtenir ces services. Les maximums s'appliquant à ces frais sont indiqués au « Tableau des garanties », de même que les franchises et pourcentages de remboursement s'y rapportant.

Maison de convalescence

À moins qu'un maximum différent soit indiqué à cet égard au « Tableau des garanties », la différence entre les frais d'hébergement en salle à l'hôpital et les frais d'hébergement en chambre d'hôpital à deux lits (semi-privée), lors d'une période nécessaire de convalescence dans un établissement approprié situé au Canada. Aux fins d'application du contrat, un établissement est jugé approprié pour fournir des soins de convalescence s'il offre sur place les soins d'un infirmier licencié, d'un infirmier auxiliaire licencié ou d'un médecin, et ce, 24 heures sur 24, et s'il est reconnu par SSQ ou par le ministère responsable de la santé dans la province où il est situé. Pour être admissibles, les soins de convalescence doivent commencer dans les 14 jours suivant une hospitalisation, sous réserve d'un maximum de 120 jours par période de soins. La nécessité de la période de soins est établie par évaluation médicale, à l'aide du formulaire « Soins de convalescence » que le médecin traitant doit remplir puis qui doit être soumis à SSQ. Ce formulaire peut être obtenu de l'administrateur du régime ou du service à la clientèle de SSQ.

Cure de désintoxication

Les thérapies associées à une cure de désintoxication auprès d'une clinique spécialisée en réadaptation pour alcooliques, toxicomanes ou joueurs pathologiques, y compris tous les soins et services liés à la cure. L'admissibilité des frais engagés à ce titre est toutefois assujettie aux conditions suivantes :

- la clinique doit être reconnue par SSQ;
- la personne assurée doit y recevoir un traitement curatif;
- la clinique doit être sous le contrôle d'un médecin et sous la surveillance constante d'un infirmier licencié.

2. Exclusions, limitations et restrictions

Aux exclusions, limitations et restrictions générales qui s'appliquent à l'ensemble de la garantie d'assurance maladie s'ajoute ce qui suit pour les frais engagés auprès d'établissements pour soins spécialisés.

Les frais supplémentaires (télévision, téléphone, frais d'administration, etc.) chargés par l'établissement ne sont pas admissibles en vertu de la présente assurance.

Professionnels de la santé (Assurance maladie)

1. Frais admissibles

Pour être admissibles, les frais doivent être engagés pour des services de professionnels de la santé décrits ci-après, et ce, pour une personne qui est assurée au moment où les services sont obtenus. Les maximums s'appliquant à ces frais sont indiqués au « Tableau des garanties », de même que les franchises et pourcentages de remboursement s'y rapportant et les cas pour lesquels une prescription est exigée.

Un seul traitement par jour par professionnel ou spécialiste est admissible pour la même personne assurée et aussi un seul traitement par jour pour une même profession ou spécialité, et ce, sans égard au nombre de spécialités que pratique le professionnel ou spécialiste.

Acupuncteur

Les frais de traitement.

Audiologiste

Les honoraires professionnels.

Chiropraticien

Les frais de traitement.

Chiropraticien – Radiographies

Les frais de radiographies effectuées par un chiropraticien.

Conseiller en orientation

Les frais de traitement.

Ergothérapeute

Les frais de traitement.

Kinésithérapeute (kinothérapeute)

Les frais de traitement.

Massothérapeute

Les frais de traitement.

Naturopathe

Les frais de consultation en vue d'obtenir des conseils alimentaires ou pour établir un bilan de santé ou un régime à base de produits naturels. Aux fins d'application du contrat, les frais engagés pour des produits naturels, massages, bains, posturologie et exercices physiques ne sont pas considérés comme des frais de consultation de naturopathes.

Orthophoniste

Les honoraires professionnels.

Orthothérapeute

Les frais de traitement.

Ostéopathe

Les frais de traitement.

Ostéopathe – Radiographies

Les frais de radiographies effectuées par un ostéopathe.

Physiothérapeute

Les honoraires professionnels ou frais de traitement.

Podiatre

Les honoraires professionnels.

Podiatre – Radiographies

Les frais de radiographies effectuées par un podologue.

Podologue

Les frais de traitement.

Podologue – Radiographies

Les frais de radiographies effectuées par un podologue.

Psychologue

Les honoraires professionnels.

Travailleur social

Les frais de consultation.

2. Exclusions, limitations et restrictions

Les exclusions, limitations et restrictions générales de la garantie d'assurance maladie s'appliquent.

Soins de la vue (Assurance maladie)

1. Frais admissibles

Pour être admissibles, les frais doivent être engagés pour des soins de la vue décrits ci-après, et ce, pour une personne qui est assurée au moment où les services sont obtenus. Les maximums s'appliquant à ces frais sont indiqués au « Tableau des garanties », de même que les franchises et pourcentages de remboursement s'y rapportant.

Examen de la vue et de la réfraction oculaire

Les frais d'examen de la vue ou de la réfraction oculaire par un optométriste ou un ophtalmologiste.

Lunettes

Les frais d'achat, de réparation et de remplacement de lunettes pour correction de la vue, sur recommandation d'un optométriste ou d'un ophtalmologiste.

Lentilles cornéennes

Les frais d'achat de lentilles cornéennes pour correction de la vue, sur recommandation d'un optométriste ou d'un ophtalmologiste. Aux fins de la présente assurance, les frais pour lentilles intraoculaires ne sont pas considérés comme des frais pour soins de la vue.

Correction visuelle par laser

Les frais de chirurgie au laser pour correction de myopie, hypermétropie ou astigmatisme, sur recommandation d'un ophtalmologiste.

2. Exclusions, limitations et restrictions

Les exclusions, limitations et restrictions générales de la garantie d'assurance maladie s'appliquent.

Autres frais médicaux (Assurance maladie)

1. Frais admissibles

Pour être admissibles à titre d'autres frais médicaux, les frais doivent être engagés pour les services ou articles décrits ci-après, et ce, pour une personne qui est assurée au moment de les obtenir. Les maximums s'appliquant à ces frais sont indiqués au « Tableau des garanties », de même que les franchises et pourcentages de remboursement s'y rapportant.

Accessoires pour pompe à insuline

L'achat d'accessoires servant exclusivement à l'utilisation d'une pompe à insuline, s'ils sont prescrits par un médecin.

Ambulance et transport ambulancier par avion ou par train

Le transport terrestre en direction ou en provenance d'un hôpital par un ambulancier licencié. Les traitements d'oxygénothérapie reçus pendant le transport ou immédiatement avant sont couverts.

Les frais de transport aller et retour en avion ou en train d'un malade alité occupant l'équivalent de 2 sièges individuels sont également couverts lorsqu'une partie du trajet doit s'effectuer par ce moyen de transport.

Analyses de laboratoire

Les analyses de tissus et de liquides biologiques (sang, urine, etc.), si elles sont effectuées en laboratoire privé à des fins de prévention ou de diagnostic et qu'elles soient du même type que celles qui sont effectuées en centre hospitalier.

Appareil auditif

L'achat et la réparation d'appareils auditifs, ainsi que l'achat de piles.

Appareil d'assistance respiratoire

La location ou l'achat d'un appareil d'assistance respiratoire ou d'un moniteur d'apnée, selon le mode le plus économique. L'oxygène fait aussi partie des frais admissibles à ce titre.

Appareils orthopédiques

Les corsets, attelles, béquilles, plâtres et articles pour grands brûlés.

Pour tous les appareils orthopédiques, les frais peuvent être considérés comme admissibles jusqu'à concurrence du coût que SSQ juge raisonnable pour l'appareil nécessaire à la réalisation des activités quotidiennes de base. Les chaussures orthopédiques et les orthèses plantaires ne sont pas considérées comme des appareils orthopédiques dans le cadre de la présente assurance.

Appareils thérapeutiques

La location ou l'achat d'appareils thérapeutiques, selon le mode le plus économique, de même que leur réparation.

Pour la présente assurance, les articles suivants ne sont pas considérés comme des appareils thérapeutiques : les pompes à insuline, les appareils de contrôle tels que le glucomètre, le dextromètre, le stéthoscope, le sphygmomanomètre et les autres appareils de même nature, de même que les accessoires domestiques comme le bain tourbillon, le purificateur d'air, l'humidificateur, le climatiseur et les autres accessoires de même nature.

Articles pour stomie

L'achat d'articles pour stomie qui sont prescrits par un médecin, pour la partie des frais qui excède le montant remboursé par l'État.

Bas de contention

Les bas à compression graduée de 20 mm de HG ou plus. Les bas doivent être obtenus dans une pharmacie ou dans un établissement de santé. Ils doivent servir au traitement d'insuffisance du système veineux ou lymphatique.

Chaussures orthopédiques

L'achat ou la réparation de chaussures orthopédiques, aussi appelées « chaussures orthétiques ». Le « Tableau des garanties » indique si l'assurance des adultes diffère à cet égard de celle des enfants à charge.

Par chaussures orthopédiques, on entend ici des chaussures conçues et fabriquées sur mesure à partir d'un moulage. Les chaussures de type ouvert, évasé ou droit et les chaussures nécessaires au maintien des attelles de Denis Browne sont également admissibles. Les chaussures doivent cependant être nécessaires pour corriger un défaut du pied. Elles doivent aussi être obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé détenteur de tous les permis d'usage. Les frais pour des corrections apportées par un tel laboratoire à des chaussures préfabriquées sont aussi admissibles.

Pour la présente assurance, les chaussures profondes et les sandales ne sont pas considérées comme des chaussures orthopédiques.

Échographies

Les échographies.

Électrocardiogrammes

Les électrocardiogrammes

Fauteuil roulant et marchette

La location ou l'achat, lorsque ce dernier mode est plus économique et étant entendu que les frais de réparation d'un article acheté entrent alors dans le calcul des frais admissibles, d'un fauteuil roulant non motorisé ou d'une marchette. Le fauteuil roulant ou la marchette doivent être semblables à ceux habituellement en usage dans un centre hospitalier.

Fournitures médicales

L'achat de fournitures médicales servant au gavage ou nécessaires par suite d'une trachéotomie. Les anneaux gastriques font aussi partie des frais admissibles à ce titre.

Glucomètre

L'achat d'appareil muni d'un autopiqueur servant à mesurer le taux de glucose sanguin. L'achat d'un glucomètre à lecture sporadique qui nécessite l'utilisation de capteurs de glucose peut également être admissible, sous réserve d'une autorisation préalable de SSQ.

Infirmier

Les soins donnés à la personne assurée, à son domicile, par un infirmier licencié ou infirmier auxiliaire licencié qui n'habite pas sous le même toit que la personne assurée et qui n'est pas un membre de sa famille. Pour être admissibles, ces frais doivent être engagés pour des soins requérant les compétences professionnelles de l'infirmier et qui sont donnés de façon continue à la personne assurée.

Lit d'hôpital

La location d'un lit d'hôpital ou l'achat d'un lit d'hôpital, lorsque ce dernier mode est plus économique. Le lit d'hôpital doit être semblable à ceux habituellement en usage dans un centre hospitalier.

Lunettes opaques

L'achat de lunettes opaques nécessaires lors d'un traitement de radiothérapie ou contre le psoriasis.

Neurostimulateur transcutané

Un neurostimulateur transcutané.

Orthèses plantaires

Les orthèses du pied obtenues d'un laboratoire ou d'un centre spécialisé en orthèses du pied détenant un permis émis par les autorités légales ou reconnu par SSQ.

Pompe à drainage et accessoires de percussion thoracique

L'achat et la réparation d'une pompe à drainage et d'accessoires de percussion thoracique.

Pompe à insuline

L'achat et la réparation d'une pompe à insuline prescrite par un médecin.

Prothèse capillaire

L'achat d'une prothèse capillaire initiale par suite de chimiothérapie.

Prothèse externe et membre artificiel

Les prothèses externes et membres artificiels devenus nécessaires par suite de la perte d'un membre naturel survenant lorsque la personne est assurée en vertu de la présente garantie.

Pour la présente assurance, les articles suivants ne sont pas considérés comme des prothèses externes ni comme des membres artificiels : les prothèses dentaires, les prothèses mammaires, les prothèses capillaires, les appareils auditifs, les lunettes, les lentilles cornéennes ou intraoculaires.

Radiographies

Les radiographies autres que celles pour lesquelles des frais admissibles de radiographies sont déjà prévus par d'autres dispositions du contrat.

Pour la présente assurance, les résonances magnétiques et les tomодensitométries ne sont pas considérées comme des radiographies.

Résonances magnétiques

Les résonances magnétiques.

Soutiens-gorges postopératoires

L'achat de soutiens-gorges postopératoires par suite de mastectomie ou de réduction mammaire.

Tomодensitométrie

Les tomодensitométries.

Traitements dentaires à la suite d'un accident aux dents naturelles ou à la mâchoire

Les honoraires d'un chirurgien dentiste pour réparer des dommages accidentels à des dents saines et naturelles.

Aux fins de la présente assurance, une dent « naturelle » signifie une dent qui n'a pas été remplacée. Une dent est dite « saine lorsqu'elle ne fait l'objet d'aucune atteinte pathologique, soit dans sa substance même, soit dans les structures qui lui sont adjacentes. Une dent naturelle ayant fait l'objet d'un traitement ou d'une réparation mais qui a retrouvé sa fonction normale et qui ne fait l'objet d'aucune atteinte pathologique est aussi considérée comme saine. Par contre, les bris de dents survenant lorsque la personne est en train de manger ne sont pas couverts à titre de traitements dentaires à la suite d'un accident.

Les conditions suivantes doivent s'appliquer pour que des frais puissent être admissibles à titre de frais pour traitements dentaires à la suite d'un accident aux dents naturelles :

- a) l'accident doit survenir lorsque la personne est assurée en vertu de la présente garantie;
- b) les soins doivent être administrés par un chirurgien dentiste ou un denturologiste licencié;
- c) les soins doivent être donnés dans les 12 mois suivant la date de l'accident, et la personne doit alors être assurée par la présente garantie. Si les soins doivent se prolonger au-delà de ces 12 mois, un plan de traitement détaillé doit être présenté à l'assureur avant la fin de ce délai aux fins d'approbation. Si le plan est approuvé, les soins doivent être terminés dans les 24 mois suivant la date de l'accident.

Les frais pour traitements dentaires à la suite d'un accident aux dents naturelles sont admissibles jusqu'à concurrence des tarifs suggérés par l'association des dentistes généralistes de la province de pratique du professionnel traitant, pour l'année au cours de laquelle les frais sont engagés.

Les frais engagés liés à un nouvel implant, à des implants existants ou à des prothèses elles-mêmes liées à des implants ne sont pas couverts en vertu de la protection « Traitements dentaires à la suite d'un accident aux dents naturelles ».

2. Exclusions, limitations et restrictions

Les exclusions, limitations et restrictions générales de la garantie d'assurance maladie s'appliquent.

Assurance voyage avec assistance (Assurance maladie)

Pour obtenir toute information avant votre départ ou une autorisation avant d'engager ou de payer des frais admissibles, ou pour demander de l'assistance, vous pouvez communiquer avec le service d'assistance voyage de SSQ aux numéros de téléphone suivants :

Du Canada ou des États-Unis : 1 800 465-2928

D'ailleurs dans le monde : 514 286-8412 (à frais virés)

Le numéro de contrat paraissant sur votre carte SSQ doit être fourni au moment de l'appel.

1. Frais admissibles

Le pourcentage de remboursement s'appliquant aux frais admissibles décrits ci-après est indiqué au « **Tableau des garanties** ».

La présente assurance s'applique seulement pendant la partie du séjour à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée au cours de laquelle cette personne est aussi couverte par les régimes d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de sa province de résidence. Si une personne décède pendant qu'elle est effectivement assurée par cette garantie, ou si elle est alors blessée accidentellement ou atteinte d'une maladie subite et inattendue, les frais décrits ci-après et qu'elle doit engager en cas d'urgence pendant son séjour sont admissibles, jusqu'au maximum de remboursement indiqué à cet égard au « **Tableau des garanties** ».

L'assurance voyage avec assistance s'applique à l'excédent des frais remboursables en vertu des régimes d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée. Pour tout séjour qui doit durer plus de 180 jours, la personne assurée doit communiquer à l'avance avec SSQ afin de connaître les conditions qui s'appliquent.

Dans les cas suivants, une autorisation doit être demandée sans délai au service d'assistance voyage de SSQ, que ce soit par la personne assurée elle-même ou par tout autre adulte qui est en mesure de la demander : hospitalisation; soins de médecin; transport par ambulance.

Dans les cas suivants, une autorisation doit être demandée à l'avance par la personne assurée au service d'assistance voyage de SSQ : soins d'infirmier, de chiropraticien, de podiatre, de physiothérapeute ou de dentiste; rapatriement; escorte médicale; séjour et transport d'un proche parent de la personne assurée; transport en cas de décès; retour d'un véhicule; frais décrits sous la rubrique « **Services, produits et articles** ».

Pour que les frais décrits ci-après puissent être considérés comme admissibles, la personne assurée doit être protégée par les régimes d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de sa province de résidence.

Dans tous les cas, les services doivent être obtenus d'une personne qui ne réside pas avec la personne assurée et qui n'est pas un de ses proches parents ni un de ses compagnons de voyage.

Si la personne assurée est déjà atteinte d'une maladie ou d'une affection connue, elle doit s'assurer avant son départ :

- a) que son état de santé est bon et stable; un état de santé est considéré instable, et ses effets ne sont pas considérés comme ceux d'une maladie subite et inattendue, notamment dans les cas où la maladie ou l'affection :
- s'est aggravée,
 - a fait l'objet d'une récurrence,
 - est en phase terminale d'évolution,
 - est chronique et présente des risques de dégradation ou de complications prévisibles pendant la durée prévue du voyage;
- b) qu'elle peut effectuer ses activités habituelles;
- et
- c) qu'aucun symptôme ne laisse raisonnablement présager que des complications puissent survenir ou que des soins soient requis pendant la durée prévue du voyage.

Le service d'assistance voyage de SSQ peut fournir des précisions sur la signification de l'expression « maladie subite et inattendue » et indiquer à la personne assurée si son état de santé limite sa protection de quelque manière.

Hospitalisation

Les frais d'hospitalisation pour traitement dans un hôpital.

Honoraires de médecin

Les honoraires pour soins médicaux, chirurgicaux ou d'anesthésie, autres que les honoraires pour soins dentaires.

Honoraires d'infirmier

S'ils sont prescrits par le médecin traitant, les honoraires d'un infirmier licencié pour soins privés donnés exclusivement à l'hôpital. Les frais admissibles pour honoraires d'infirmier ne peuvent excéder 5 000 \$ par personne assurée par séjour.

Honoraires de chiropraticien, de podiatre ou de physiothérapeute

Les honoraires d'un chiropraticien, d'un podiatre ou d'un physiothérapeute.

Honoraires de chirurgien dentiste

Les honoraires d'un chirurgien dentiste pour soigner des lésions accidentelles aux dents naturelles. L'accident doit être survenu à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée. Les soins doivent être reçus lorsque l'assurance de la personne est en vigueur. Les frais admissibles pour honoraires de chirurgien dentiste ne peuvent excéder 1 000 \$ par personne assurée par séjour.

Médicaments

Les frais d'achat de médicaments qui ne sont disponibles que sur prescription par un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire.

Transport par ambulance

Les frais de transport en ambulance par un ambulancier licencié, en direction de l'hôpital le plus proche.

Rapatriement de la personne assurée

Les frais de rapatriement de la personne assurée vers sa province de résidence en vue d'une hospitalisation immédiate, y compris les frais de transport jusqu'au lieu le plus près où les services médicaux appropriés sont disponibles. Les prestations sont limitées au coût du transport le plus économique que permet l'état de santé de la personne assurée.

Transport par avion d'une escorte médicale

Les frais de transport aller et retour en classe économique d'une escorte médicale qui n'est ni un membre de la famille de la personne assurée ni un de ses compagnons de voyage, à condition que l'escorte en question soit exigée par le transporteur aérien ou par le médecin traitant de la personne assurée.

Séjour et transport d'un proche parent

Les frais d'hébergement et de repas d'un proche parent dans un établissement commercial ainsi que ses frais de transport, aller et retour, en classe économique, entre son lieu de résidence et l'établissement où la personne assurée est hospitalisée pendant au moins 7 jours, ou en cas de décès, de l'endroit où se trouve la dépouille. Les frais admissibles pour séjour et transport d'un proche parent sont limités comme suit :

- a) pour le transport : 2 500 \$ par séjour pour l'ensemble des personnes assurées d'une même famille;
- b) pour l'hébergement et les repas : 300 \$ par jour pour l'ensemble des personnes assurées d'une même famille, jusqu'à un maximum global de 2 400 \$ pour la totalité du séjour.

Les frais de transport admissibles à cet égard se limitent au coût qui serait exigé pour effectuer le trajet en utilisant le moyen de transport public (autobus, train, avion) le plus économique. La nécessité de la visite doit être confirmée par le médecin traitant.

En cas de décès de la personne assurée, préparation de sa dépouille et retour de son corps ou de ses cendres ou crémation ou inhumation sur place

Les frais de préparation de la dépouille de la personne assurée et du retour chez elle de son corps ou de ses cendres par la route la plus directe, ou de crémation ou inhumation sur place, à l'exclusion des frais engagés pour un cercueil ou pour une urne funéraire, jusqu'à un maximum de frais admissibles de 10 000 \$ au total pour la préparation du corps et le transport.

Retour du véhicule

Les frais de retour du véhicule personnel de la personne assurée vers sa résidence ou du véhicule loué par la personne assurée vers l'agence appropriée de location de véhicules la plus proche, jusqu'à un maximum de frais admissibles de 2 000 \$ par séjour.

Le retour du véhicule doit être effectué par une agence commerciale. La personne assurée doit être incapable de s'en occuper en raison d'une maladie ou d'une blessure attestée par son médecin traitant; ses compagnons de voyage doivent aussi être incapables de s'en charger.

Services, produits et articles

Les frais qui sont payés pour les services, produits ou articles suivants :

- a) location d'un fauteuil roulant, d'un lit d'hôpital ou d'un appareil d'assistance respiratoire;
- b) analyses de laboratoire et radiographies;
- c) achat de bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles, plâtres et autres appareils orthopédiques.

Frais de subsistance

Les frais d'hébergement et de repas dans un établissement commercial, si la personne assurée a dû les engager parce qu'elle a dû modifier la suite de son voyage en raison de son hospitalisation ou de l'hospitalisation d'un compagnon de voyage ou d'un membre de sa famille qui l'accompagne.

L'hospitalisation doit être d'une durée d'au moins 24 heures. Les frais admissibles à ce titre ne peuvent excéder 300 \$ par jour, ni 2 400 \$ par séjour à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée, pour l'ensemble des personnes protégées.

Services d'assistance voyage

Votre assurance comporte des services d'assistance voyage, auxquels vous avez accès lorsque vous en avez besoin. Ces services ne sont toutefois pas disponibles dans tous les pays et SSQ peut les modifier sans préavis.

Les services offerts sont les suivants :

- a) diriger la personne assurée vers une clinique ou un hôpital approprié;
- b) vérifier si l'assurance de la personne peut lui éviter d'avoir à effectuer un dépôt en argent pour obtenir des soins hospitaliers;
- c) assurer le suivi du dossier médical de la personne assurée;
- d) coordonner le retour et le transport de la personne assurée aussitôt que médicalement possible;
- e) apporter une aide d'urgence et coordonner les demandes de règlement;
- f) prendre les dispositions nécessaires pour faciliter le transport d'un membre de la famille jusqu'au chevet de la personne assurée ou pour lui permettre d'aller identifier une personne assurée décédée, puis coordonner le rapatriement de cette dernière;
- g) prendre les dispositions nécessaires pour faciliter le retour des personnes assurées à leur domicile (frais de retour non compris);
- h) coordonner le retour du véhicule personnel de la personne assurée si une maladie ou un accident la rend incapable de s'en occuper;
- i) communiquer avec la famille ou avec l'employeur de la personne assurée;

- j) servir d'interprète aux appels d'urgence;
- k) recommander un avocat, lorsque des problèmes d'ordre juridique surviennent.

2. Exclusions, limitations et restrictions

Aux exclusions, limitations et restrictions générales qui s'appliquent à l'ensemble de la garantie d'assurance maladie s'ajoute ce qui suit pour l'assurance voyage avec assistance.

Les frais suivants ne sont pas admissibles en vertu de l'assurance voyage avec assistance du présent régime :

- a) frais engagés après le refus de la personne assurée d'être rapatriée dans sa province de résidence à la demande de SSQ;
- b) frais engagés par la personne assurée hors de sa province de résidence, alors que ces frais auraient pu être engagés dans sa province de résidence sans danger pour sa vie ou sa santé; le fait que les soins offerts dans la province de résidence de la personne assurée soient de qualité inférieure à ceux qui peuvent l'être à l'étranger n'est pas considéré comme un danger pour la vie ou la santé de la personne assurée;
- c) frais engagés à un endroit où le gouvernement du Canada a émis une recommandation de ne pas séjourner ou de ne pas se rendre; la présente exclusion ne s'applique pas à une personne assurée se trouvant déjà à l'endroit en question au moment où le gouvernement du Canada émet sa recommandation, pourvu qu'elle prenne les dispositions nécessaires pour se conformer à cette recommandation dans les meilleurs délais;
- d) frais payables en vertu de tout régime public;
- e) frais relatifs à une chirurgie ou un traitement facultatifs ou non urgents;
- f) dans le cas d'un voyage entrepris dans le but d'obtenir une consultation ou de recevoir un traitement ou des soins médicaux, frais engagés par suite de la condition médicale pour laquelle le voyage a été entrepris, peu importe que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non;
- g) frais engagés dans un établissement pour malades chroniques;
- h) frais engagés pour une personne assurée dans un établissement pour soins prolongés ou une station thermale;
- i) frais engagés à la suite de blessures ou d'un décès découlant de la pratique des activités ou sports suivants : vol plané, deltaplane, parapente, alpinisme, « bungee », saut en parachute ou parachutisme en chute libre et toute autre activité du même genre, tous sports extrêmes ou de combat, toute compétition de véhicules motorisés ainsi que toute activité sportive ou sous-marine pour laquelle la personne visée par l'assurance est rémunérée;
- j) frais relatifs à un événement dont la personne assurée pouvait raisonnablement prévoir qu'il risquait de se produire pendant la durée prévue du voyage ou peu après en raison de l'état dans lequel elle se trouvait au début du voyage; dans cette catégorie d'événements entrent une grossesse, une fausse couche, un accouchement et leurs complications, lorsque ces événements se produisent dans les 2 mois précédant la date normale prévue de l'accouchement ou après;

- k) les frais hospitaliers ou médicaux engagés pour des soins à l'égard desquels aucun remboursement n'est prévu par le régime d'assurance hospitalisation ou d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée.

ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

L'assurance décrite ci-après est régie par le contrat de SSQ, Société d'assurance inc. En cas de divergence entre le contenu de la présente brochure et celui du contrat, ce sont les dispositions du contrat qui prévalent. Les responsabilités de SSQ, Société d'assurance-vie inc. se limitent à la couverture prévue par ses contrats d'assurance.

SSQ, Société d'assurance inc.

Police no 1ST85

**OLYMEL, SOCIÉTÉ EN COMMANDITE ET
UNION INTERNATIONALE DES TRAVAILLEURS ET TRAVAILLEUSES
UNIS DE L'ALIMENTATION ET DE COMMERCE, FAT-COI-CTC-FTQ –
SECTION LOCALE 1991-P, SAINT-ESPRIT DE MONTCALM**

Obligatoire et Facultatif

Assurance en cas de décès et mutilation accidentels

Mise à jour : 1^{er} mai 2019

Ceci est un document important

S'il vous plaît, gardez-le dans un endroit sûr

Dans ce document, en vue d'alléger le texte, le masculin comprend le féminin.

Tableau des garanties

Régime DMA obligatoire

Division	Capital assuré	Réduction du capital assuré à 65 ans	Fin de l'assurance
Saint-Esprit	25 000 \$	50 %	70 ans ou votre retraite, selon la première éventualité

Régime DMA facultatif

Capital assuré	En fonction de la prime payable Choix d'un montant par unités de 10 000 \$ Nombre minimal d'unités : 1 Nombre maximal d'unités : 10
Fin de l'assurance	Le jour de votre 65 ^e anniversaire ou de votre départ à la retraite, selon la première occurrence

Montant global d'indemnisation (Régime DMA obligatoire seulement)

5 000 000 \$

Date d'effet de l'assurance

A) Régime DMA obligatoire

L'assurance de chaque Employé assuré prend effet comme suit :

- a) à la date d'entrée en vigueur de la Police si l'Employé est alors assuré en vertu du Régime de base d'assurance-vie du Contractant;
- b) à la date de son retour effectif au travail à temps plein si l'Employé est absent à la Date d'effet de la police, sauf en cas de congés payés authentiques ou en cas de congé de maternité ou de congé parental;
- c) à la date d'entrée en vigueur du Régime d'assurance vie collective du Contractant si l'Employé s'assure après l'entrée en vigueur de la Police.

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

Toute personne assurée aux termes du contrat antérieur est couverte de plein droit par le nouveau contrat à compter de la résiliation du contrat antérieur si la fin de son assurance n'est attribuable qu'à cette résiliation et que cette personne appartient à une catégorie d'adhérents couverts par le nouveau contrat.

B) Régime DMA facultatif

L'assurance d'un employé qui soumet une demande d'adhésion prend effet comme suit :

- a) à la date d'entrée en vigueur de la Police si la demande d'adhésion a été soumise au plus tard à ce moment-là;
- b) à la date de réception de la demande d'adhésion par le Contractant, si la demande a été soumise après la date d'entrée en vigueur de la Police.

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

Toute personne assurée aux termes du contrat antérieur est couverte de plein droit par le nouveau contrat à compter de la résiliation du contrat antérieur si la fin de son assurance n'est attribuable qu'à cette résiliation et que cette personne appartient à une catégorie d'adhérents couverts par le nouveau contrat.

Définitions

Dans la Police, en vue d'alléger le texte, le masculin comprend le féminin.

« Accident » signifie un événement ou un incident soudain et imprévu mettant en cause l'Assuré et entraînant directement une Blessure à ce dernier.

« Assuré » signifie un Employé assuré dont la couverture individuelle aux termes de la Police est en vigueur.

« Blessure » signifie une lésion corporelle qui résulte d'un Accident se produisant pendant que la Police est en vigueur en ce qui a trait à l'Assuré, sur laquelle la demande de règlement est fondée et qui entraîne directement et indépendamment de toute autre cause, un sinistre couvert par la Police, 24 heures sur 24, n'importe où dans le monde entier.

« Capital assuré » signifie le montant stipulé à l'article 3 de la Proposition-cadre applicable à l'Assuré et indiqué sur la plus récente demande d'adhésion signée par l'Employé assuré, dans les archives du Contractant, s'il y a lieu.

« Conjoint » signifie une personne :

- a) à laquelle l'Employé assuré est légalement marié ou avec qui il vit en union civile; ou
- b) que l'Employé assuré présente publiquement comme son conjoint et qui cohabite dans une situation assimilable à une relation conjugale avec l'Employé assuré de façon permanente depuis au moins un (1) an avant la date de l'événement pour lequel il est assuré.

Toutefois, si une personne est la mère ou le père biologique ou adoptif d'au moins un des enfants de l'Employé assuré et qu'elle cohabite avec l'Employé assuré, la personne est réputée être un Conjoint à compter de la date de la naissance ou de l'adoption de cet enfant, si cette date tombe avant la fin de la période d'un (1) an de cohabitation.

Une (1) seule personne est admissible à titre de Conjoint de l'Employé assuré. Si, tout en étant légalement marié ou en union civile, l'Employé assuré cohabite avec une personne décrite au point b) ci dessus, il peut choisir par écrit quelle personne est reconnue comme Conjoint en vertu de la Police. La déclaration doit être remise au Contractant avant la réalisation du risque assuré, sans quoi elle ne lie pas l'Assureur. Si aucune déclaration n'est remise, le Conjoint sera la personne à laquelle l'Employé assuré est légalement marié ou avec qui il vit en union civile.

« Début de l'invalidité totale » signifie la date où l'Invalidité totale de l'Assuré déclarée par un Médecin a commencé, pourvu qu'à cette date, l'Assuré respecte, à la satisfaction de l'Assureur, tous les critères d'Invalidité totale.

« Enfant à charge » signifie un enfant biologique, un enfant adopté, un enfant du conjoint ou tout enfant avec lequel l'Employé assuré a par ailleurs une relation parent enfant. Il dépend de l'Employé assuré pour ses frais de subsistance et :

a) a moins de vingt et un (21) ans; ou

b) a moins de vingt-six (26) ans et fréquente à temps plein un Établissement d'enseignement post-secondaire; ou

c) quel que soit son âge à la date de la demande de règlement, a été frappé d'une déficience fonctionnelle alors qu'il répondait à l'un des deux critères énoncés aux paragraphes 1) et 2) ci-haut. Une preuve de l'existence de cette Déficience fonctionnelle, y compris la déclaration par un Médecin de l'existence de cette déficience et du moment où elle s'est produite, doit être remise à l'Assureur au plus tard dans les trente et un (31) jours après que l'enfant ait atteint l'âge auquel il ne serait plus par ailleurs admissible à titre d'Enfant à charge aux termes de l'un des deux critères énoncés aux paragraphes 1) et 2) ci-haut. Par la suite, l'Assureur peut exiger la présentation périodique d'autres preuves attestant à sa satisfaction que cette Déficience fonctionnelle subsiste et que la définition d'Enfant à charge s'applique par ailleurs à l'enfant, à défaut de quoi l'Assureur peut établir que l'enfant n'est plus admissible à titre d'Enfant à charge aux termes de la Police.

« Établissement d'enseignement post secondaire » signifie entre autres une université, un collège, un cégep ou une école de formation professionnelle et technique.

« Hôpital » signifie un établissement agréé à titre d'hôpital dans le territoire où il est situé. Pour satisfaire à cette définition, il doit s'agir d'un hôpital de soins actifs ouvert jour et nuit, qui traite les malades et les blessés, qui compte en tout temps au moins un Médecin de service, qui offre, 24 heures sur 24, des soins infirmiers dispensés par du personnel infirmier autorisé et qui dispose des installations nécessaires au diagnostic et à la chirurgie. Une clinique, une maison de repos, un centre d'hébergement, un hôpital pour convalescents ou tout établissement de même nature n'est pas un Hôpital. Aux fins de la présente définition, un Hôpital inclut un établissement réservé en tout ou en partie aux soins de réadaptation.

« Invalidité totale » ou « Totalement invalide » réfère ou renvoie directement à un état continu d'incapacité qui empêche l'Employé assuré d'exercer toutes les fonctions usuelles et habituelles relatives à son emploi.

L'Employé assuré sera réputé être Totalement invalide seulement s'il ne tire pas de revenus d'un emploi après le Début de son Invalidité totale, directement ou indirectement, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation approuvé par l'Assureur.

Pour qu'une Invalidité totale soit reconnue, l'état de l'Employé assuré doit exiger que des Soins et suivi normaux lui soient prodigués par un Médecin ou un spécialiste pertinent. La preuve des Soins et suivi normaux doit être jugée satisfaisante par l'Assureur.

« Hébergement » signifie l'hébergement dans un hôtel, un motel, une auberge, une chambre d'hôte ou un autre établissement du genre ainsi que la nourriture raisonnablement requise pendant

l'hébergement; toutefois, aucune indemnité ne sera versée pour l'hébergement dans une résidence privée ou pour de la nourriture qui n'est pas consommée dans le cadre d'un repas par la personne qui demande un remboursement de dépenses.

« Médecin » signifie une personne dûment autorisée à exercer la médecine et à prodiguer des traitements conformément au permis qui lui a été octroyé par un des organismes suivants :

- a) un organisme agréé chargé de la délivrance des permis d'exercice dans la région d'administration des soins et dont le Médecin est membre en règle; ou
- b) un organisme gouvernemental ayant compétence sur la délivrance des permis d'exercer dans la région d'administration des soins.

Le Médecin ne peut pas résider habituellement avec l'Assuré. Il ne peut être ni un Assuré, ni un Membre de la famille immédiate de l'Assuré, ni une relation d'affaires de l'Assuré.

« Membre de la famille immédiate » signifie toute personne d'au moins dix huit (18) ans, qu'il s'agisse du fils, de la fille, du père, de la mère, du frère, de la sœur, du beau fils, de la belle fille, du beau père, de la belle mère, du beau frère, de la belle sœur, de l'oncle, de la tante, du neveu, de la nièce, du petit fils, de la petite fille, du grand père, de la grand mère (peu importe que le lien soit biologique ou qu'il découle d'une adoption ou d'un remariage) ou du conjoint de l'Employé assuré.

« Police » signifie la Police no 1ST85 ainsi que la Proposition-cadre qui y est jointe, tout avenant et tous documents joints.

« Soins et suivi normaux » signifie les observations et les soins nécessaires, selon les normes actuelles et reconnues de la médecine, à la guérison de l'affection à l'origine du traitement ou de l'hospitalisation.

« Tarif » signifie le tarif régulier facturé pour :

- 1) un siège en classe économique sur un vol régulier d'un transporteur aérien régulier national ou international;
- 2) un siège en voiture coach dans un train de passagers;
- 3) un siège régulier dans un autobus-voyageurs;
- 4) la traversée en classe économique sur un bateau.

Chacun de ces transporteurs doit détenir un certificat valide émis par Transport Canada ou, s'il est assujéti à la réglementation d'un autre pays, par une autorité gouvernementale similaire ayant compétence dans ce pays.

« Transport » signifie le déplacement d'un endroit à l'autre au moyen d'un Véhicule automobile privé ou public, d'un autobus, d'un train, d'un bateau, d'un traversier, d'un avion ou d'un hélicoptère.

« Véhicule automobile » signifie une voiture de tourisme, une fourgonnette, un véhicule tout terrain, un véhicule utilitaire sport (VUS), un camion, une ambulance ou tout type de véhicule automobile utilisé par les corps de police municipaux, provinciaux ou fédéraux.

Admissibilité à la couverture

Toutes les personnes répondant à la définition de Personnes admissibles aux termes de l'article 2 de la Proposition-cadre peuvent être couvertes par la présente assurance.

Indemnité en cas de Perte accidentelle

Lorsque, dans les trois cent soixante cinq (365) jours suivant la date d'un Accident, un Assuré subit une des Pertes accidentelles énumérées ci dessous par suite d'une Blessure résultant de cet Accident, l'Assureur versera des prestations comme suit :

Perte

La vie.....	Le Capital assuré
La vue complète des deux yeux.....	Le Capital assuré
La parole et l'ouïe des deux oreilles	Le Capital assuré
Une main et la vue complète d'un œil	Le Capital assuré
Un pied et la vue complète d'un œil	Le Capital assuré
La vue complète d'un œil	Les deux tiers du Capital assuré
La parole.....	Les deux tiers du Capital assuré
L'ouïe des deux oreilles.....	Les deux tiers du Capital assuré
L'ouïe d'une oreille	Le tiers du Capital assuré
Tous les orteils d'un pied	Le tiers du Capital assuré

Perte ou Perte de l'usage

Les deux mains.....	Le Capital assuré
Les deux pieds.....	Le Capital assuré
Une main et un pied	Le Capital assuré
Un bras.....	Les trois quarts du Capital assuré
Une jambe.....	Les trois quarts du Capital assuré
Une main	Les deux tiers du Capital assuré
Un pied	Les deux tiers du Capital assuré
Le pouce et l'index ou au moins quatre doigts d'une main.....	Le tiers du Capital assuré
Le pouce ou le gros orteil	Le sixième du Capital assuré

Paralysie

Les quatre membres (Quadriplégie)..... Le double du Capital assuré
Les deux membres inférieurs (Paraplégie)..... Le double du Capital assuré
Une moitié du corps (Hémiplégie)..... Le double du Capital assuré

Toutefois, en ce qui concerne la Quadriplégie, la Paraplégie et l'Hémiplégie, si l'Assuré décède dans les quatre vingt-dix (90) jours suivant la date de l'Accident, les prestations payables par l'Assureur se limiteront au Capital assuré.

Les prestations prévues aux termes du présent article pour toutes les Pertes accidentelles subies par un Assuré par suite d'un (1) seul Accident ne dépasseront pas ce qui suit :

- a) Le Capital assuré, sauf dans les cas de Quadriplégie, de Paraplégie ou d'Hémiplégie; ou
- b) Le double du Capital assuré en cas de Quadriplégie, de Paraplégie et d'Hémiplégie, pourvu que l'Assuré survive plus de quatre vingt dix (90) jours après la date de l'Accident.

Aux termes du présent article, en aucun cas l'Assureur ne paiera plus du double du Capital assuré par suite du même Accident, sans égard à la combinaison des pertes subies.

Si, par suite d'un seul Accident, l'Assuré subit des blessures multiples à un membre, les prestations prévues par la présente disposition ne sont versées que pour une seule perte, soit la plus importante.

« Perte accidentelle » signifie la Perte de la vie, une Perte, la Perte de l'usage, la Quadriplégie, la Paraplégie ou l'Hémiplégie, le tout au sens donné ci dessous.

« Perte de la vie » signifie le décès de l'Assuré.

« Perte » signifie :

- a) dans le cas d'une main ou d'un pied, le sectionnement total et irrémédiable à l'articulation du poignet ou de la cheville ou au dessus, mais en dessous de l'articulation du coude ou du genou;
- b) dans le cas d'un bras ou d'une jambe, le sectionnement total et irrémédiable à l'articulation du coude ou du genou ou au dessus;
- c) dans le cas d'un pouce, le sectionnement total et irrémédiable d'une phalange;
- d) dans le cas d'un doigt, le sectionnement total et irrémédiable de deux phalanges;
- e) dans le cas d'un orteil, le sectionnement total et irrémédiable d'une phalange du gros orteil et de toutes les phalanges des autres orteils;
- f) dans le cas d'un œil, la perte totale et irrémédiable de la vue, cette perte étant déclarée irrémédiable par un Médecin;

g) dans le cas de la parole, la perte totale et irrémédiable de la capacité d'émettre des sons intelligibles, cette perte étant déclarée irrémédiable par un Médecin;

h) dans le cas de l'ouïe, la perte totale et irrémédiable de l'ouïe, cette perte étant déclarée irrémédiable par un Médecin.

« Perte de l'usage » signifie l'incapacité totale d'utiliser une partie du corps, cette incapacité devant se poursuivre pendant douze (12) mois consécutifs au terme desquels elle est déclarée permanente par un Médecin.

« Paralyse » signifie la perte de la motricité d'une ou de plusieurs parties du corps.

« Quadriplégie » signifie la Paralyse permanente et la perte d'usage fonctionnelle des deux membres supérieurs et des deux membres inférieurs.

« Paraplégie » signifie la Paralyse permanente et la perte d'usage fonctionnelle des deux membres inférieurs.

« Hémiplégie » signifie la Paralyse permanente et la Perte d'usage fonctionnelle du membre supérieur et du membre inférieur d'un même côté du corps.

Indemnité de rapatriement

Si, par suite de la Perte de la vie de l'Assuré découlant d'une Blessure subie à cinquante kilomètres (50 km) ou plus de sa résidence habituelle, des prestations sont payables en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle », l'Assureur remboursera les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés pour le transport, y compris la préparation en vue du transport du corps de l'Assuré jusqu'à l'endroit de repos choisi (notamment un salon funéraire ou un lieu d'inhumation) à proximité de la résidence habituelle de l'Assuré décédé, jusqu'à concurrence d'une somme globale de dix mille dollars (10 000 \$) à l'égard de la totalité des frais payés en vertu de la présente disposition par suite d'un (1) seul Accident.

Les prestations prévues par la présente disposition seront payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Le montant payable en vertu de la présente disposition est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'Assureur au nom du Contractant.

Indemnité d'études

Si, par suite de la Perte de la vie d'un Employé assuré découlant d'une Blessure, des prestations sont payables en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle », l'Assureur paiera les frais de scolarité raisonnables et nécessaires de chacun des Enfants à charge qui, à la date du décès

de l'Assuré ou dans les trois cent soixante cinq (365) jours qui suivent, sont inscrits ou s'inscrivent à plein temps dans un Établissement d'enseignement post secondaire, jusqu'à concurrence du moins élevé des montants suivants :

- a) cinq pour cent (5 %) du Capital assuré de l'Assuré décédé; ou
- b) cinq mille dollars (5 000 \$),

par Enfant à charge pour chaque année (pendant un maximum de quatre (4) années consécutives) où l'Enfant à charge y est effectivement inscrit à plein temps.

La somme maximale payable en vertu de cette disposition ne peut dépasser un plafond annuel de cinq mille dollars (5 000 \$) par Enfant à charge.

Le versement des prestations s'effectue chaque année dès réception par l'Assureur d'une preuve qu'il juge satisfaisante de l'inscription à plein temps de l'Enfant à charge dans un Établissement d'enseignement post secondaire. Aucun montant ne sera versé à l'égard de frais engagés avant la Perte de la vie de l'Assuré ni pour les frais de pension et les autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Les prestations prévues par la présente disposition seront payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Le montant payable en vertu de la présente disposition est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'Assureur au nom du Contractant.

S'il remplit les conditions stipulées ci-dessus, on présume que l'Enfant à charge est le bénéficiaire des prestations payables en vertu de la présente disposition. Si aucun enfant ne remplit ces conditions ou celles de la disposition « Indemnité de garde d'enfants », l'Assureur s'engage à verser au bénéficiaire une somme correspondant à cinq pour cent (5 %) du Capital assuré de l'Assuré jusqu'à concurrence d'un montant de deux mille cinq cents dollars (2 500 \$), en vertu d'une seule police de l'Assureur établie au nom du Contractant.

Indemnité de garde d'enfants

Si, par suite de la Perte de la vie d'un Employé assuré découlant d'une Blessure, des prestations sont payables en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle », l'Assureur s'engage à rembourser les frais de garde raisonnables et nécessaires effectivement engagés relativement aux services de garderie pour les Enfants à charge ayant moins de treize (13) ans à la date du décès de l'Assuré et qui, à la date du décès de l'Assuré ou dans les trois cent soixante cinq (365) jours qui suivent, sont inscrits ou s'inscrivent dans une Garderie, jusqu'à concurrence du moins élevé des montants suivants :

- a) cinq pour cent (5 %) du Capital assuré de l'Assuré décédé; ou

b) cinq mille dollars (5 000 \$),

par Enfant à charge pour chaque année (pendant un maximum de quatre (4) années consécutives) où l'Enfant à charge y est effectivement inscrit.

La somme maximale payable en vertu de cette disposition ne peut dépasser un plafond annuel de cinq mille dollars (5 000 \$) par Enfant à charge.

Le versement des prestations s'effectue chaque année dès réception par l'Assureur d'une preuve qu'il juge satisfaisante de l'inscription dans une Garderie, mais aucun montant ne sera versé à l'égard de frais engagés avant la Perte de la vie de l'Assuré ni pour les frais de pension et les autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Les prestations prévues par cette disposition seront payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Le montant payable en vertu de la présente disposition est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'Assureur au nom du Contractant.

« Garderie » signifie un établissement qui, tout en étant exploité en vertu de la législation en vigueur, notamment sur les garderies, offre, sur une base régulière, des soins et de la supervision à un groupe d'enfants. Sont exclus de la présente définition tout hôpital, le domicile de l'enfant ou l'école si les seuls services fournis à l'école le sont pendant les heures normales de classe de l'Enfant à charge (jusqu'à la fin du secondaire), ou toute garderie de jour dont les services sont offerts gratuitement.

Si aucun Enfant à charge ne remplit ces conditions ou celles de la disposition « Indemnité d'études », l'Assureur versera au bénéficiaire de l'Employé assuré une somme correspondant au moins élevé des montants suivants :

a) cinq pour cent (5 %) du Capital assuré de l'Assuré décédé; ou

b) deux mille cinq cents dollars (2 500 \$),

en vertu d'une (1) seule police de l'Assureur.

Indemnité de réadaptation professionnelle

Si, par suite d'une Perte accidentelle subie par un Employé assuré découlant d'une Blessure, des prestations sont payables en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle » et que l'Employé assuré doit en raison de cette Blessure s'inscrire à un programme de réadaptation professionnelle qui lui permet d'acquérir les compétences propres à l'occupation d'un emploi qu'il n'aurait pas occupé sans cette Blessure, l'Assureur s'engage à rembourser les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés pour ce programme par l'Employé assuré au cours des trois (3) années suivant la perte. L'indemnité ne couvre ni les frais de pension ni les autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Le montant global versé par l'Assureur pour l'ensemble des frais engagés par l'Employé assuré en vertu de la présente disposition se limite à dix mille dollars (10 000 \$) par suite d'un (1) seul Accident.

Le montant payable en vertu de la présente disposition est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'Assureur au nom du Contractant.

Indemnité de formation professionnelle

Si, par suite de la Perte de la vie d'un Employé assuré découlant d'une Blessure, des prestations sont payables en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle », l'Assureur remboursera les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés par le Conjoint, dans les trois (3) années qui suivent cette perte, pour participer à un programme officiel de formation professionnelle qui lui permet d'acquérir les compétences propres à l'occupation d'un emploi qu'il n'aurait pas été apte à exercer autrement. L'indemnité ne couvre ni les frais de pension ni les autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Le montant global versé par l'Assureur pour l'ensemble des frais engagés par le Conjoint en vertu de la présente disposition se limite à dix mille dollars (10 000 \$).

Les prestations prévues par la présente disposition seront payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Le montant payable en vertu de la présente disposition est coordonné à toute autre indemnité de même nature versée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'Assureur au nom du Contractant.

Majoration de l'indemnité pour enfants (*Régime DMA facultatif seulement*)

Si, par suite d'une Perte accidentelle subie par un Enfant à charge découlant d'une Blessure, des prestations sont payables en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle », l'Assureur paiera le double des prestations prévues, sauf en cas de Perte de la vie.

Cette disposition ne s'applique pas si l'Enfant à charge décède par suite de la Blessure ou de toute autre cause dans les quatre vingt-dix (90) jours qui suivent l'Accident.

Indemnité de déplacement pour raisons familiales

Si, par suite d'une Perte accidentelle découlant d'une Blessure, des prestations sont payables à l'Assuré en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle » et que l'Assuré reçoit les soins normaux d'un Médecin, l'Assureur remboursera les frais raisonnables et nécessaires de Transport aller retour effectivement engagés par un Membre de la famille immédiate pour se rendre de sa résidence habituelle au chevet de l'Assuré par le trajet le plus court et l'Hébergement à proximité, si

L'Assuré ne voyageait pas accompagné d'un Membre de sa famille immédiate. L'indemnité ne couvre pas les frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Aucune prestation ne sera versée en vertu de la présente disposition si l'Assuré séjourne dans un Hôpital situé à moins de cent cinquante kilomètres (150 km) de sa résidence habituelle.

Si on se déplace dans un Véhicule automobile autre qu'un véhicule exploité sous permis pour transporter des passagers, le remboursement des frais de Transport se limite alors à vingt cents (0,20 \$) le kilomètre.

La somme maximale payable en vertu de la présente disposition ne peut dépasser un plafond de dix mille dollars (10 000 \$) par suite d'un (1) seul Accident.

Les prestations prévues par la présente disposition seront payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Le montant payable en vertu de la présente disposition est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'Assureur au nom du Contractant.

Indemnité d'identification de la dépouille

Si, par suite de la Perte de la vie de l'Assuré découlant d'une Blessure, des prestations sont payables en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle » et que les forces policières ou un autre organisme gouvernemental de même nature exigent l'identification de la dépouille, l'Assureur remboursera les frais raisonnables et nécessaires de Transport aller-retour effectivement engagés, sous réserve d'un maximum de trois (3) nuits consécutives, par un (1) seul Membre de la famille immédiate ou représentant de la famille pour se rendre par le trajet le plus court de sa résidence habituelle à l'endroit où se trouve la dépouille et l'Hébergement à proximité, si, au moment du décès, l'Assuré ne voyageait pas accompagné d'un Membre de sa famille immédiate. Aucun montant ne sera versé à l'égard des autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Aucune prestation ne sera versée en vertu de la présente disposition si la dépouille de l'Assuré se trouve à moins de cent cinquante kilomètres (150 km) de sa résidence habituelle.

Le remboursement des frais de Transport se limite à un seul voyage aller retour pour identifier la dépouille de l'Assuré. Si on se déplace dans un Véhicule automobile autre qu'un véhicule exploité sous permis pour transporter des passagers, le remboursement des frais de Transport se limite alors à vingt cents (0,20 \$) le kilomètre.

La somme maximale payable en vertu de la présente disposition ne peut dépasser un plafond de cinq mille dollars (5 000 \$) par suite d'un (1) seul Accident.

Les prestations prévues par la présente disposition seront payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Le montant payable en vertu de la présente disposition est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'Assureur au nom du Contractant.

Indemnité de décès simultanés (*Régime DMA facultatif seulement*)

Si, par suite de la Perte de la vie d'un Employé assuré et de son Conjoint découlant d'une Blessure, des prestations sont payables en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle » en raison d'un Même Accident, l'indemnité en cas de Perte de la vie du Conjoint est majorée jusqu'à concurrence du Capital assuré de l'Employé assuré. Toutefois, la somme totale payable en vertu de la Police ne peut dépasser globalement un million de dollars (1 000 000 \$).

« Même Accident » signifie un Accident unique ou de multiples Accidents se produisant en moins de vingt quatre (24) heures.

Indemnité de port de la Ceinture de sécurité

Si, par suite d'une Perte accidentelle subie par l'Assuré et découlant d'une Blessure alors qu'il se trouve à bord d'un Véhicule automobile, à titre de conducteur ou de passager et que sa Ceinture de sécurité est bien attachée au moment de l'Accident, des prestations sont payables en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle », l'Assureur versera une somme supplémentaire correspondant à dix pour cent (10 %) du montant payable en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle », sous réserve toutefois d'un maximum de vingt cinq mille dollars (25 000 \$) s'appliquant à toutes les polices de même nature établies au nom du contractant par l'Assureur.

Au moment de l'Accident, le conducteur du Véhicule automobile doit avoir un permis en règle lui permettant de conduire le type de véhicule en cause, et ne pas être Sous l'influence de l'alcool ou de drogues.

Une preuve du port de la Ceinture de sécurité que l'Assureur juge satisfaisante doit être présentée avec la preuve écrite de la perte.

« Sous l'influence de l'alcool ou de drogues » signifie que le taux d'alcool dans le sang du conducteur est tel, et/ou que ses facultés sont affaiblies en raison de la consommation d'alcool, de stupéfiants ou d'autres drogues de telle façon, qu'il serait passible d'une poursuite en vertu des lois provinciales, fédérales ou étatiques même s'il n'a pas fait l'objet d'une telle poursuite.

« Ceinture de sécurité » signifie toute ceinture constituant un dispositif de retenue dans un Véhicule automobile.

Aux fins de cette définition, le terme Ceinture de sécurité englobe un dispositif de retenue pour enfant utilisé dans un Véhicule automobile ainsi que tout dispositif d'attache qui fait partie d'une civière et dont on se sert pour véhiculer des malades et des blessés en ambulance.

Indemnité d'aménagement de la résidence et/ou d'un véhicule

Si, par suite d'une des Pertes accidentelles suivantes subies par l'Assuré et découlant d'une Blessure :

- 1) Perte des deux pieds ou des deux jambes; ou
- 2) Perte de l'usage des deux pieds ou des deux jambes; ou
- 3) Quadriplégie, Paraplégie ou Hémiplégie,

des prestations sont payables en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle » et que l'Assuré ne peut se déplacer qu'en fauteuil roulant en raison de cette perte, l'Assureur s'engage à rembourser les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés par l'Assuré dans les trois (3) années qui suivent la Perte pour les travaux d'aménagement de la résidence et/ou d'un véhicule comme il est prévu dans la présente disposition.

Pour donner droit aux prestations en vertu de la présente disposition, l'aménagement doit permettre à l'Assuré d'avoir accès à sa résidence ou à son véhicule en fauteuil roulant et doit être approuvé, si la loi l'exige, par les autorités chargées de la délivrance des permis.

La somme maximale payable en vertu de la présente disposition par l'Assureur se limite à dix mille dollars (10 000 \$) pour un (1) seul Accident.

Le montant payable en vertu de la présente disposition est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'Assureur au nom du Contractant, ou à laquelle l'Assuré a droit en vertu d'un régime d'assurance automobile ou de tout autre régime prévoyant une indemnité de même nature ou de nature semblable.

Indemnité hospitalière

Si, par suite d'une Perte accidentelle subie par l'Assuré et découlant d'une Blessure, des prestations sont payables en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle » et que l'Assuré doit séjourner à l'Hôpital à cause de la Blessure et recevoir les Soins et suivi normaux d'un Médecin pendant au moins quatre (4) jours consécutifs, l'Assureur versera une Indemnité quotidienne, à la condition toutefois que la Période d'hospitalisation soit nécessaire au traitement de la Blessure. Cette Indemnité quotidienne est versée à compter du premier (1er) Jour d'hospitalisation, jusqu'à un maximum de trois cent soixante cinq (365) jours par Accident.

Par dérogation à toute stipulation contraire de la Police, une Période d'hospitalisation nécessaire au traitement d'une Blessure ayant entraîné une Perte accidentelle est couverte aux termes de la présente disposition pourvu qu'elle commence :

- 1) au cours des trois cent soixante cinq (365) jours suivant l'Accident à l'origine de la Blessure; et
- 2) pendant que la couverture individuelle de l'Assuré aux termes de la Police est en vigueur.

Dans le cas de toutes les Blessures de l'Assuré résultant d'un (1) seul Accident, une seule Période d'hospitalisation est payable.

« Indemnité quotidienne » signifie un trentième de un pour cent (1/30 de 1 %) du Capital assuré de l'Assuré, jusqu'à concurrence de deux mille cinq cents dollars (2 500 \$) par mois.

« Période d'hospitalisation » signifie un séjour unique et ininterrompu à l'Hôpital ou plusieurs séjours successifs à l'Hôpital résultant d'un seul Accident, sous réserve toutefois que l'intervalle entre chaque séjour soit de moins de quatre vingt dix (90) jours consécutifs et que tous les séjours se produisent dans les sept cent trente (730) jours de la date de l'Accident.

« Jour d'hospitalisation » signifie toute Période d'hospitalisation nécessaire correspondant à la facturation d'hôpital pour une journée complète.

Assurance aviation

L'assurance offerte par la Police couvre toute perte découlant d'une Blessure subie par l'Assuré dans les circonstances décrites ci après et en raison de celles ci :

- a) tout voyage à titre de passager, et non en qualité de membre de l'équipage, notamment le pilote, à bord d'un aéronef dont le certificat de navigabilité est en règle et qui est piloté par une personne possédant un brevet de pilote en règle correspondant au type d'aéronef;
- b) tout voyage à titre de passager, et non en qualité de membre de l'équipage, notamment le pilote, à bord d'un aéronef exploité par les Forces armées canadiennes ou par les forces armées d'une autorité gouvernementale dûment constituée de tout autre pays reconnu;
- c) l'embarquement dans un aéronef, la descente d'un aéronef ou le heurt par un aéronef.

La Police ne couvre pas les Blessures subies à l'occasion d'un voyage à bord d'un aéronef appartenant au Contractant ou encore exploité, loué ou nolisé par lui ou en son nom.

Couverture pour exposition aux éléments et disparition

Si l'Assuré est inévitablement exposé aux éléments et que, en conséquence directe, il subit une Perte accidentelle qui aurait donné droit à des prestations en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle » si la perte avait été causée par un Accident, l'Assureur paiera le montant prévu dans cette disposition pour cette perte.

Si l'Assuré n'est pas retrouvé dans l'année qui suit la disparition, le naufrage ou la destruction du véhicule à bord duquel il se trouvait à ce moment là et dans des circonstances qui seraient normalement couvertes en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle », on

présuamera la Perte de la vie de l'Assuré par suite d'une Blessure au moment de la disparition, du naufrage ou de la destruction.

Montant global d'indemnisation

Le montant global d'indemnisation de l'Assureur pour toutes les prestations payables en raison d'un (1) seul Accident est stipulé à l'article 4 de la Proposition-cadre. Si ce montant ne suffit pas à couvrir le plein montant de l'indemnité auquel a droit chaque Assuré, la somme alors payable à chaque Assuré correspondra au rapport entre le montant global d'indemnisation pour un (1) seul Accident et la somme globale des prestations qui auraient été payables, sans tenir compte du montant global d'indemnisation.

La présente disposition ne s'applique qu'aux prestations payables en vertu de la disposition suivante :

- Prestations en cas de Perte accidentelle

Paiement des prestations et bénéficiaires

Les prestations pour la Perte de la vie d'un Employé assuré sont payables au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par écrit sur la proposition d'assurance collective du régime de base, conservée dans les archives du Contractant ou de l'assureur du régime de base, selon le cas, ou sur la plus récente demande d'adhésion ou de désignation de bénéficiaire de l'Employé assuré conservée dans les archives du Contractant; en l'absence de désignation, elles sont versées aux ayants droit de l'Employé assuré. Toutes les autres prestations sont versées à l'Employé assuré, à l'exception des prestations payables en vertu des dispositions suivantes, qui sont versées à la personne qui a effectivement engagé les frais donnant lieu aux prestations :

- Indemnité d'études
- Indemnité de garde d'enfants
- Indemnité de formation professionnelle
- Indemnité de déplacement pour raisons familiales
- Indemnité d'identification de la dépouille
- Indemnité d'aménagement de la résidence et/ou d'un véhicule

Entrée en vigueur des couvertures individuelles

La couverture de toute personne admissible comme il est décrit dans l'article 2 de la Proposition-cadre entre en vigueur à la date stipulée à l'article 8 de la Proposition-cadre.

Résiliation des couvertures individuelles

La couverture de l'Assuré prévue aux termes de la Police prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- 1) à la date de la résiliation de la Police ;
- 2) à la date d'échéance de la prime si le Contractant n'acquiesce pas la prime exigible, sauf en cas d'erreur commise par inadvertance ;
- 3) (Régime DMA facultatif seulement)

à la date d'échéance de la prime coïncidant avec la date ou suivant la date de la remise par l'Employé assuré d'un avis d'annulation au Contractant ;

- 4) (Régime DMA Obligatoire seulement)

à la date d'échéance de la prime coïncidant avec la date ou suivant la date à laquelle l'Employé assuré atteint l'âge de soixante-dix (70) ans ;

(Régime DMA facultatif seulement)

à la date d'échéance de la prime coïncidant avec la date ou suivant la date à laquelle l'Employé assuré atteint l'âge de soixante-cinq (65) ans ;

- 5) à la date d'échéance de la prime coïncidant avec la date ou suivant la date où l'Employé assuré cesse d'être au service actif du Contractant en raison d'une absence autorisée, d'une mise à pied ou d'un licenciement, d'un congé de maternité/parental, d'une invalidité, d'une démission, d'un congédiement ou de la retraite, sauf comme il est prévu aux dispositions ci dessous :

- Exonération de primes
- Maintien de la couverture lors d'une absence autorisée

Exonération de primes

Lorsque, en vertu de la disposition d'exonération de primes du régime de base d'assurance vie collective du Contractant, l'assurance vie de l'Employé assuré est étendue par suite d'une invalidité totale, la couverture prévue par la Police est également étendue et l'exonération de primes entre en jeu.

L'exonération de primes cesse à la plus rapprochée des dates suivantes :

- a) la date de la résiliation de la Police; ou
- b) la date à laquelle l'Employé assuré atteint l'âge de soixante-cinq (65) ans; ou
- c) la date de la cessation de l'invalidité totale de l'Employé assuré.

La couverture étendue en vertu de la présente disposition est sous réserve des conditions de la Police qui s'appliquent avant le début de l'invalidité totale, y compris toute disposition prévoyant la réduction du montant d'assurance ou d'une indemnité.

Nonobstant toute stipulation contraire de la Police, la prestation payable en raison d'un événement couvert survenu pendant le maintien en vigueur de la couverture en vertu de la présente disposition ne peut en aucun cas dépasser le montant qui aurait été payable, s'il y a lieu, à l'Assuré avant le début de l'invalidité totale de l'Employé assuré.

L'Assureur a le droit de demander, raisonnablement, une attestation de l'invalidité totale ou de sa persistance. Ne pas lui remettre d'attestation peut entraîner la fin de l'exonération de primes.

Maintien de l'assurance lors d'une absence autorisée

La couverture individuelle en vertu de la Police sera maintenue en vigueur pour un Employé assuré pendant une absence autorisée, une mise à pied temporaire, un congé de maternité/parental ou un congé pour invalidité de l'Employé assuré, pourvu que le paiement de la prime se poursuive.

Le maintien en vigueur de la couverture prendra fin à 0 h 1, heure normale :

a) à l'égard de toute absence autorisée par le Contractant, le premier (1er) jour du mois suivant la fin d'une période de douze (12) mois ayant commencé à la date à laquelle cette absence autorisée a débuté ou à la date à laquelle l'Employé assuré retourne au travail à tout titre pour le Contractant ou un autre employeur, y compris un travail autonome, selon la première de ces éventualités. Le maintien en vigueur de la couverture pour des périodes de plus de douze (12) mois peut être octroyé, sous réserve d'une demande écrite soumise par le Contractant à l'Assureur;

b) à l'égard d'une absence pour invalidité autorisée par le Contractant, à la date à laquelle l'Employé assuré atteint l'âge de soixante-cinq (65) ans, est admissible à une exonération de primes ou retourne au travail à tout titre, selon la première de ces éventualités.

La couverture fournie en raison du maintien en vigueur aux termes de la présente disposition sera sous réserve des conditions de la Police qui s'appliquent au début de l'absence, y compris toute disposition prévoyant la réduction du montant d'assurance.

Nonobstant toute stipulation contraire de la Police, la prestation payable en raison d'un événement couvert survenu pendant le maintien en vigueur de la couverture individuelle aux termes de la présente disposition ne peut en aucun cas dépasser le montant qui aurait été payable à l'Assuré au début de l'absence de l'Employé assuré.

Exclusions

Aucune prestation ne sera versée en cas de perte, mortelle ou non, causée principalement ou accessoirement par ce qui suit :

- a) les blessures volontaires, le suicide ou la tentative de suicide, que l'Assuré ait été sain d'esprit ou non ;
- b) la guerre, déclarée ou non, et que l'Assuré y ait participé réellement ou non ;
- c) un mouvement populaire, une émeute, une insurrection, un conflit armé auquel l'Assuré a participé ;
- d) le service de l'Assuré, à titre de combattant ou de non combattant, dans les forces armées d'un pays ;
- e) le voyage de l'Assuré à titre de passager ou autre à bord d'un véhicule ou d'un appareil de navigation aérienne, sauf ce qui est prévu à la disposition « Assurance aviation » ;
- f) les soins médicaux ou les interventions chirurgicales à l'égard de l'Assuré, sauf s'ils sont consécutifs à un Accident.

Dispositions relatives aux sinistres

Déclaration de sinistre. La déclaration écrite de la Blessure faisant l'objet d'une demande de règlement doit être remise à l'Assureur au plus tard trente (30) jours après l'Accident à l'origine de la Blessure. Une telle déclaration doit être remise par écrit par l'Assuré, le bénéficiaire ou la personne qui a droit à la prestation en vertu de la Police, selon le cas, ou en leur nom, au 1225, rue St-Charles Ouest, bureau 200, Longueuil QC J4K 0B9, à un de ses bureaux régionaux ou à un de ses mandataires autorisés et accompagnée des renseignements permettant d'identifier l'Assuré dont la perte constitue le fondement de cette déclaration. La non présentation de la déclaration dans le délai imparti dans la Police n'invalide pas la demande de règlement s'il est prouvé qu'il n'était pas raisonnablement possible de le faire et que la déclaration a été présentée dès que possible, mais dans tous les cas pas plus d'un (1) an après l'Accident.

Formulaires de demande de règlement. Dès réception de la déclaration de sinistre, l'Assureur accepte de remettre au demandeur les formulaires habituels de demande de règlement. Le demandeur qui, au bout de quinze (15) jours, n'a pas reçu ces formulaires est réputé s'être conformé aux exigences de la Police à l'égard de la preuve de sinistre s'il soumet, dans le délai imparti dans la Police, les preuves écrites du sinistre exposant les circonstances, la nature et l'étendue de la perte qui fait l'objet de la demande de règlement.

Preuve de sinistre. La preuve écrite du sinistre doit être remise à l'Assureur au plus tard quatre vingt dix (90) jours après l'Accident à l'origine du sinistre. La non présentation de la preuve, dans le délai imparti, n'invalide pas la demande de règlement s'il est prouvé qu'il n'était pas raisonnablement possible de le faire et que la déclaration a été présentée dès que possible, mais dans tous les cas pas plus d'un (1) an après l'Accident.

Examen physique et autopsie. Tant que la demande de règlement est en cours de validation, l'Assureur se réserve le droit de faire subir à l'Assuré un examen physique toutes les fois qu'il le juge

opportun, sous réserve toutefois qu'il en acquitte les frais. Il peut aussi exiger une autopsie en cas de décès, lorsque la loi le permet.

Versement des prestations. Toutes les prestations payables en vertu de la Police sont réglées dès que l'Assureur reçoit une preuve de sinistre qu'il juge suffisante et qui se conforme aux exigences de la Police. À l'égard des Assurés du Contractant pour qui les primes sont payées en dollars canadiens, toutes les sommes payables aux termes de la Police le sont dans la monnaie légale du Canada. À l'égard des Assurés du Contractant pour qui les primes sont payées en dollars américains, toutes les sommes payables aux termes de la Police le sont dans la monnaie légale des États Unis.

Action contre l'Assureur. Pour qu'une action en demande de règlement au titre de la Police puisse être intentée par l'Assuré, il faut respecter les deux délais ci après : un délai minimal de soixante (60) jours calculé à partir de la remise à l'Assureur d'une preuve de sinistre, remise qui se conforme aux exigences de la Police, et un délai maximal d'un (1) an [trois (3) ans dans la province de Québec].

Conformité à la loi de la province ou du territoire. Si le délai stipulé dans la Police pour présenter une déclaration ou une preuve de sinistre ou pour tenter une action contre l'Assureur est inférieur à celui prévu par la loi de la province, du territoire ou de l'État de résidence du demandeur au moment de l'Accident, ce dernier prévaut.

Changement d'assureur

Aucune disposition de la présente Police ne porte préjudice à une demande de règlement si le sinistre est couvert lors de sa survenance. Le décès imputable à une Invalidité totale – couverte dès le début par la Police – est aussi considéré comme un sinistre assuré.

Nonobstant le paragraphe précédent, l'Assureur n'assume, suite à la résiliation du contrat, aucune responsabilité en cas de récurrence de l'Invalidité totale, si elle se produit après un rétablissement complet de quatre-vingt-dix (90) jours.

Nonobstant toute stipulation contraire de la présente disposition, en cas de résiliation de la présente Police par le Contractant ou l'Assureur, les modalités du deuxième alinéa (2e) ne s'appliquent plus dès que le demandeur souscrit une assurance équivalente d'un autre Assureur.

Dispositions générales

Intégralité du contrat. La Police forme un contrat indivisible. Une déclaration du Contractant ou d'un Assuré ne peut entraîner la nullité de l'assurance ni la diminution des prestations, sauf si elle figure par écrit dans la proposition portant la signature du Contractant ou d'un Assuré. Aucun agent ne peut modifier la Police ni supprimer une de ses dispositions. Toute modification n'est valide que si elle est approuvée par un dirigeant de l'Assureur, à la condition que l'approbation figure dans un avenant à la Police ou une pièce annexe.

Toutes les réponses qui figurent dans la proposition en vertu de la Police sont réputées être des déclarations, non des conditions essentielles.

Certificat d'assurance. L'Assureur doit approuver la description des garanties aux termes de la Police qui est faite dans la notice à l'Assuré et, en cas de divergence, peut exiger la modification du libellé. En l'absence de l'approbation de l'Assureur ou à la suite d'un refus d'obtempérer à la demande de modification, le Contractant s'engage à exonérer l'Assureur de toute responsabilité découlant de la divergence et à le dédommager de toute réclamation. L'exonération porte également sur les pertes et les frais, notamment les frais juridiques, résultant d'une réclamation.

Résiliation du contrat. Le Contractant peut résilier la Police s'il envoie par la poste à l'Assureur un préavis par écrit l'informant de la date de résiliation. L'Assureur peut, lui aussi, résilier la Police s'il envoie par la poste au Contractant, à l'adresse qui y figure, un préavis par écrit d'au moins trente (30) jours précédant l'Anniversaire de la Police et l'informant de la date de résiliation. L'envoi par la poste est une preuve suffisante de la délivrance du préavis susmentionné. La date stipulée dans le préavis est la date d'expiration de la période d'assurance. La délivrance en personne (par le Contractant ou l'Assureur) a le même effet que son envoi par la poste.

Examen des archives. En ce qui a trait aux archives du Contractant se rapportant à la Police, l'Assureur est autorisé à les examiner à tout moment au cours de la Police et, au besoin, dans les deux (2) ans suivant l'expiration de celle-ci ou encore jusqu'au règlement définitif des sinistres non réglés, selon l'éventualité la plus éloignée.



Découvrez nos services en ligne en vous inscrivant dès
aujourd'hui au site sécurisé dédié aux assurés.

Service à la clientèle
Sans frais : 1 877 651-8080
Région de Montréal : 514 223-2500