

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE
assuré par



La Capitale

Assurances et
gestion du patrimoine

***COLLÈGES PUBLICS,
MAISONS D'ENSEIGNEMENT PRIVÉ
ET UNIVERSITÉS***



Fédération nationale des enseignantes
et des enseignants du Québec

Contrat 1008-1010
Régime modifié le 1^{er} janvier 2013

**RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE
POUR TOUS LES MEMBRES ACTIFS
ET AFFILIÉS À LA FNEEQ-CSN**

**(FÉDÉRATION NATIONALE DES ENSEIGNANTES
ET DES ENSEIGNANTS DU QUÉBEC – CSN)**

*Collèges publics, maisons d'enseignement privé
et universités*

IMPORTANT

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

Ce document n'étant pas aussi explicite que le contrat quant aux clauses de définitions, admissibilité, adhésion, fin de l'assurance et autres stipulations diverses, vous pouvez en connaître les détails en consultant le contrat disponible chez votre employeur ou auprès de votre syndicat.



100 %

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

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire
des garanties

Garantie
d'assurance
maladie

Assurance voyage
et annulation
de voyage

Assurance
soins dentaires

Assurance vie

Assurance
maladies graves

Assurance
invalidité

Renseignements
généraux

Demande de
prestations

SOMMAIRE DES GARANTIES	7
GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE	15
1. Frais de base	15
2. Frais de médicaments	16
3. Autres frais admissibles	17
4. Professionnels de la santé	19
5. Exclusions	20
ASSURANCE VOYAGE	23
IMPORTANT – EXCLUSION ET RÉDUCTION	23
EN CAS D'URGENCE	29
ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE	31
Frais admissibles	33
ASSURANCE SOINS DENTAIRES	37
1. Frais admissibles	37
2. Exclusions	45
ASSURANCE VIE	47
1. Assurance vie de la personne adhérente	47
2. Assurance vie des personnes à charge	48
3. Assurance vie additionnelle	48
ASSURANCE MALADIES GRAVES DE LA PERSONNE ADHÉRENTE	49
1. Protection	49
2. Montant d'assurance	49
3. Maladies et interventions chirurgicales couvertes	49
4. Conditions préexistantes	54
5. Demande de prestations	54
6. Exclusions et réductions de la garantie	54
7. Fin de participation	55
ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE	57
1. Délai de carence	57
2. Période de prestations	57
3. Montant des prestations	58
4. Indexation	58
5. Réadaptation	58
6. Exclusions	59
7. Intégration	59

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE	61
1. Délai de carence	61
2. Période de prestations	61
3. Montant des prestations	61
4. Indexation	62
5. Réadaptation	62
6. Exclusions	63
7. Intégration	63
RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	67
1. Définitions	67
2. Admissibilité	72
3. Adhésion	73
4. Demande d'adhésion et preuves d'assurabilité	77
5. Changement de protection	78
6. Événements de vie permettant de changer de protection dans les 30 jours de l'événement	79
7. Bénéficiaire	81
8. Exonération des primes pour une personne invalide	81
9. Transformation	82
10. Prolongation des garanties pour les personnes à charge d'une personne adhérente décédée	82
11. Maintien de la participation à l'assurance lors de congés	83
12. Congé à traitement différé ou anticipé et retraite progressive	83
13. Mise en disponibilité	83
14. Congés, mise à pied, grève, lock-out ou congédiement	84
15. Fin de l'assurance	84
16. Régime offert à la retraite	88
DEMANDE DE PRESTATIONS	91
Assurance maladie	91
Assurance soins dentaires (s'il y a lieu)	92
Assurance vie	92
Assurance invalidité	92
POUR JOINDRE LA CAPITALE ASSURANCES ET GESTION DU PATRIMOINE INC. ...	93
Aide-mémoire / Notes	94

SOMMAIRE DES GARANTIES

Ce tableau décrit brièvement les garanties de votre régime d'assurance collective. Afin d'obtenir une description complète des garanties, veuillez consulter les pages qui s'y rapportent.

GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE – Obligatoire				
Les soins, services ou fournitures suivis d'un astérisque (*) nécessitent une ordonnance. Les maximums indiqués sont par personne assurée.		PROTECTION DE BASE (Module A)	PROTECTION RÉGULIÈRE (Module B)	PROTECTION ENRICHIE (Module C)
Période minimale de participation : 36 mois, sous réserve des dispositions prévues à l'article « Changement de protection - Assurance maladie et soins dentaires »				
1. Frais remboursés à 100 %				
Hospitalisation	Chambre semi-privée	Chambre semi-privée	Chambre semi-privée	Chambre semi-privée
Soins prolongés	Chambre semi-privée, maximum de 180 jours par année civile	Chambre semi-privée, maximum de 180 jours par année civile	Chambre semi-privée, maximum de 180 jours par année civile	Chambre semi-privée, maximum de 180 jours par année civile
Assurance voyage	Maximum viager de 2 000 000 \$	Maximum viager de 2 000 000 \$	Maximum viager de 2 000 000 \$	Maximum viager de 2 000 000 \$
Assurance annulation de voyage	Maximum de 5 000 \$ par voyage	Maximum de 5 000 \$ par voyage	Maximum de 5 000 \$ par voyage	Maximum de 5 000 \$ par voyage
2. Médicaments*				
Remboursement	Généériques : 80 % Brevetés : 70 % Originaux : 68 % jusqu'à concurrence de la contribution maximale annuelle du RGAM et 100 % de l'excédent, par certificat	Généériques : 90 % Brevetés : 80 % Originaux : 68 % des premiers 2 500 \$ de frais admissibles et 100 % de l'excédent, par certificat	Généériques : 90 % Brevetés : 80 % Originaux : 68 % des premiers 2 500 \$ de frais admissibles et 100 % de l'excédent, par certificat	Généériques : 100 % Brevetés : 90 % Originaux : 68 % des premiers 2 500 \$ de frais admissibles et 100 % de l'excédent, par certificat
Franchise annuelle	Aucune	Aucune	Aucune	Aucune
Service de paiement automatisé	Différé	Différé	Différé	Différé

GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE – Obligatoire			
Les soins, services ou fournitures suivis d'un astérisque (*) nécessitent une ordonnance. Les maximums indiqués sont par personne assurée.			
	PROTECTION DE BASE (Module A)	PROTECTION RÉGULIÈRE (Module B)	PROTECTION ENRICHIE (Module C)
3. Autres frais admissibles			
Remboursement	70 %	80 %	90 %
Franchise annuelle	Aucune	Aucune	Aucune
Ambulance	Couvert	Couvert	Couvert
Bas de soutien	Maximum de 6 paires par année civile	Maximum de 6 paires par année civile	Maximum de 6 paires par année civile
Centre de réadaptation	Chambre semi-privée Maximum admissible de 75 \$ par jour et de 15 jours par hospitalisation	Chambre semi-privée Maximum admissible de 75 \$ par jour et de 15 jours par hospitalisation	Chambre semi-privée Maximum admissible de 75 \$ par jour et de 15 jours par hospitalisation
Chaussures correctrices*	Maximum admissible de 100 \$ par paire et de 2 paires par année civile	Maximum admissible de 100 \$ par paire et de 2 paires par année civile	Maximum admissible de 100 \$ par paire et de 2 paires par année civile
Chirurgien dentiste à la suite d'un accident	Couvert	Couvert	Couvert
Clinique privée (traitement de l'alcoolisme, toxicomanie ou jeu compulsif)	Remboursement maximal de 3 500 \$ par année civile Maximum d'une cure par année civile et de 2 cures à vie	Remboursement maximal de 3 500 \$ par année civile Maximum d'une cure par année civile et de 2 cures à vie	Remboursement maximal de 3 500 \$ par année civile Maximum d'une cure par année civile et de 2 cures à vie
Examen de la vue	Non couvert	Maximum admissible de 50 \$ par période de 24 mois consécutifs	Maximum admissible de 50 \$ par période de 24 mois consécutifs

GARANTIE D'ASSURANCE MALLADIE – Obligatoire			
Les soins, services ou fournitures suivis d'un astérisque (*) nécessitent une ordonnance. Les maximums indiqués sont par personne assurée.			
	PROTECTION DE BASE (Module A)	PROTECTION RÉGULIÈRE (Module B)	PROTECTION ENRICHIE (Module C)
3. Autres frais admissibles (suite)			
Remboursement	70 %	80 %	90 %
Fauteuil roulant* poumon d'acier* ou équipements thérapeutiques*	Couverts	Couverts	Couverts
Glucomètre*, dextromètre* ou autre appareil similaire*	Remboursement maximal de 200 \$ par période de 60 mois consécutifs	Remboursement maximal de 200 \$ par période de 60 mois consécutifs	Remboursement maximal de 200 \$ par période de 60 mois consécutifs
Infirmier autorisé* ou infirmier auxiliaire autorisé*	Maximum admissible de 300 \$ par jour, et remboursement maximal de 10 000 \$ par année civile	Maximum admissible de 300 \$ par jour, et remboursement maximal de 10 000 \$ par année civile	Maximum admissible de 300 \$ par jour, et remboursement maximal de 10 000 \$ par année civile
Médicaments homéopathiques*	Remboursement maximal de 400 \$ par année civile	Remboursement maximal de 400 \$ par année civile	Remboursement maximal de 400 \$ par année civile
Membres artificiels*, appareils prothétiques*, orthèses plantaires* et appareils orthopédiques*	Couverts	Couverts	Couverts
Oxygénothérapie*	Couverte	Couverte	Couverte
Pompe à insuline*	Remboursement maximal de 1 750 \$ par période de 60 mois consécutifs	Remboursement maximal de 1 750 \$ par période de 60 mois consécutifs	Remboursement maximal de 1 750 \$ par période de 60 mois consécutifs

GARANTIE D'ASSURANCE MALLADIE – Obligatoire			
Les soins, services ou fournitures suivis d'un astérisque (*) nécessitent une ordonnance. Les maximums indiqués sont par personne assurée.			
	PROTECTION DE BASE (Module A)	PROTECTION RÉGULIÈRE (Module B)	PROTECTION ENRICHIE (Module C)
3. Autres frais admissibles (suite)			
Remboursement	70 %	80 %	90 %
Prothèse auditive*	Remboursement maximal de 500 \$ par période de 36 mois consécutifs	Remboursement maximal de 500 \$ par période de 36 mois consécutifs	Remboursement maximal de 500 \$ par période de 36 mois consécutifs
Prothèse capillaire*	Maximum admissible de 400 \$ par année civile	Maximum admissible de 400 \$ par année civile	Maximum admissible de 400 \$ par année civile
Prothèse mammaire*	Maximum admissible de 500 \$ par année civile	Maximum admissible de 500 \$ par année civile	Maximum admissible de 500 \$ par année civile
Sérums et liquides injectés pour fins curatives* (incluant injections en vue d'une insémination artificielle)	Couverts	Couverts	Couverts
Souliers orthopédiques*	Frais d'achat, après déduction d'une franchise de 20 \$ par paire	Frais d'achat, après déduction d'une franchise de 20 \$ par paire	Frais d'achat, après déduction d'une franchise de 20 \$ par paire
Stérilet	Couvert	Couvert	Couvert
Traitements d'un médecin spécialiste non disponible dans la région de résidence de l'assuré*	Remboursement maximal de 750 \$	Remboursement maximal de 750 \$	Remboursement maximal de 750 \$
Vaccins (vaccins préventifs inclus)	Couverts	Couverts	Couverts

GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE – Obligatoire
 Les soins, services ou fournitures suivis d'un astérisque (*) nécessitent une ordonnance. Les maximums indiqués sont par personne assurée.

PROTECTION DE BASE (Module A)		PROTECTION RÉGULIÈRE (Module B)	PROTECTION ENRICHIE (Module C)
4. Professionnels de la santé			
Remboursement	70 %	80 %	90 %
Chiropraticiens	Frais admissibles de 50 \$ par traitement ou radiographie, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 400 \$ par année civile	Frais admissibles de 50 \$ par visite, traitement ou radiographie, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 600 \$ par année civile, pour l'ensemble de ces professionnels	Frais admissibles de 50 \$ par visite, traitement ou radiographie, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 900 \$ par année civile, pour l'ensemble de ces professionnels
Acupuncteurs, diététistes, ergothérapeutes, homéopathes, ostéopathes, physiothérapeutes, podiatres, thérapeutes du sport et thérapeutes en réadaptation physique	Non couverts		
Massothérapeutes*	Non couverts	Non couvert	
Orthopédaogues et orthophonistes	Non couverts	Frais admissibles de 50 \$ par visite, remboursement maximal de 600 \$ par année civile, pour l'ensemble de ces professionnels	Frais admissibles de 50 \$ par visite, remboursement maximal de 900 \$ par année civile, pour l'ensemble de ces professionnels
Conseillers en orientation en pratique privée, psychologues, psychologues et travailleurs sociaux	Non couverts	Frais admissibles de 75 \$ par visite, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 900 \$ par année civile, pour l'ensemble de ces professionnels	Frais admissibles de 75 \$ par visite, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 400 \$ par année civile, pour l'ensemble de ces professionnels

GARANTIE D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES

Les maximums indiqués sont par personne assurée.

**PROTECTION DE BASE (Option 1)
(Garantie optionnelle)****PROTECTION ENRICHIE (Option 2)**

(Garantie optionnelle – disponible seulement si la personne adhérente a choisi le Module C en assurance maladie)

Période minimale de participation : 36 mois, sous réserve des dispositions prévues à l'article « Changement de protection - Assurance maladie et soins dentaires »

Frais de prévention	80 % (1 examen par 9 mois)	80 % (1 examen par 9 mois)
Frais de restauration de base	80 %	80 %
Frais de restauration majeure	Non couverts	80 %
Maximum de remboursement	1 000 \$ par année civile	1 000 \$ par année civile
Franchise annuelle	Aucune	Aucune
Remboursement	Selon les tarifs de l'année courante	Selon les tarifs de l'année courante

ASSURANCE VIE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE, INCLUANT L'ASSURANCE MALADIES GRAVES – Optionnelle	
Montant d'assurance vie	
– Personne adhérente active de moins de 70 ans	1 fois le salaire annuel (minimum 35 000 \$) ou 2 fois le salaire annuel (minimum 70 000 \$), au choix de la personne adhérente, avec réduction de 50 % du montant détenu à l'âge de 65 ans
– Personne adhérente active de 70 ans et plus	10 000 \$
Montant d'assurance maladies graves	25 000 \$
Fin de l'assurance	À la retraite de la personne adhérente

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE – Optionnelle	
Montant d'assurance	
– Personne conjointe de moins de 65 ans	10 000 \$
– Personne conjointe de 65 ans et plus	5 000 \$
– Enfant à charge âgé de plus de 24 heures	5 000 \$
Fin de l'assurance	À la retraite de la personne adhérente

ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE – Optionnelle	
Personne adhérente	1 à 10 tranches de 25 000 \$
Personne conjointe	1 à 10 tranches de 25 000 \$
Montant maximal	250 000 \$, incluant tout montant d'assurance vie additionnelle en vigueur avant le 1er janvier 2013
Fin de l'assurance	70 ans ou à la retraite de la personne adhérente, si antérieure

ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE – Obligatoire sauf pour les collèges publics	
Délai de carence	
– Collège LaSalle	10 jours suivant le début de l'invalidité
– Autres établissements	30 jours suivant le début de l'invalidité
– Chargés de cours de l'Université Concordia	30 semaines suivant le début de l'invalidité
Période de prestations	24 mois moins le délai de carence
Montant de la prestation	80% du salaire net à l'épuisement de la banque de congés de maladie, maximum de 5 000 \$ par mois
Indexation	Oui, selon R.R.Q., maximum de 3 %
Prestations imposables	Non
Fin de l'assurance	65 ans
ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE – Obligatoire, selon les modalités d'adhésion prévues au présent document	
Délai de carence	Après la courte durée ou 104 semaines
Période de prestations	Jusqu'à 65 ans
Montant de la prestation	80 % du salaire net à la fin du délai de carence, maximum de 5 000 \$ par mois
Indexation	Oui, selon R.R.Q., maximum de 6 %
Prestations imposables	Non
Fin de l'assurance	65 ans ou à la retraite de la personne adhérente, si antérieure
INVALIDITÉ TOTALE – Propre occupation	
	Jusqu'à 65 ans

GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE (Obligatoire)

Garantie
d'assurance
maladie

Les frais admissibles sont les frais raisonnablement justifiés par la gravité du cas, la pratique courante de la médecine et les tarifs usuels de la région, à l'exclusion des dépenses non médicalement nécessaires, des frais payables en vertu de tout autre régime, individuel ou collectif, et des frais pour lesquels la personne assurée a droit à une indemnité en vertu de la Loi sur les accidents de travail, de la Loi sur l'assurance automobile ou toute autre loi canadienne ou étrangère au même effet.

Les frais décrits ci-après sont remboursés selon les modalités prévues au *Sommaire des garanties de la présente brochure* selon le module choisi.

1. Frais de base

HOSPITALISATION

Lorsque, sur recommandation d'un médecin, une personne assurée est admise dans un hôpital au Canada, ultérieurement à la date d'entrée en vigueur de son assurance, l'Assureur paie pour le compte de cette personne assurée les frais fixés par ledit hôpital pour le séjour en chambre semi-privée ou en chambre particulière tant que cette personne assurée a droit à des soins assurés à titre de malade hospitalisé, mais seulement jusqu'à concurrence du montant que ledit hôpital est en droit de se faire payer directement par le malade en règlement des frais de séjour de ce dernier en chambre semi-privée.

MALADE CHRONIQUE HOSPITALISÉ POUR DES SOINS PROLONGÉS

Lorsque, sur recommandation d'un médecin et ultérieurement à la date d'entrée en vigueur de son assurance, une personne assurée est admise à titre de malade chronique hospitalisé pour des soins prolongés dans un hôpital antituberculeux, dans un sanatorium, dans un hôpital pour malades mentaux, dans une maison de repos, dans une maison de retraite ou dans un dispensaire, et que l'établissement est autorisé par le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec à adhérer au régime d'assurance-hospitalisation instauré en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation de cette province, l'Assureur paie pour le compte de cette personne assurée les frais fixés par ledit établissement pour le séjour de la personne assurée, jusqu'à concurrence du montant que ledit établissement est en droit de se faire payer directement par le malade en règlement des frais de ce dernier en chambre semi-privée.

Base
Régulière
Enrichie



ASSURANCE VOYAGE

(Voir la description détaillée de la garantie à la page 23.)

ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

(Voir la description détaillée de la garantie à la page 31.)

2. Frais de médicaments

L'Assureur rembourse les **médicaments** qui ne peuvent être obtenus que sur ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste, vendus par un pharmacien licencié ou par un médecin dûment autorisé. Sous réserve des exclusions apparaissant au point 6, nous entendons par médicaments, les produits inclus dans les plus récentes listes de médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec ou de médicaments de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (l'A.Q.P.P.) à l'exception des médicaments codés « Z ».

Toutefois, les services pharmaceutiques et les médicaments prévus par les garanties du Régime général d'assurance-médicaments, tel qu'établi en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments (L.R.Q. c. A-29.01), ne sont pas couverts dans le cas d'une personne adhérente âgée de 65 ans ou plus et ses personnes à charge, à moins que celle-ci n'en ait fait la demande. Dans l'éventualité où la personne adhérente choisit d'assurer ses médicaments auprès de la RAMQ, seule la partie non remboursable (franchise et coassurance) est admissible au présent contrat.

L'Assureur rembourse également les médicaments obtenus sur ordonnance médicale et dont l'indication thérapeutique est directement liée au traitement des conditions pathologiques suivantes : troubles cardiaques, troubles pulmonaires, diabète, arthrite, maladie de Parkinson, épilepsie, fibrose kystique, glaucome.

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

- d'en limiter le remboursement selon les critères prévus par le règlement de la Loi sur l'assurance-médicaments, s'il est inscrit à titre de médicament d'exception à la liste en vertu de l'article 60 de la loi ;
- de l'exclure ou d'établir des critères de remboursement, s'il n'est pas inscrit à ladite liste.

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

3. Autres frais admissibles

Les soins, services et fournitures suivis d'un astérisque (*) nécessitent une ordonnance et doivent être nécessaires au traitement de la personne assurée.

- ✓ ✓ ✓ – Les frais de transport par **ambulance**, y compris un voyage par avion ou par train (aller et retour) en cas d'urgence.
- ✓ ✓ ✓ – Les frais d'achat de **bas de soutien**.
- ✓ ✓ ✓ – Les frais d'occupation d'une chambre, repas compris, pendant au moins 12 heures consécutives, dans un **centre de réadaptation** au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et excédant les frais payables par un régime étatique d'assurance, pourvu que la personne assurée soit admise dans un tel centre immédiatement après la fin de son hospitalisation, que l'hospitalisation ait duré au moins 3 jours et qu'elle ait débuté en cours d'assurance.
- ✓ ✓ ✓ – Les **chaussures correctrices*** achetées dans une maison spécialisée.
- ✓ ✓ ✓ – Les services professionnels de **chirurgiens dentistes** pour réparer les dommages accidentels à des dents naturelles, subis après le commencement de l'assurance et à la condition que les soins soient prodigués moins d'un an après la date de l'accident.
- ✓ ✓ ✓ – Les frais engagés au Canada ou hors du Canada, pour une cure en **clinique privée, spécialisée et reconnue dans le traitement de l'alcoolisme, la toxicomanie** (excluant toutefois le tabagisme) ou **le jeu compulsif**.
- ✓ ✓ ✓ – Les honoraires pour un **examen de la vue** effectué par un ophtalmologiste ou un optométriste, pour les personnes assurées âgées de 18 à 64 ans.
- ✓ ✓ ✓ – Les frais de location d'un **fauteuil roulant***, d'un **poumon d'acier*** ou d'**équipements thérapeutiques***.
- ✓ ✓ ✓ – Les frais d'achat d'un appareil destiné au contrôle du diabète (**glucomètre***, **dextromètre*** ou **tout appareil du même genre***) et de la mallette permettant son déplacement, sur présentation d'un rapport complet du médecin traitant attestant que la personne assurée est insulino-dépendante et que sa condition nécessite l'utilisation d'un tel appareil.
- ✓ ✓ ✓ – Les honoraires professionnels pour les soins infirmiers dispensés de façon continue à la personne assurée par un **infirmier autorisé*** ou un **infirmier auxiliaire autorisé***, à l'exclusion de toute personne qui réside habituellement dans la demeure de la personne assurée ou qui fait partie de sa famille.
- ✓ ✓ ✓ – Les frais de **médicaments homéopathiques* ne pouvant être obtenus que sur ordonnance** d'un homéopathe et qui sont vendus par un pharmacien licencié ou par un médecin dûment autorisé.

- ✓ ✓ ✓ – Sur ordonnance d'un médecin, les frais d'achat de **membres artificiels*** pour une perte survenue en cours d'assurance, d'**appareils prothétiques*** excluant les prothèses dentaires, d'**orthèses plantaires***, de **plâtres*** et d'**appareils orthopédiques*** sauf les souliers orthopédiques, les frais de réparation desdits appareils sont également couverts si les coûts sont moindres.
- ✓ ✓ ✓ – Les services d'**oxygénothérapie*** rendus sous surveillance ou ordonnance d'un médecin. Toutefois, les professionnels rendant ces services doivent être inscrits aux organismes réglementant leur profession.
- ✓ ✓ ✓ – Les frais d'achat d'une **pompe à insuline*** destinée au contrôle du diabète, sur présentation d'un rapport complet du médecin traitant attestant que la personne assurée est insulino-dépendante et que sa condition nécessite l'utilisation d'un tel appareil.
- ✓ ✓ ✓ – Les frais d'achat ou de réparation d'une **prothèse auditive***.
- ✓ ✓ ✓ – Les frais d'achat d'une **prothèse capillaire*** à la suite de traitements de chimiothérapie.
- ✓ ✓ ✓ – Les frais d'achat d'une **prothèse mammaire*** externe par suite de mastectomie, en excédent du montant versé par la Régie de l'assurance maladie du Québec.
- ✓ ✓ ✓ – Sur ordonnance d'un médecin, les frais engagés pour **sérums et liquides injectés pour fins curatives***, y compris les **injections en vue d'une insémination artificielle**.
- ✓ ✓ ✓ – Les frais d'achat de **souliers orthopédiques*** (chaussures moulées).
- ✓ ✓ ✓ – Les frais d'achat d'un **stérilet**.
- ✓ ✓ ✓ – Lorsque qu'une personne assurée doit se déplacer à l'extérieur de sa région pour consulter ou recevoir des **traitements d'un médecin spécialiste non disponible dans sa région de résidence*** :
 - Si la situation nécessite un déplacement d'au moins 280 kilomètres (au total pour l'aller et le retour) du lieu de résidence de la personne assurée, les frais de déplacement en transport public (autobus, avion, bateau et train) ou en automobile ; toutefois, relativement aux frais de déplacement en automobile, les frais admissibles sont égaux à ceux qui auraient été engagés si le moyen de transport utilisé avait été l'autobus.

Les frais de logement engagés dans un établissement public, à la condition que la consultation ou le traitement nécessite un séjour. Les frais admissibles doivent être engagés pour consultation ou traitement à l'intérieur de la province de Québec et ils sont remboursés

sur production de factures acquittées sauf pour le transport s'il est fait en automobile.

- Les frais engagés par ou pour un accompagnateur, lorsque la situation médicale le justifie, sont également admissibles.
- Si la personne adhérente détient un plan de protection individuel, les frais admissibles sont ceux engagés par et pour elle-même. Si la personne adhérente détient un autre type de plan de protection, les frais admissibles doivent être engagés par la personne adhérente pour elle-même ou une de ses personnes à charge.

- Les frais pour les **vaccins**, y compris les vaccins de nature préventive et administrés par un médecin ou un infirmier.

4. Professionnels de la santé

Les frais décrits ci-après sont remboursés selon le pourcentage de coassurance et le maximum prévus au *Sommaire des garanties de la présente brochure*.

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

La personne assurée ne peut obtenir plus d'un traitement ou d'une consultation par jour avec un même professionnel de la santé, et ce, peu importe le nombre de spécialités qu'exerce ce professionnel.

- Les services d'**acupuncteurs**.
- Les services de **chiropraticiens** ainsi que les **radiographies de chiropraticiens**.
- Les honoraires de **conseillers en orientation en pratique privée**, de **psychanalystes en clinique externe**, de **psychiatres**, les services de **psychologues** et **travailleurs sociaux**. S'appliquera également dans le cas de thérapie conjugale pour les deux conjoints.

Les honoraires de **psychiatres** admissibles sont uniquement ceux engagés pour des traitements de psychanalyse, et ce, dans la mesure où ces professionnels font partie de la Société canadienne de psychanalyse.

Les honoraires de **travailleurs sociaux** admissibles sont uniquement ceux engagés auprès de professionnels faisant partie de la corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec.

- Les honoraires de **diététistes**.
- Les honoraires d'**ergothérapeutes**.
- Les honoraires d'**homéopathes**.
- Les services de **massothérapeutes**. Ces services nécessitent une recommandation médicale.
- Les honoraires d'**orthopédagogues** et d'**orthophonistes**.
- Les services d'**ostéopathes**.
- Les services de **physiothérapeutes**, de **thérapeutes du sport** et de **thérapeutes en réadaptation physique**.
- Les services de **podiatres**.

5. Exclusions

Sans autres limitations aux soins, fournitures et services décrits aux points 1 à 4, aucun remboursement ne sera effectué par l'Assureur pour les frais suivants, sauf s'ils sont expressément prévus au **Sommaire des garanties de la présente brochure** :

- Pour l'examen de la vue ou de l'ouïe, sauf s'il est nécessaire par suite d'un accident.
- Si la personne assurée fait partie des forces actives des armées de terre, de mer ou d'air.
- Par suite de toute guerre déclarée ou non ou de participation active à une insurrection.
- Par suite de la participation active à un crime.
- Pour des substances ou des aliments diététiques.
- Pour des médicaments ou substances servant au traitement de l'impuissance.
- Après la terminaison du présent contrat, sous réserve de la clause de prolongation.
- Pour des prothèses dentaires, des lunettes et des verres de contact, sauf s'ils sont requis à la suite d'un accident.

- Que la personne assurée ne serait pas tenue de payer si elle s'était prévalu des dispositions de tout régime public auquel elle était admissible.
- Pour une chirurgie, des traitements ou des prothèses à des fins esthétiques, sauf à la suite d'un accident.
- Pour examen médical périodique, pour fins d'emploi ou pour fins d'assurance.
- Pour tout ticket modérateur, franchise ou coassurance exigé par tout régime public sur des produits et services admissibles en vertu de la présente garantie, à l'exception de la franchise et de la coassurance exigées par la RAMQ.

ASSURANCE VOYAGE

(Cette garantie est incluse dans la garantie d'assurance maladie)

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

La garantie prévoit le remboursement des frais en excédent de ceux payables par tout régime public d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie. Le remboursement maximal par personne assurée est de 2 000 000 \$ à vie.

Assurance voyage
et annulation
de voyage

IMPORTANT – EXCLUSION ET RÉDUCTION

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

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

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

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

FRAIS ADMISSIBLES

a) Frais hospitaliers, médicaux et paramédicaux

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

b) Frais de transport

- Les frais de transport par ambulance terrestre ou aérienne pour conduire la personne assurée jusqu'à l'établissement médical adéquat le plus proche. Ce service comprend également le transfert entre hôpitaux lorsque le médecin traitant et l'Assisteur estiment que les installations existantes sont inadéquates pour traiter le patient ou stabiliser sa condition.

- Les frais de rapatriement de la personne assurée à son lieu de résidence par un moyen de transport public adéquat pour qu'elle puisse y recevoir les soins appropriés, dès que son état de santé le permet et dans la mesure où le moyen de transport initialement prévu pour le retour ne peut être utilisé. Si son état l'exige, l'Assisteur envoie une escorte médicale sur place pour accompagner la personne assurée pendant le rapatriement. Le rapatriement doit être approuvé et planifié par l'Assisteur.
- Lorsque la personne assurée est rapatriée ou transportée, l'Assisteur organise et paie les frais pour le retour, selon le cas, de son conjoint et de ses enfants à charge ou d'un compagnon ou d'une compagne de voyage de la personne assurée, dans la province de résidence de cette dernière, jusqu'à concurrence d'un billet d'avion de ligne régulière, train ou autobus, si les moyens de retour initialement prévus ne peuvent être utilisés.
- Lorsque l'état de santé de la personne assurée ne permet pas de rapatriement médical et que l'hospitalisation hors province doit dépasser 7 jours, l'Assisteur organise et paie les frais pour le transport aller-retour d'un proche parent résidant dans la province de résidence de la personne assurée, pour lui permettre de se rendre à son chevet. Le remboursement maximal est de 1 500 \$.

Ces frais ne sont cependant pas admissibles au remboursement si la personne assurée était déjà accompagnée par un proche parent âgé de 18 ans ou plus, ou que la nécessité de la visite ne soit pas confirmée par le médecin traitant ou que la visite ne soit pas préalablement approuvée et planifiée par l'Assisteur.

- L'Assisteur prend les dispositions nécessaires pour le retour jusqu'à leur province de résidence, des enfants de moins de 18 ans accompagnant la personne assurée si, par la suite de l'accident ou de la maladie de la personne assurée, celle-ci ou un autre adulte accompagnateur se trouve dans l'incapacité de s'en occuper.
- Lorsqu'une personne assurée est dans l'impossibilité de conduire son véhicule, à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu au cours de voyage, et qu'aucun autre passager ne peut conduire ledit véhicule, l'Assisteur paie les frais engagés, par une agence commerciale, pour le retour du véhicule personnel de la personne assurée ou d'un véhicule de location, à sa résidence ou à l'agence de location appropriée la plus proche, sous réserve d'un remboursement maximal de 1 000 \$.

- Dans le cas du décès de la personne assurée, lorsque nécessaire, l'Assisteur organise et paie les frais d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un proche parent d'aller identifier la dépouille avant le rapatriement, à condition qu'aucun proche parent âgé de 18 ans ou plus n'ait accompagné la personne assurée dans son voyage. Le remboursement maximal est de 1 500 \$.
- Dans le cas du décès de la personne assurée, l'Assisteur paie le coût de la préparation et du retour de la dépouille (excluant le coût du cercueil) jusqu'au lieu d'inhumation dans la province de résidence, sous réserve d'un remboursement maximal de 5 000 \$ ou le coût de crémation ou de l'enterrement sur place, sous réserve d'un remboursement maximal de 3 000 \$.

c) Allocations de subsistance

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

SERVICE D'ASSISTANCE VOYAGE

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

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

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

OBLIGATIONS DE LA PERSONNE ASSURÉE

- a) **AVIS** : La personne assurée a l'obligation d'aviser l'Assisteur, dès que possible, de la survenance de l'incident, de l'accident ou de la maladie.
- b) **RESTRICTION** : La personne assurée doit, dès qu'elle est en mesure de le faire, obtenir l'accord préalable de l'Assisteur avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense. Si la personne assurée manque à cette obligation, l'Assisteur sera relevé de ses obligations envers celle-ci.
- c) **BILLETS NON UTILISÉS** : Lorsqu'une personne assurée a bénéficié d'un rapatriement aux termes de la garantie d'assistance-voyage, l'Assisteur se réserve le droit de réclamer à celle-ci, le titre de transport qu'elle détient et non utilisé du fait des services rendus par l'Assisteur.
- d) **SUBROGATION** : Aux fins de la présente garantie et pour toute somme avancée ou remboursée par l'Assisteur, la personne assurée cède et subroge

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

EXCLUSIONS

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

- a) Lorsque le sinistre a lieu dans la province de la résidence de la personne assurée.
- b) Lorsque la personne assurée refuse, sans raison médicale valable, de se conformer aux recommandations de l'Assisteur quant à son rapatriement, au choix de l'hôpital ou quant aux soins requis ; par soins requis, on entend les traitements nécessaires à la stabilisation de la condition médicale de la personne assurée.
- c) S'il y a eu défaut de communiquer dès que possible avec l'Assisteur en cas de consultation médicale ou d'hospitalisation, suite à un accident ou une maladie subite.
- d) Lorsque les frais sont occasionnés par une grossesse et ses complications dans les 8 semaines précédant la date prévue de l'accouchement.
- e) Lorsque les frais engagés hors de la province de résidence de la personne assurée auraient pu être engagés dans sa province de résidence, sans danger pour la vie ou la santé de la personne assurée, à l'exception des frais immédiatement nécessaires par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie subite. Le seul fait que les soins pouvant être prodigués dans la province de résidence soient de qualité inférieure à ceux qui peuvent l'être hors de cette province ne constitue pas, au sens de la présente exclusion, un danger pour la vie ou la santé de la personne assurée.
- f) Lorsque les frais hospitaliers sont engagés dans des hôpitaux pour malades chroniques, ou dans un service pour malades chroniques dans un hôpital public, ou pour des patients qui se trouvent dans des maisons de soins prolongés ou des stations thermales.

- g) Pour une chirurgie ou un traitement facultatif ou non urgent, ou si le voyage a été entrepris dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non.
- h) Pour un accident survenu lors de la participation de la personne assurée à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteur ou à tout genre d'épreuve de vitesse, au vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, au saut à l'élastique (bungee jumping) ou à toute autre activité dangereuse. Ne sont pas considérées comme dangereuses, les activités autres que celles mentionnées ci-dessus et qui sont offertes au grand public dans les endroits de villégiature (en cas de doute, communiquez avec l'Assureur).
- i) Lorsque le sinistre a lieu dans un pays en état de guerre déclarée ou non, d'instabilité politique notoire, lors d'émeute, de mouvement populaire, de représailles, de restrictions à la libre circulation, de grève, d'explosion, d'activité nucléaire, de radioactivité et autres cas de force majeure rendant matériellement impossible l'intervention de l'Assisteur. **Cette exclusion s'applique au service d'assistance voyage seulement.**

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

EN CAS D'URGENCE

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

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

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

ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

(Cette garantie est incluse dans
la garantie d'assurance maladie)

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

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

- a) Une maladie ou un accident empêchant la personne assurée ou un de ses proches parents, son compagnon de voyage ou un de ses proches parents, ou son associé en affaires de remplir ses fonctions habituelles et qui est raisonnablement grave pour justifier l'annulation ou l'interruption du voyage.
- b) Le décès de la personne assurée, de son conjoint, d'un enfant de la personne assurée ou de son conjoint, du compagnon de voyage ou d'un associé en affaires.
- c) Le décès d'un proche parent de la personne assurée autre que son conjoint ou son enfant ou d'un proche parent du compagnon de voyage si les funérailles ont lieu au cours de la période prévue du voyage ou dans les 14 jours qui la précèdent.
- d) Le décès ou l'hospitalisation d'urgence de l'hôte à destination.
- e) La convocation de la personne assurée ou de son compagnon de voyage à agir comme membre d'un jury, ou leur assignation comme témoin dans une cause à être entendue durant la période du voyage à la condition que la personne concernée ne soit pas partie au litige et ait entrepris les démarches nécessaires pour obtenir le report de la cause.
- f) La mise en quarantaine de la personne assurée ou de son compagnon de voyage, sauf si celle-ci se termine plus de 7 jours avant la date prévue du départ.
- g) Le détournement de l'avion à bord duquel la personne assurée voyage.

- h) Un sinistre rendant inhabitable la résidence principale de la personne assurée, du compagnon de voyage ou de l'hôte à destination, à la condition que la résidence soit toujours inhabitable 7 jours avant la date prévue du départ ou que le sinistre ait lieu au cours du voyage.
- i) Le transfert de la personne assurée ou de son compagnon de voyage, pour le même employeur, à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel, si exigé dans les 30 jours précédant la date prévue du départ.
- j) Le terrorisme ou toute autre situation dans le pays où se rend la personne assurée, à la condition que le gouvernement du Canada émette une recommandation incitant les canadiens à ne pas voyager dans ce pays pour une période chevauchant la durée prévue du voyage et que la recommandation soit émise après que les frais eurent été engagés.
- k) Un départ manqué dû au retard du moyen de transport utilisé pour se rendre au point de départ, à la condition que l'horaire du moyen de transport utilisé prévoyait une arrivée au moins 3 heures avant le départ ou au moins 2 heures si la distance à parcourir était inférieure à 100 kilomètres. La cause du retard doit être, soit les conditions atmosphériques, soit des difficultés mécaniques (sauf pour une automobile privée), soit un accident de la circulation, soit la fermeture d'urgence d'une route, chacune des deux dernières causes devant être appuyée par un rapport de police.
- l) Les conditions atmosphériques retardant le départ du transporteur public utilisé par la personne assurée, au point de départ projeté, d'au moins 30 % (minimum 48 heures) de la durée prévue du voyage ou empêchant la personne assurée d'effectuer une correspondance prévue avec un autre transporteur pour autant que cette correspondance soit retardée d'au moins 30 % (minimum 48 heures) de la durée prévue du voyage.
- m) Un sinistre survenant à la place d'affaires ou sur les lieux physiques où doit se tenir une activité à caractère commercial et rendant impossible la tenue de l'activité de sorte qu'un avis écrit annulant l'activité est émis par l'organisme officiel responsable de son organisation.
- n) La perte involontaire d'emploi permanent ou l'interruption involontaire d'un contrat d'emploi avant son échéance de la personne assurée ou de son conjoint, pourvu que la personne concernée était à l'emploi chez le même employeur depuis plus d'un an.
- o) Une défaillance du fournisseur de services de voyage.

Frais admissibles

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

- a) En cas d'annulation avant le départ :
 - La portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance.
 - Les frais supplémentaires engagés par la personne assurée qui décide de voyager seul dans le cas où son compagnon de voyage doit annuler son voyage pour une des raisons prévues à la présente garantie, jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable à la personne assurée au moment où son compagnon de voyage doit annuler.
 - La portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance, jusqu'à concurrence de 70 % desdits frais, si le départ de la personne assurée est retardé à cause des conditions atmosphériques et qu'il décide de ne pas effectuer le voyage.
- b) Si un départ est manqué, au début ou au cours du voyage, pour une des raisons prévues à la présente garantie, le coût supplémentaire exigé par un transporteur public à horaire fixe pour un billet en classe économique par la route la plus directe jusqu'à la destination prévue.
- c) Si le retour est anticipé ou retardé :
 - Le coût supplémentaire d'un billet simple, en classe économique, par la route la plus directe pour le retour jusqu'au point de départ par le moyen de transport prévu initialement ou si ce dernier ne peut être utilisé, les frais exigés par un transporteur public à horaire fixe, en classe économique, selon le moyen de transport le plus économique, par la route la plus directe pour le retour jusqu'au point de départ ; ces frais doivent au préalable être convenus avec l'Assureur.

Toutefois, si le retour de la personne assurée est retardé de plus de 7 jours à la suite d'une maladie ou d'un accident subi par la personne assurée ou son compagnon de voyage, les frais engagés sont couverts pour autant que la personne concernée ait été admise dans un centre hospitalier à titre de patient interne pendant plus de 48 heures à l'intérieur de ladite période de 7 jours.

 - La portion non utilisée et non remboursable de la partie terrestre des frais de voyage payés d'avance.

- d) S'il y a défaillance du fournisseur de services de voyage : l'Assureur couvre, sous réserve des dispositions suivantes, ainsi que d'une subrogation en faveur de l'Assureur pour tout montant remboursé, la perte financière due à la défaillance de ce fournisseur :
- si la défaillance se produit avant le départ, l'Assureur rembourse les sommes non remboursables et payées pour le voyage projeté ;
 - si la défaillance survient après le départ, l'Assureur rembourse la portion non utilisée et non remboursable des sommes payées à l'avance pour le voyage.

La responsabilité de l'Assureur est limitée à 500 000 \$ pour toutes les demandes de remboursement résultant de la défaillance d'un fournisseur de services de voyage, quel qu'il soit, et à un maximum global de 1 000 000 \$ par année civile pour l'ensemble des fournisseurs de services de voyage.

EXCLUSIONS

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

- a) Si le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non.
- b) Si le voyage est entrepris dans le but de visiter une personne malade ou ayant subi un accident et que l'annulation ou l'interruption du voyage résulte du décès ou d'une détérioration de la condition médicale de cette personne.
- c) Une guerre, déclarée ou non, ou la participation active à une insurrection réelle ou appréhendée.
- d) La participation active de la personne assurée ou de son compagnon de voyage à un acte criminel ou réputé tel.
- e) La grossesse ou les complications en résultant dans les 8 semaines précédant la date prévue de l'accouchement.
- f) Une blessure que la personne assurée ou son compagnon de voyage s'est infligé intentionnellement, un suicide ou une tentative de suicide, que la personne soit saine d'esprit ou non.
- g) L'absorption volontaire et abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conditions qui s'ensuivent.

- h) La participation à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteur ou à tout genre d'épreuve de vitesse, ou vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, au saut à l'élastique (bungee jumping) ou à toute autre activité dangereuse. Ne sont pas considérées comme dangereuses, les activités autres que celles mentionnées ci-dessus et qui sont offertes au grand public dans les endroits de villégiature.

IMPORTANT

- i) **Une condition médicale pour laquelle la personne assurée ou son compagnon de voyage a été hospitalisé ou a reçu ou s'est fait prescrire un traitement médical ou pour laquelle il a consulté un médecin dans les 90 jours précédant la date où les frais de voyage sont engagés, sauf s'il est prouvé à la satisfaction de l'Assureur que la condition de la personne concernée est stabilisée au moment où les frais ont été engagés. Un changement quant à un médicament, à sa posologie ou à son utilisation est considéré comme étant un traitement médical.**
- j) Lorsque le sinistre est relié à toute condition connue de la personne assurée ou de son compagnon de voyage et sujette à des périodes d'aggravation soudaine qui ne peuvent être contrôlées par médication ou autrement.

DÉLAI POUR DEMANDER L'ANNULATION

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

COORDINATION

Les montants payables en vertu de la présente garantie sont réduits de tout montant payable en vertu d'un autre contrat d'assurance individuel ou collectif. Sont également exclus les frais que la personne assurée n'aurait pas été tenue de payer en l'absence de la présente garantie.

ASSURANCE SOINS DENTAIRES (Optionnelle)

COASSURANCE ET MAXIMUM DE REMBOURSEMENT

L'Assureur paie à l'assuré les frais admissibles selon le pourcentage de coassurance et jusqu'à concurrence des maximums prévus au **Sommaire des garanties de la présente brochure**, à l'exclusion des frais payables en vertu de tout autre régime, individuel ou collectif, et à des frais pour lesquels la personne assurée a droit à une indemnité en vertu de la Loi sur les accidents de travail, de la Loi sur l'assurance automobile ou toute autre loi canadienne ou étrangère au même effet.

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

Les codes utilisés dans la description des frais admissibles proviennent du document intitulé « Nomenclature et tarifs des actes buccodentaires 2012 » approuvé par l'Association des chirurgiens dentistes du Québec. Pour les années subséquentes, ces codes seront remplacés par leur équivalent dans les documents ultérieurs approuvés par l'Association. Tout nouveau numéro de code d'acte dentaire relatif aux frais décrits ci-après, qui s'ajoute durant la durée du contrat, est considéré comme faisant partie intégrante de la description des frais admissibles en vertu du présent contrat.

1. Frais admissibles

FRAIS DE PRÉVENTION

Diagnostic

- examen buccal clinique
 - a) examen complet, jusqu'à concurrence d'un examen par période de 9 mois consécutifs (01110, 01120, 01130, 01600, 01700)
 - b) examen de rappel ou périodique, jusqu'à concurrence d'un examen par période de 9 mois consécutifs (01200)

- c) examen dentaire pour les enfants à charge âgés de moins de 10 ans, non remboursable par le régime public de l'assurance-maladie du Québec, jusqu'à concurrence d'un examen par période de 12 mois consécutifs (01250)
- d) examen d'urgence (01300)
- e) examen d'un aspect particulier jusqu'à concurrence d'un examen par période de 9 mois consécutifs (01400)
- f) examen parodontal complet, jusqu'à concurrence d'un examen par période de 36 mois consécutifs (01500).

Limitation : un seul examen de rappel, périodique, complet ou d'un aspect particulier par période indiquée au **Sommaire des garanties de la présente brochure** est couvert.

- radiographies
 - a) radiographies intra-orales
 - i) radiographie périapicale (02111 à 02116)
 - ii) radiographie occlusale (02131, 02132)
 - iii) radiographie interproximale (02141 à 02144)
 - iv) radiographie des tissus mous. (02151, 02152).
 - b) radiographies extra-orales
 - i) pellicule extra-orale (02201, 02202)
 - ii) examen des sinus (02304)
 - iii) sialographie (02400)
 - iv) substance radiopaque (02430)
 - v) articulation temporo-mandibulaire (02504) ;
 - c) interprétation de radiographies provenant d'une autre source (02800)
 - d) tomographie (02920, 02929)

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

Prévention

- polissage de la partie coronaire des dents (prophylaxie), jusqu'à concurrence d'un traitement par période indiquée au **Sommaire des garanties de la présente brochure** (11100, 11200, 11300)
- détartrage parodontal, jusqu'à concurrence d'un traitement par période indiquée au **Sommaire des garanties de la présente brochure** relativement à l'ensemble de ces actes dentaires (43411 à 43414, 43417, 43419)
- application topique de fluorure pour des personnes à charge âgées de 16 ans et moins, jusqu'à concurrence d'un traitement par période indiquée au **Sommaire des garanties de la présente brochure** (12400)
- finition des obturations (13300)
- ablation de surplus de matériau obturateur sous-gingival nécessitant anesthésie, sans lambeau, par dent (13301)
- scellants de puits et fissures pour des personnes à charge âgées de 14 ans et moins (13401, 13404)
- meulage des dents
 - a) meulage interproximal des dents (13700)
 - b) améloplastie (13715)

RESTAURATION DE BASE

Restauration

- dents primaires
 - a) antérieure ou postérieure en amalgame conventionnel (21101 à 21105)
 - b) antérieure ou postérieure en amalgame lié par mordançage (21121 à 21125)
 - c) antérieure en composite lié par mordançage (23311 à 23315)
 - d) postérieure en composite lié par mordançage (23411 à 23415)
- dents permanentes
 - a) antérieure et prémolaire en amalgame conventionnel (21211 à 21215)
 - b) molaire en amalgame conventionnel (21221 à 21225)

- c) antérieure et prémolaire en amalgame lié par mordançage (21231 à 21235)
- d) molaire en amalgame lié par mordançage (21241 à 21245)
- e) antérieure en composite lié par mordançage (23111 à 23115, 23118)
- f) facette, antérieure et prémolaire (23122) ;
- g) prémolaire en composite lié par mordançage, jusqu'à concurrence du montant payable pour une prémolaire en amalgame lié par mordançage (23210 à 23215)
- h) molaire en composite lié par mordançage, jusqu'à concurrence du montant payable pour une molaire en amalgame lié par mordançage (23220 à 23225)
- tenons, pour restauration en amalgame ou en composite (21301 à 21304)
- supplément pour une obturation sous la structure d'un appareil ou d'une prothèse partielle amovible existante, par restauration (21601).

Chirurgie buccale

- ablation d'une dent ayant fait éruption sans complication (71101, 71111, 71121)
- ablation chirurgicale
 - a) dent ayant fait éruption (complexe) (72100, 72110)
 - b) dent incluse (72210, 72220, 72230, 72240)
 - c) racines résiduelles (72300, 72310, 72320)
 - d) fragment de dent, exérèse (72350) ;
 - e) exposition chirurgicale d'une dent (72410 à 72412)
 - f) déplacement chirurgicale d'une dent (72430, 72440)
 - g) énucléation d'une dent (72450)
- correction et remodelage des tissus buccaux
 - a) alvéolectomie (73020)
 - b) alvéoloplastie (73100, 73110)
 - c) stomatoplastie (73123)
 - d) ostéoplastie (73133 à 73135, 73140)

- e) tubéroplastie (73150, 73151)
- f) ablation de tissu hyperplasique (par radiochirurgie ou par dissection) (73171 à 73176)
- g) ablation de surplus de muqueuse (par radiochirurgie ou par dissection) (73181 à 73186)
- h) reconstruction du procès alvéolaire avec un matériau synthétique biocompatible (73360, 73361)
- i) extension des replis muqueux avec épithélialisation secondaire (incluant vestibuloplastie) (73381 à 73384)
- j) extension des replis muqueux avec greffe muqueuse ou épidermique (73401 à 73404)
- ablation d'une tumeur ou d'un kyste
 - a) ablation d'une tumeur (74108, 74109)
 - b) ablation et curetage d'un kyste ou de granulôme intraosseux (74408 à 74410)
- incision et drainage chirurgicaux (75100, 75101, 75110)
- ablation d'un corps étranger dans le tissu osseux ou le tissu mou (75301, 75361)
- frénectomie (77801 à 77803)
- contrôle d'hémorragie (79400, 79401)

Services généraux complémentaires

- anesthésie locale aux fins de diagnostic (04470, 04471)
- sédation consciente par inhalation ou voie intraveineuse (92311 à 92319, 92331 à 92339);
- visites professionnelles (94100, 94200, 94400)
- sédation consciente par voie orale nécessitant la surveillance des soins (92421 à 92429).

RESTAURATION MAJEURE

Endodontie

- carie/trauma/contrôle de la douleur
 - a) pansement sédatif/coiffage indirect (20111, 20121)
 - b) meulage et polissage d'une dent traumatisée (20131)
- supplément pour un traitement endodontique à travers une couronne métal et/ou porcelaine (32101);
- tentative infructueuse de compléter un traitement de canal due à sa complexité (32102)
- urgence endodontique
 - a) pulpotomie (32201, 32202, 32210)
 - b) ouverture et drainage (acte d'urgence distinct) (39201, 39202)
 - c) pulpectomie (acte d'urgence distinct) (39901 à 39903)
 - d) meulage sélectif pour soulager une occlusion traumatique (39970)
 - e) réimplantation d'une dent avulsée (39981)
 - f) reposition d'une dent déplacée par traumatisme (39985)
- préparation de la dent en vue d'un traitement (39100, 39110, 39120)
- thérapie canalaire
 - a) traitement de canal
 - i) un canal (33100 à 33102, 33110 à 33112)
 - ii) deux canaux (33200 à 33202, 33210 à 33212)
 - iii) trois canaux (33300 à 33302, 33310 à 33312)
 - iv) quatre canaux (33400 à 33402, 33410 à 33412)
 - v) canal additionnel (33475)
 - b) apexification
 - i) un canal (33521, 33531, 33541)
 - ii) deux canaux (33522, 33532, 33542)

- iii) trois canaux (33523, 33533, 33543)
- iv) quatre canaux (33524, 33534, 33544)
- chirurgie endodontique périapicale
 - a) apectomie (acte distinct du traitement de canal) (34101 à 34104)
 - b) apectomie et traitement de canal conjoints avec ou sans obturation rétrograde (34111, 34112, 34114, 34115)
 - c) apectomie et retraitement de canal conjoints, avec ou sans obturation rétrograde (34171, 34172, 34174, 34175) ;
 - d) apectomie et obturation rétrograde (acte distinct du traitement de canal) (34201 à 34203, 34212, 34215)
 - e) amputation de racine (34401, 34402)
 - f) réimplantation intentionnelle (34451 à 34453)
 - g) hémisection (39230)
- blanchiment d'une dent dévitalisée effectué au cabinet par le dentiste, jusqu'à concurrence d'un maximum global de 10 séances par année civile, par personne assurée (39410)
- blanchiment de dents vivantes effectué au cabinet par le dentiste, jusqu'à concurrence d'une séance par année civile, par personne assurée pour toutes les dents (97101 et 97102)

Parodontie

- soins d'une infection aiguë et autres lésions (41200)
- application d'agent désensibilisant jusqu'à concurrence d'un maximum global de 10 applications par année par personne assurée pour toutes les dents (41300)
- chirurgie parodontale
 - a) curetage et surfaçage radiculaire (42000, 42001)
 - b) excision de tissu gingival en vue d'une restauration (y compris l'hémostase et/ou la rétraction des tissus (42002) ;
 - c) gingivoplastie et/ou gingivectomie (42003, 42010)
 - d) fibrotomie (42330, 42331)

- e) approche par lambeau avec ostéoplastie et/ou ostéoectomie (42100)
- f) greffe
 - i) tissus mous (42200, 42300, 42301, 42560, 42561, 42565)
 - ii) tissus osseux (42611, 42700, 42711)
- g) Wedge interproximal (mésial ou distal) (42400)
- h) chirurgie exploratoire, avec approche par lambeau (42441)
- i) allongement de la couronne clinique, avec approche par lambeau et correction par ostéoplastie et/ou ostéoectomie (42451)
- j) greffe gingivale au moyen d'un greffon allogène ou xénogène (42570, 42575);
- k) visite de contrôle postopératoire pour changement du pansement (42720)
- traitements parodontaux d'appoint
 - a) jumelages ou ligatures, provisoires (43200, 43211, 43212, 43260)
 - b) jumelage avec appui métallique coulé lié par la méthode du mordantage à l'acide (43290);
 - c) ablation ou recimentation de jumelage (43295);
 - d) équilibrage de l'occlusion (43300, 43310)
 - e) appareil parodontal (pour contrôler le bruxisme) (43611, 43612, 43622, 43631)
 - f) appareil intra-oral pour l'articulation temporo-mandibulaire (plaque occlusale) (43711, 43712, 43732, 43741)
 - g) irrigation parodontale, sous-gingivale (49211)
 - h) application intrasulculaire d'agent antimicrobien et/ou chimiothérapeutique à dégradation lente (49221, 49229).

Ajustement d'une prothèse

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

Réparations d'une prothèse complète ou partielle

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

Rebasage et regarnissage

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

Restriction concernant le rebasage et regarnissage

Ces services dentaires seront remboursables à la condition qu'ils soient effectués plus de 6 mois après la mise en bouche de ladite prothèse et qu'il se soit écoulé au moins 36 mois consécutifs depuis le dernier regarnissage ou rebasage, selon le cas.

Toutefois ces services ne seront pas remboursables s'ils sont prodigués sur une prothèse temporaire (de transition).

2. Exclusions

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

- Les traitements dentaires gratuits ou ceux que la personne assurée n'est pas tenue de payer, ainsi que ceux qu'elle ne serait pas tenue de payer, si elle s'était prévaluée des dispositions de tout régime public ou privé, individuel ou collectif, auquel la personne assurée pouvait être admissible ou ne serait pas tenue de payer en l'absence du présent contrat.
- Les traitements dentaires pour lesquels la personne assurée a droit à un remboursement en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, de la Loi sur l'assurance automobile du Québec ou de toute autre loi canadienne ou étrangère au même effet ; les traitements dentaires payables par une garantie d'assurance maladie à laquelle la personne assurée a adhéré.

- Les traitements et articles dentaires qui, d'après les normes reconnues de l'art dentaire, ne sont pas requis au point de vue dentaire ; ou qui ne répondent pas aux normes reconnues de l'art dentaire.
- Les traitements dentaires effectués principalement aux fins d'esthétique, y compris notamment la transformation ou l'extraction et le remplacement des dents saines en vue d'en modifier l'apparence.
- Les traitements dentaires nécessités par suite de blessure que la personne assurée s'est infligée volontairement, qu'elle soit saine d'esprit ou non, ou par suite de guerre, ou de participation active à une insurrection réelle ou appréhendée.
- Les honoraires facturés par un dentiste pour un rendez-vous non respecté par la personne assurée ou pour compléter des formules de réclamation requises par l'Assureur, ou pour des informations additionnelles requises par l'Assureur ; également pour le temps de déplacement, le coût de son transport et les conseils donnés par tout moyen de télécommunication.
- Les honoraires facturés par un dentiste pour un plan de traitement, soit le temps supplémentaire d'explication dû à la complexité du traitement, ou lorsque la personne assurée exige ce temps supplémentaire en explication, ou lorsque le matériel diagnostique provient d'une autre source ; pour consultation avec la personne assurée ; pour consultation avec un autre dentiste.
- Les honoraires facturés par un dentiste pour l'analyse de la diète alimentaire et les recommandations pour l'instruction initiale ainsi que la réinstruction d'hygiène buccale, et pour un programme de contrôle de la plaque dentaire ; pour tous les protecteurs buccaux.
- Les traitements dentaires reliés aux implants.
- Les frais engagés alors que la présente garantie n'est pas en vigueur.

De plus, les frais engagés par une personne assurée pour des soins prévus à un plan de traitement établi avant la date d'entrée en vigueur de cette garantie ne sont pas admissibles en vertu de cette assurance.

ASSURANCE VIE

(Garantie optionnelle)

1. Assurance vie de la personne adhérente

MONTANT D'ASSURANCE DE BASE

Le montant d'assurance de base payable au décès de la personne adhérente est le suivant :

Personne adhérente active de moins de 65 ans (au choix de la personne adhérente) :

- 1 fois le salaire annuel arrondi aux 500 \$ les plus près, si le décès a lieu avant le 65^e anniversaire de naissance ou la date effective de la retraite, si cette date est antérieure. Le montant d'assurance de base minimal est de 35 000 \$;
- 2 fois le salaire annuel arrondi aux 500 \$ les plus près si le décès a lieu avant le 65^e anniversaire de naissance ou la date effective de la retraite, si cette date est antérieure. Le montant d'assurance de base minimal est de 70 000 \$;

Personne adhérente active de 65 à 70 ans :

- 50 % du montant d'assurance vie détenu à la date du 65^e anniversaire ;

Personne adhérente active de plus de 70 ans :

- 10 000 \$ si le décès a lieu au 70^e anniversaire de naissance ou après, mais avant la date de la retraite.

Tout changement dans le montant d'assurance s'effectue à la dernière des dates suivantes :

- le jour de prise d'effet du changement de salaire, ou si postérieure :
 - la date de l'anniversaire qui entraîne une diminution du montant d'assurance ;
 - le jour où une entente à cet effet est intervenue entre le Preneur et l'Assureur.

2. Assurance vie des personnes à charge

Le montant d'assurance vie des personnes à charge est le suivant :

PERSONNE CONJOINTE :

- 10 000 \$ si son décès survient avant son 65^e anniversaire de naissance ;
- 5 000 \$ si son décès survient à la date de son 65^e anniversaire de naissance ou après, mais avant la date de retraite de la personne adhérente.

ENFANT À CHARGE :

5 000 \$ à compter de l'âge de 24 heures et tant qu'il répond à la définition d'enfant à charge.

3. Assurance vie additionnelle

Toute personne adhérente protégée par la garantie d'assurance vie de base, a la possibilité d'ajouter pour elle ou pour sa personne conjointe seulement, de l'assurance vie additionnelle aux conditions décrites ci-dessous :

- La personne adhérente ne doit pas être retraitée.
- La personne adhérente qui désire obtenir de l'assurance vie additionnelle pour sa personne conjointe, doit détenir au préalable la garantie d'assurance vie des personnes à charge et doit être âgée de moins de 65 ans.
- La personne adhérente et/ou sa personne conjointe peut souscrire de 1 à 10 tranches de 25 000 \$.
- Des preuves d'assurabilité sont exigées.
- Les taux sont fournis par sexe et pour les catégories fumeur et non fumeur (le critère d'admissibilité à la seconde catégorie est de ne pas avoir fumé de cigarettes au cours de la dernière année).
- La même base de taux est utilisée pour la personne conjointe.

Tout(e) employé(e) ayant adhéré à la présente garantie avant le 1^{er} janvier 2013 conserve le montant d'assurance détenu à cette date (montant basé sur des unités de 20 000 \$). Toutefois, si cette personne désire ajouter ou retrancher des unités au montant actuellement détenu, ces unités seront de 25 000 \$ et le nouveau montant sera arrondi au multiple de 25 000 \$ le plus près, jusqu'à concurrence d'un maximum de 250 000 \$.

ASSURANCE MALADIES GRAVES DE LA PERSONNE ADHÉRENTE

(Garantie indissociable de la garantie
d'assurance vie de base)

1. Protection

Lorsqu'une personne adhérente subit une intervention chirurgicale ou reçoit un diagnostic de maladie grave pour la première fois, l'Assureur s'engage à payer le pourcentage du montant d'assurance indiqué pour chacune des maladies ou des interventions couvertes en vertu de la présente garantie.

Pour être admissible aux prestations, la personne adhérente doit être assurée par la présente garantie à la date de l'intervention chirurgicale ou du diagnostic de la maladie et doit survivre pendant une période minimale de 30 jours suivant cette date, pourvu que le diagnostic demeure inchangé au cours de cette période. Toutefois, lorsque la maladie ou l'intervention chirurgicale découle directement d'un accident, la date de l'accident constitue la date du diagnostic ou de l'intervention chirurgicale.

2. Montant d'assurance

Le montant d'assurance applicable est de 25 000 \$.

Le montant maximal payable pour l'ensemble des interventions chirurgicales et des maladies pour lequel la personne adhérente soumet une demande de prestations est limité à 100 % du montant d'assurance à vie.

3. Maladies et interventions chirurgicales couvertes

a) Sclérose en plaques – 100 % du montant d'assurance

Diagnostic non équivoque d'au moins 2 épisodes d'anomalies neurologiques bien définies, dont un épisode ayant persisté durant une période minimale de 6 mois consécutifs. Le diagnostic doit être posé par un neurologue et confirmé par imagerie médicale.

b) Dystrophie musculaire – 100 % du montant d'assurance

Affection héréditaire dégénérative progressive des muscles striés dont le diagnostic non équivoque et final a été posé par un médecin dûment qualifié. L'atteinte doit être sévère au point que la personne adhérente ne peut vaquer, comme l'aurait fait une personne de son âge, à ses activités de la vie quotidienne pour une période minimale de 6 mois consécutifs. Le diagnostic doit être confirmé par une électromyographie et une biopsie musculaire.

c) Paralysie – 100 % du montant d'assurance

Abolition d'origine neurologique de la motricité d'au moins 2 membres entraînant la perte totale et permanente de l'usage de ces membres. La paralysie doit avoir persisté durant une période minimale de 180 jours consécutifs depuis la date de l'accident ou de la maladie à l'origine de la paralysie, sans aucun signe d'amélioration durant cette même période.

d) Maladie d'Alzheimer – 100 % du montant d'assurance

Maladie neurodégénérative progressive diagnostiquée par un neurologue ou un gériatre, à l'exception de tout syndrome cérébral organique ou trouble psychiatrique. La personne adhérente doit présenter une diminution telle des facultés intellectuelles, notamment en ce qui a trait à la mémoire et au jugement, que sa capacité de fonctionner en société est grandement réduite et qu'elle doit faire l'objet d'une surveillance constante.

e) Maladie de Parkinson – 100 % du montant d'assurance

Maladie de Parkinson idiopathique et dégénérative diagnostiquée par un neurologue et caractérisée par au moins 2 des symptômes suivants : rigidité, tremblements, akinésie.

Exclusions et réductions : Les autres types de syndromes parkinsoniens ne sont pas couverts.

f) Affection des neurones moteurs – 100 % du montant d'assurance

Diagnostic sans équivoque d'une des 5 maladies suivantes par un neurologue :

- Sclérose latérale amyotrophique (ALS ou maladie de Lou Gehrig)
- Sclérose latérale primaire
- Atrophie spinale progressive
- Paralysie bulbaire progressive
- Paralysie pseudo bulbaire

g) Cécité – 100 % du montant d'assurance

Perte totale et irréversible de la vision des 2 yeux diagnostiquée par un ophtalmologiste. L'acuité visuelle corrigée doit être inférieure à 20/200 ou les champs visuels inférieurs à 20 degrés, et ce, au niveau des 2 yeux.

h) Infection occupationnelle par le VIH – 100 % du montant d'assurance

Infection de la personne adhérente par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) contractée après l'entrée en vigueur de la présente garantie et résultant d'un accident ou d'une blessure survenu au Canada durant l'exercice des fonctions normales de son emploi, si cet emploi met habituellement la personne adhérente en contact avec du sang ou d'autres fluides corporels contaminés par le VIH.

L'Assureur doit être avisé de tout accident ou blessure pouvant entraîner une infection par le VIH dans les 14 jours de la date de l'événement. La personne adhérente doit également subir des prélèvements sanguins pour le dépistage du VIH au cours de cette même période de 14 jours, lesquels doivent être négatifs. Les prélèvements doivent être répétés entre 3 et 6 mois après la date de l'événement et être positifs à ce moment.

L'Assureur est autorisé à faire analyser les prélèvements sanguins effectués par un laboratoire de son choix et il a le droit d'exiger des prélèvements supplémentaires.

L'accident ou la blessure doit être rapporté, évalué et documenté selon les protocoles en vigueur pour l'emploi qu'occupe la personne adhérente.

Exclusions et réductions: La présente garantie ne couvre aucune infection au VIH contractée dans d'autres circonstances, incluant, entre autres, une activité sexuelle ou l'usage de drogues.

Aucun montant d'assurance n'est payable si la personne adhérente avait refusé d'utiliser un vaccin offrant une protection contre le VIH et qui serait devenu disponible avant l'accident ou la blessure.

Enfin, si un traitement curatif pour le sida devient disponible après la date d'entrée en vigueur de la garantie, la clause d'infection accidentelle par le VIH devient nulle et sans effet, à compter de la date de disponibilité de ce traitement.

i) Accident vasculaire cérébral – 50 % du montant d'assurance

Accident cérébrovasculaire, à l'exception d'un accident ischémique ou d'une insuffisance vertébro-basilaire, diagnostiqué par un neurologue et résultant d'une thrombose ou d'une hémorragie intracrânienne, ou d'une embolie de source extracrânienne. L'accident doit entraîner des séquelles neurologiques, avec paralysie ou tout autre déficit neurologique objectif et mesurable, persistant durant une période minimale de 30 jours consécutifs après l'accident.

j) Insuffisance rénale – 50 % du montant d'assurance

Insuffisance permanente et irréversible des 2 reins diagnostiquée par un néphrologue et nécessitant un traitement régulier par hémodialyse ou dialyse péritonéale.

k) Brûlures graves – 50 % du montant d'assurance

Brûlures au troisième degré diagnostiquées par un chirurgien plasticien et couvrant au moins 20 % du corps.

l) Transplantation d'un organe vital – 50 % du montant d'assurance

Greffe d'un des organes suivants en raison d'une insuffisance chronique et irréversible :

- Cœur
- Foie
- Moelle osseuse, excluant l'autogreffe
- 2 poumons
- 2 reins
- Pancréas

m) Infarctus du myocarde – 35 % du montant d'assurance

Nécrose d'une partie du muscle cardiaque résultant d'un blocage des artères assurant son irrigation.

Le diagnostic doit être confirmé par les 2 éléments suivants :

- présence de changements électrocardiographiques à l'ECG, indiquant un infarctus du myocarde, ou d'un nouveau tableau clinique de douleurs typiques, seulement si l'électrocardiogramme ne peut être interprété (bloc de branche complet, syndrome de Wolff-Parkinson-White, stimulateur cardiaque), et élévation à 2 reprises des marqueurs biologiques, dont les enzymes cardiaques, les troponines, les CPK ou les MB-CPK, à un niveau signant un infarctus aigu du myocarde.

Exclusions et réductions : L'infarctus du myocarde ne répondant pas aux critères mentionnés précédemment ou l'infarctus du myocarde survenant dans les 48 heures suivant une revascularisation facultative, n'est pas couvert à moins qu'il ne soit accompagné de nouvelles ondes Q pathologiques.

n) Cancer – 35 % du montant d'assurance

Tumeur maligne diagnostiquée par un oncologue et caractérisée par le développement et la propagation incontrôlée de cellules malignes envahissant les tissus.

Exclusions et réductions : La garantie ne couvre aucun cancer diagnostiqué dans les 90 premiers jours suivant la date d'entrée en vigueur de l'assurance de la personne adhérente ou s'il y a manifestation de signes, de symptômes ou de problèmes durant cette même période.

Sont également exclus les types de cancer suivants :

- tout cancer classifié TX, TO ou Tis (in situ), selon la classification TNM, de même que la classification T1N0M0 pour les cancers de la prostate;
- les lésions précancéreuses, tumeurs bénignes ou polypes;
- tout type de cancer de la peau, sauf le mélanome malin envahissant le derme ou se développant plus en profondeur, soit à plus de 1,0 mm.
- toute tumeur diagnostiquée chez la personne adhérente porteuse du VIH.

o) Coma – 35 % du montant d'assurance

État d'inconscience profond, sans réaction de la personne adhérente à toute stimulation extérieure, persistant durant une période minimale de 96 heures consécutives et ayant été diagnostiqué par un neurologue.

p) Pontage coronarien – 35 % du montant d'assurance

Intervention chirurgicale recommandée par un interniste ou un cardiologue et pratiquée par un chirurgien afin de corriger le rétrécissement ou le blocage d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen de pontages par greffe ou anastomose.

Exclusions et réductions : La présente garantie ne couvre pas les interventions réalisées à l'aide d'une technique non chirurgicale, comme l'angioplastie par ballonnet, la correction d'une occlusion par laser ou toute autre intervention au niveau artériel ne comportant pas de pontage ou d'anastomose.

q) Surdité – 25 % du montant d'assurance

Perte totale et irréversible de l'ou ie des 2 oreilles, diagnostiquée par un oto-rhino-laryngologiste, rendant la personne adhérente incapable de percevoir les sons de 90 décibels ou moins.

r) Mutit  – 25 % du montant d'assurance

Perte totale, permanente et irréversible de la parole résultant d'une maladie, d'une lésion corporelle ou d'un accident et ayant persisté durant une période minimale de 365 jours consécutifs. La mutité doit être diagnostiquée par un médecin d mment qualifié pour poser un tel diagnostic et ne pas résulter de troubles psychologiques ou psychiatriques.

4. Conditions préexistantes

La personne adhérente n'a droit à aucun montant d'assurance pour toute maladie grave ou intervention chirurgicale résultant directement ou indirectement d'une condition préexistante pour laquelle la personne adhérente a consulté un médecin ou reçu des traitements au cours des 24 mois précédant la date du début de son assurance en vertu d'une garantie d'assurance maladies graves.

Toutefois, cette exclusion cesse de s'appliquer si le diagnostic non équivoque et final de la maladie grave est posé pour la première fois plus de 24 mois après la date d'entrée en vigueur de l'assurance de la personne adhérente.

5. Demande de prestations

La demande et les pièces justificatives doivent être soumises à l'Assureur dans les 90 jours suivant la date du diagnostic de la condition médicale ou la date de l'intervention chirurgicale pour lesquels des prestations sont payables.

6. Exclusions et réductions de la garantie

Aucun montant d'assurance n'est payable pour une maladie ou une intervention chirurgicale résultant, directement ou indirectement, d'une des causes suivantes :

- a) De blessures que la personne adhérente s'inflige, d'automutilation ou d'une tentative de suicide, que la personne adhérente soit alors saine d'esprit ou non.

- b) Une blessure subie ou une maladie contractée lors d'un acte criminel, ou considéré comme tel, que la personne adhérente commet ou tente de commettre.
- c) Une condition résultant de la conduite de tout véhicule :
 - avec un taux d'alcoolémie dépassant la limite légale en vigueur à l'endroit de l'accident; ou
 - sous l'effet de drogue, ou de médicaments qui ne sont pas pris selon l'ordonnance du médecin ou les indications thérapeutiques et la posologie du fabricant.
- d) Un abus d'alcool, l'utilisation de drogue, ou la prise de médicaments non conformément à la prescription ou à la posologie recommandée par le fabricant.
- e) Une blessure ou une maladie résultant d'une guerre, déclarée ou non, ou de la participation, ou de la tentative de participation, de la personne adhérente à une insurrection ou à une émeute.
- f) Le refus ou l'omission de la personne adhérente de recevoir les traitements appropriés pour sa condition.
- g) Le service actif de la personne adhérente dans les forces armées de n'importe quel pays.

7. Fin de participation

Lorsque la personne adhérente a reçu le montant maximal de prestations payables en vertu de la présente garantie, elle peut mettre fin à sa participation à la garantie en transmettant une demande écrite à cet effet à l'Assureur.

ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE

(Garantie obligatoire pour un(e) employé(e)
du secteur privé ou universitaire qui remplit
les conditions d'admissibilité)

Sur réception et approbation par l'Assureur des preuves établissant que la personne adhérente en vertu du contrat est devenue invalide et après épuisement du délai de carence, l'Assureur verse des prestations mensuelles, selon les dispositions prévues ci-dessous.

1. Délai de carence

Le délai de carence signifie la période de 30 jours suivant le début de l'invalidité et pendant laquelle aucune prestation d'invalidité n'est payable.

Pour le Collège LaSalle, le délai de carence signifie la période de 10 jours suivant le début de l'invalidité et pendant laquelle aucune prestation d'invalidité n'est payable.

Pour les chargés de cours de l'Université Concordia, le délai de carence signifie la période de 30 semaines suivant le début de l'invalidité et pendant laquelle aucune prestation d'invalidité n'est payable.

2. Période de prestations

Le premier versement de prestations est payable à compter du 31^e jour suivant l'épuisement du délai de carence défini plus haut et les versements suivants sont effectués à tous les mois par la suite, aussi longtemps que la personne adhérente demeure invalide, jusqu'à concurrence d'une période maximale de 23 mois. Les prestations sont non imposables.

Le paiement mensuel des prestations cesse au plus tard à la dernière semaine du mois au cours duquel la personne adhérente atteint l'âge de 65 ans.

3. Montant des prestations

Le montant initial des prestations mensuelles payables est égal à 80 % de son salaire net mensuel, le salaire net étant celui établi au moment où s'épuisent les congés de maladie. Toutefois, les prestations sont limitées à 5 000 \$ par mois.

Le salaire assurable d'une personne adhérente de la Télug ou de l'Université Concordia est le salaire annuel établi au 1^{er} janvier qui précède le début de l'invalidité.

4. Indexation

Pendant et aussi longtemps que la personne adhérente est invalide, le montant des prestations mensuelles est ajusté au 1^{er} janvier de chaque année, suivant les mêmes modalités que celles qui s'appliquent aux rentes payables en vertu du Régime de Rentes du Québec. Cependant, l'ajustement annuel est limité à 3 %.

5. Réadaptation

La personne adhérente qui participe à un programme de réadaptation touche de l'Assureur la rente mensuelle de réadaptation décrite ci-après. Le versement de cette rente prend fin dès l'expiration d'une période de 12 mois après le début du programme de réadaptation, l'interruption du programme de réadaptation ou le retrait par l'Assureur de l'approbation du programme de réadaptation.

La rente mensuelle de réadaptation est égale au montant des prestations d'invalidité payables s'il n'y avait pas un programme de réadaptation, diminué de 50 % de la rémunération pour le travail accompli au cours du programme de réadaptation.

Si la somme des revenus de la personne adhérente provenant de la rente de réadaptation et de la rémunération du travail accompli au cours du programme de réadaptation excède 100 % du salaire net de base mensuel qu'elle percevrait si elle était active, la rente mensuelle de réadaptation est réduite de cet excédent.

De plus, le programme de réadaptation peut comprendre le retour progressif dans son emploi. Ce programme doit être approuvé par l'Assureur et est sujet à une période maximale de 12 mois.

6. Exclusions

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour toute invalidité qui résulte, directement ou indirectement, de l'une des causes suivantes :

- De l'exercice de toute fonction de l'équipage d'un aéronef commercial sauf s'il (elle) agit en tant qu'employé(e) d'une école de pilotage dont le syndicat est affilié à la FNEEQ et tel que prévu à sa convention collective ou à son contrat individuel de travail.
- D'une guerre déclarée ou non, ou de sa participation active à une insurrection.
- D'une blessure ou mutilation volontaire, que la personne adhérente soit saine d'esprit ou non.
- De sa participation active à un crime.
- D'alcoolisme ou de narcotisme, sauf s'il s'agit d'une période d'invalidité pendant laquelle la personne adhérente reçoit des traitements ou des soins médicaux continus en vue de sa réadaptation.
- Alors que la personne adhérente fait partie des forces actives des armées de terre, de mer ou d'air.

7. Intégration

Si la personne adhérente invalide a droit à d'autres revenus durant sa période d'invalidité, les prestations mensuelles sont réduites :

- Du montant initial de toute prestation d'invalidité de base, en vertu du Régime des rentes du Québec, de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, de la Loi sur l'assurance automobile, de la Loi sur l'assurance-emploi, d'un régime de retraite et de tout autre régime public ou contrat d'assurance collective, sans égard aux augmentations ultérieures des prestations de base résultant de l'indexation.
- De 95 % du montant net de toutes prestations d'invalidité reçues en vertu d'un régime de retraite.
- De toutes prestations payables en vertu de toute politique de continuation de salaire ou de congés de maladie.
- De 50 % du montant brut de la rente de retraite payée en vertu d'un régime de retraite pour une personne adhérente invalide prenant sa retraite après le 30 juin 1996.
- De 50 % du montant brut de la rente de retraite du Régime des rentes du Québec qui est effectivement payée à la personne adhérente.

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

(Garantie obligatoire)

Sur réception et approbation par l'Assureur des preuves établissant que la personne adhérente en vertu du contrat est devenue invalide et après épuisement du délai de carence, l'Assureur verse des prestations mensuelles, selon les dispositions prévues ci-dessous.

1. Délai de carence

Le délai de carence signifie la période de 104 semaines après le début de l'invalidité, plus l'épuisement de la réserve des congés de maladie, le cas échéant.

Pour la personne adhérente du secteur privé ou universitaire, le délai de carence débute lorsqu'elle devient invalide et se termine le dernier jour pour lequel les prestations d'assurance invalidité de courte durée sont payables.

2. Période de prestations

Le premier versement de prestations est payable à compter du 31^e jour suivant l'épuisement du délai de carence défini plus haut et les versements suivants sont effectués à tous les mois par la suite.

De plus, le droit aux prestations cesse au plus tard à la dernière semaine du mois au cours duquel la personne adhérente atteint l'âge de 65 ans.

3. Montant des prestations

PERSONNE ADHÉRENTE DEVENUE INVALIDE AVANT LE 1^{ER} JUILLET 1996

Le montant initial des prestations mensuelles payables est égal à 70 % des premiers 2 500 \$ de salaire mensuel de la personne adhérente et 50 % de l'excédent. Le montant des prestations est limité à un maximum mensuel de 5 000 \$. Par salaire on entend celui auquel la personne assurée aurait droit au début du versement des prestations d'assurance invalidité de longue durée. Les prestations sont non imposables.

PERSONNE ADHÉRENTE DEVENUE INVALIDE APRÈS LE 30 JUIN 1996

Le montant initial des prestations mensuelles payables est égal à 80 % de son salaire net mensuel. Le salaire net étant celui que la personne adhérente aurait eu à la fin du délai de carence tel que prévu à sa convention collective si elle n'était pas devenue invalide. Toutefois, le montant des prestations est limité à 5 000 \$ par mois. Les prestations sont non imposables.

4. Indexation

Pendant et aussi longtemps que la personne adhérente est invalide, le montant des prestations mensuelles est ajusté au 1^{er} janvier de chaque année, suivant les mêmes modalités que celles qui s'appliquent aux rentes payables en vertu du Régime de Rentes du Québec. Cependant, l'ajustement annuel est limité à 6 % pour une personne adhérente dont la date du début de l'invalidité est le ou postérieure au 1^{er} janvier 1981 et à 4 % pour une personne adhérente dont la date du début de l'invalidité est antérieure au 1^{er} janvier 1981.

5. Réadaptation

La personne adhérente qui participe à un programme de réadaptation touche de l'Assureur la rente mensuelle de réadaptation décrite ci-dessous. Le paiement de cette rente prend fin dès l'expiration d'une période de 24 mois après le début du programme de réadaptation, l'interruption du programme de réadaptation ou le retrait par l'Assureur de l'approbation du programme de réadaptation.

La rente mensuelle de réadaptation est égale au montant des prestations mensuelles de la personne adhérente avant son inscription au programme de réadaptation, diminué de 50 % de la rémunération au travail accompli au cours du programme de réadaptation.

Si la somme des revenus de la personne adhérente provenant de la rente de réadaptation et de la rémunération du travail accompli au cours du programme de réadaptation excède 100% du salaire net de base mensuel perçu de son employeur au début du délai de carence, la rente mensuelle de réadaptation est réduite de l'excédent.

De plus, le programme de réadaptation peut comprendre le retour progressif dans son emploi. Ce programme doit être approuvé par l'Assureur et est sujet à une période maximale de 12 mois.

6. Exclusions

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour toute invalidité qui résulte, directement ou indirectement, de l'une des causes suivantes :

- De l'exercice de toute fonction de l'équipage d'un aéronef commercial sauf s'il (elle) agit en tant qu'employé(e) d'une école de pilotage dont le syndicat est affilié à la FNEEQ et tel que prévu à sa convention collective ou à son contrat individuel de travail.
- D'une guerre déclarée ou non, ou de sa participation active à une insurrection.
- D'une blessure ou mutilation volontaire, que la personne adhérente soit saine d'esprit ou non.
- De sa participation active à un crime.
- D'alcoolisme, de narcotisme ou de jeu compulsif, sauf s'il s'agit d'une période d'invalidité pendant laquelle la personne adhérente reçoit des traitements ou des soins médicaux continus en vue de sa réadaptation.
- Alors que la personne adhérente fait partie des forces actives des armées de terre, de mer ou d'air.

7. Intégration

Si la personne adhérente invalide a droit à d'autres revenus durant sa période d'invalidité, les prestations sont réduites :

- Du montant initial de toute prestation d'invalidité de base en vertu du Régime de rentes du Québec qui sont effectivement payées ou qui seraient payées à la personne adhérente si une demande avait été faite et approuvée, à moins qu'une preuve en bonne et due forme ne soit soumise à l'Assureur démontrant qu'une telle demande a été refusée. Une réponse négative de la Régie de rentes du Québec ne prive aucunement la personne adhérente du droit à ses prestations.

La personne adhérente a l'obligation de présenter une telle demande de prestations d'invalidité auprès de l'autorité concernée si l'Assureur l'exige et tout défaut de s'exécuter de la personne adhérente entraînera la réduction de la prestation tel que décrit au paragraphe précédent.

Les augmentations ultérieures des prestations d'invalidité de base résultant de l'indexation ne seront pas considérées.

- Du montant initial de toutes prestations d'invalidité de base en vertu de la Loi sur les accidents du travail, de la Loi sur l'assurance-automobile, de la Loi sur l'assurance-emploi et de tout autre régime public ou contrat d'assurance collective, sans égard aux augmentations ultérieures des prestations de base résultant de l'indexation.
- De 95 % du montant net de toutes prestations d'invalidité reçues en vertu d'un régime de retraite.
- De toutes prestations payables en vertu de toute politique de continuation de salaire ou de congés de maladie.
- De 50 % du montant brut de la rente de retraite payée en vertu d'un régime de retraite pour une personne adhérente invalide prenant sa retraite après le 30 juin 1996.

L'Assureur peut demander à la personne adhérente invalide de présenter une demande de rente de retraite auprès de l'autorité concernée, si la personne adhérente invalide remplit les trois critères suivants :

- a) être éligible à une rente de retraite sans réduction actuarielle ;
- b) avoir terminé la période d'exonération au régime de retraite en cas d'invalidité ;
- c) avoir obtenu la garantie que l'Assureur ne remette plus en cause l'état d'invalidité.

Dans le cas où la personne adhérente invalide refuse de présenter une telle demande, la rente de retraite utilisée pour réduire les prestations d'invalidité sera estimée de la façon suivante :

- a) selon l'état de participation au régime de retraite, lequel doit être fourni par la personne adhérentes; sinon
- b) 70 % du salaire effectif de la personne adhérente au début de l'invalidité.

La rente de retraite ainsi estimée pourra être corrigée de façon rétroactive, pour une période maximale de 6 mois, dans le cas où la personne adhérente invalide décide de présenter sa demande de rente de retraite ou de fournir à l'Assureur son état de participation au régime de retraite.

- De 50 % du montant brut de la rente de retraite du Régime des rentes du Québec qui est effectivement payée à la personne adhérente.

- Si la personne adhérente invalide a droit à d'autres revenus durant sa période d'invalidité ayant débuté le ou après le 1^{er} janvier 2008, les prestations sont réduites de 50 % du montant brut provenant d'une activité rémunératrice effectuée par une personne adhérente invalide subséquentement au début de son invalidité. Le montant brut sujet à intégration devant être établi par la transmission de la personne adhérente invalide à l'Assureur de sa déclaration de revenus et des avis de cotisations qui ont suivi.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Tout syndicat joignant la FNEEQ et qui adhère aux garanties disponibles en vertu de ce contrat et selon leurs dispositions applicables doit le faire pour une période minimale de 36 mois. Après cette période, le syndicat peut cesser sa participation dans les 31 jours précédant la date de renouvellement du présent contrat.

1. Définitions

ACCIDENT

Toute atteinte corporelle constatée par un médecin et provenant de l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure, directement et indépendamment de toute autre cause.

ACTIVITÉ À CARACTÈRE COMMERCIAL

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

ASSISTEUR

La firme d'assistance voyage CanAssistance ou toute autre entreprise d'assistance désignée par l'Assureur.

ASSOCIÉ EN AFFAIRES

La personne avec qui la personne assurée est associée en affaires dans le cadre d'une compagnie de 4 coactionnaires ou moins ou d'une société à but lucratif composée de 4 associés ou moins.

COMPAGNON DE VOYAGE

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

CONJOINT

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

- est marié ou uni civilement à la personne adhérente ; ou
- n'est pas marié ni uni civilement et vit maritalement depuis un an avec une personne adhérente non mariée ni uni civilement, ou depuis moins d'un an s'il ou elle est le père ou la mère d'un enfant de la personne adhérente ; ou
- n'est pas marié ni uni civilement et vit maritalement avec une personne adhérente non mariée ni unie civilement et avait déjà ainsi vécu maritalement avec cette personne adhérente tout au long d'une période d'au moins un an.

Étant précisé qu'un jugement de divorce prononcé entre la personne adhérente et le conjoint dans le cas d'un mariage ; la séparation de fait depuis au moins 90 jours dans le cas d'une union de fait ou la dissolution de l'union civile par entente notariée ou par jugement du tribunal dans le cas d'une union civile, fait perdre ce statut de conjoint.

DÉFAILLANCE DU FOURNISSEUR DE SERVICES DE VOYAGE

Insolvabilité ou faillite du fournisseur de services de voyage, volontaire ou involontaire, qui empêche la personne assurée de bénéficier des arrangements de voyage et qui exposent cette dernière à subir une perte financière.

EMPLOYÉ(E)

L'expression « Employé(e) » regroupe les catégories suivantes :

- toute personne engagée par l'employeur à temps complet et qui est couverte par le certificat d'accréditation émis en faveur d'un syndicat affilié à la FNEEQ-CSN, à l'exception des enseignant(e)s chargés de cours des cégeps ;
- toute personne engagée par l'employeur à temps partiel pour un contrat minimal de 33 % d'une tâche par session et qui est couverte par le certificat d'accréditation émis en faveur d'un syndicat affilié à la FNEEQ-CSN, à l'exception des enseignant(e)s chargés de cours des cégeps ;
- toute personne ou catégorie de personnes acceptée par le Preneur et visée par le contrat.

ENFANT À CHARGE

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

- une personne âgée de moins de 18 ans à l'égard de laquelle la personne adhérente ou son conjoint exerce l'autorité parentale, y compris un enfant pour lequel des procédures d'adoption sont entreprises; une telle personne est considérée enfant à charge jusqu'à son 21^e anniversaire de naissance à la condition qu'elle n'ait pas de conjoint et que la personne adhérente ou son conjoint subviennent à ses besoins dans une large mesure ;
- une personne, sans conjoint, âgée de 25 ans ou moins et fréquentant à temps complet, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement reconnu, et à l'égard de laquelle la personne adhérente ou son conjoint exercerait l'autorité parentale si elle était mineure ;
- une personne majeure domiciliée chez la personne adhérente, sans conjoint, à l'égard de laquelle la personne adhérente ou son conjoint exercerait l'autorité parentale si elle était mineure, et atteinte d'une invalidité totale ou d'une déficience fonctionnelle visée dans un règlement du gouvernement survenue alors qu'elle répondait à l'un des deux paragraphes précédents.

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

FOURNISSEUR DE SERVICES DE VOYAGE

Agence de voyage, grossiste en voyage, organisateur de voyages à forfait et compagnie aérienne détenant un permis valide de l'Office des transports du Canada ainsi qu'un certificat d'exploitation valide émis par Transports Canada.

FRAIS DE VOYAGE PAYÉS D'AVANCE

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

HÔTE À DESTINATION

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

INVALIDITÉ OU INVALIDE

a) Pour toute invalidité ayant débuté avant le 1^{er} janvier 2008

Les modalités en vigueur à la date de début de l'invalidité s'appliquent.

b) Pour une invalidité ayant débuté le ou après le 1^{er} janvier 2008

Un état d'incapacité résultant d'une maladie, d'un accident ou d'une intervention chirurgicale reliée directement à la planification des naissances, qui exige des soins médicaux continus et qui empêche complètement la personne adhérente d'exercer les tâches habituelles de son emploi régulier.

Les soins médicaux ne sont pas requis si l'invalidité résulte de la perte de membres ou de la vue, et qu'elle puisse être établie définitivement à la satisfaction de l'Assureur.

De plus, une invalidité ne pourra être refusée sur la seule base que la personne adhérente, à la fin du délai de carence, est en retour au travail progressif ou prend part à un programme de réadaptation au sens de sa convention collective.

c) Expertise médicale et arbitrage

L'Assureur peut demander une expertise médicale en tout temps auprès d'un médecin qu'il aura lui-même choisi.

En cas de désaccord entre le médecin de l'Assureur et celui de la personne adhérente quant à l'invalidité de cette dernière, les deux médecins s'entendent sur le choix d'un troisième médecin dont la décision est sans appel. Le coût de l'examen est à la charge de l'Assureur. Dans de tels cas, de même que dans les cas où l'expertise d'un troisième médecin est nécessaire tel que prévu aux clauses pertinentes de la convention collective en vigueur (article 5.5.26 de la convention collective FNEEQ 2010-2015), la personne adhérente reçoit des prestations entre la date de réception par l'Assureur de l'avis de son médecin ou de celui de l'employeur, selon le cas, et la date de la décision, sans toutefois excéder 6 mois, si à la fin de cette période aucune décision n'a été rendue. Une décision en faveur de l'Assureur n'entraîne pas le remboursement des prestations reçues par la personne adhérente durant ladite période. De plus, l'employeur devra rapporter à l'Assureur, sur demande de celui-ci, toute invalidité qui aura duré plus de 6 mois relativement aux personnes adhérentes invalides du secteur public.

N.B. : Voir les dispositions complètes au contrat.

MALADIE

Toute détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un médecin, y compris la grossesse et toute complication en résultant.

PÉRIODE D'INVALIDITÉ

a) Pour les 24 premiers mois d'invalidité

Toute période continue d'invalidité, ou des périodes successives d'invalidité résultant d'une même maladie ou d'un même accident, séparées par une période de rémission de moins de 8 jours de travail (doit se lire « 32 jours de travail » si la période d'invalidité est supérieure à 3 mois), à moins que l'invalidité, pendant une période, ne résulte d'une maladie ou d'un accident tout à fait indépendant de la maladie ou de l'accident qui a causé l'invalidité pendant la période précédente et que l'invalidité ne débute que lors du retour au travail.

b) Par la suite

Toute période continue d'invalidité, ou des périodes successives d'invalidité résultant d'une même maladie ou d'un même accident, séparées par une période de rémission de moins de 180 jours de travail, à moins que l'invalidité, pendant une période, ne résulte d'une maladie ou d'un accident tout à fait indépendant de la maladie ou de l'accident qui a causé l'invalidité pendant la période précédente et que l'invalidité ne débute que lors du retour au travail.

PERSONNE ADHÉRENTE

Un(e) employé(e) qui est admis(e) à l'assurance.

PROCHE PARENT

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

TRAITEMENT OU SALAIRE NET

Le traitement ou le salaire d'une personne adhérente moins la somme des montants suivants :

- Les cotisations à la Régie des rentes du Québec ;
- Les cotisations aux Ressources humaines et Développement des compétences Canada (assurance emploi) ;
- Les cotisations au Régime québécois d'assurance parentale ;

- Les impôts des gouvernements provincial et fédéral en vigueur selon les déclarations d'exemption faites à l'employeur ;
- La prime d'assurance maladie en vertu du présent contrat, selon le plan de protection détenu au début du versement des prestations d'assurance invalidité de longue durée.

VOYAGE

Un voyage touristique ou d'agrément, un voyage de coopération ou d'aide humanitaire encadré par un organisme, une activité à caractère commercial ou un voyage d'affaires occasionnel. Un voyage d'affaires est considéré occasionnel lorsqu'il est effectué de façon exceptionnelle, sur une base irrégulière. Tout autre type de voyage n'est pas couvert en vertu de la présente garantie, à moins d'une entente à l'effet contraire entre le Preneur et l'Assureur. De plus, tout voyage doit comporter une absence de la personne assurée de sa province de résidence.

Aux fins de la garantie d'assurance annulation, le voyage de la personne assurée doit comporter un séjour d'au moins une (1) nuit à destination, et ce, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de sa province de résidence.

2. Admissibilité

Tous les employé(e)s sont admissibles à compter de la date de leur entrée au service de l'employeur, à l'exception des chargé(e)s de cours du Collège LaSalle et de l'Université Concordia de même que pour les personnes tutrices de la TÉLUQ pour lesquelles les règles concernant l'admissibilité sont décrites ci-dessous.

Les chargé(e)s de cours des cégeps et les employé(e)s à temps partiel dont le contrat est inférieur à 33 % de tâche par session (le pourcentage est établi au début de la session) ne sont pas admissibles à l'assurance.

a) Chargé(e) de cours – Collège LaSalle

Le (la) chargé(e) de cours est admissible s'il (elle) détient un contrat de travail prévoyant une charge minimale d'enseignement de 12 heures par semaine. S'il (elle) devient admissible au cours de la session d'hiver, la période d'assurance s'étend du 1^{er} février au 31 août alors que si cette personne devient admissible au cours de la session d'automne, la période d'assurance s'étend du 1^{er} septembre au 31 janvier.

b) Tuteur(trice) – TÉLUQ

Le (la) tuteur(trice) est admissible s'il (elle) a gagné un salaire annuel équivalent à 45 % du maximum des gains admissibles (MGA) durant l'année de référence. Le MGA utilisé est celui qui est établi au 1^{er} janvier à l'intérieur de l'année de référence.

La période d'admissibilité est du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année en cours.

Lorsqu'une personne s'est qualifiée et qu'elle n'atteint pas 45 % du MGA au cours de l'année suivante, elle demeure admissible pourvu qu'elle maintienne annuellement 40 % du MGA.

Le salaire annuel est déterminé au 1^{er} janvier de chaque année en fonction du salaire gagné durant l'année de référence. Ce salaire inclut le tutorat, les libérations syndicales et certaines activités prévues aux clauses 21.08 et 21.09 de leur convention collective.

L'année de référence est la période du 1^{er} septembre au 31 août qui précède le 1^{er} janvier.

c) Chargé(e) de cours – Université Concordia

Le (la) chargé(e) de cours n'est admissible qu'aux garanties d'assurance invalidité de courte et de longue durée. Pour être admissible, il (elle) doit avoir gagné un salaire annuel équivalent à au moins 30 % du maximum des gains admissibles (MGA) durant l'année de référence. Le MGA utilisé est celui qui est établi au 1^{er} janvier à l'intérieur de l'année de référence.

La période d'admissibilité est du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année en cours.

L'année de référence est l'année précédant la période d'admissibilité.

3. Adhésion

ASSURANCE MALADIE

L'adhésion est obligatoire pour l'employé(e) qui remplit les conditions d'admissibilité.

La demande doit être présentée dans les 30 jours suivant la date à laquelle l'employé(e) devient admissible et la protection entre alors en vigueur à la date d'admissibilité. Si la demande est présentée après la période de 30 jours, la protection entrera en vigueur à la date de réception de la demande par l'Assureur.

Depuis le 1^{er} janvier 1997, la garantie couvre tous les médicaments admissibles, pour les actifs et leurs conjoints, y compris ceux âgés de 65 ans ou plus.

L'adhérent(e) qui atteint 65 ans est automatiquement inscrit(e) au Régime général d'assurance médicaments (RGAM) de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). L'adhérent(e) qui décide de se désengager de la RAMQ et de conserver la garantie de médicaments avec La Capitale, doit payer la surprime applicable.

Exemption et retour d'exemption

Un(e) employé(e) ou ses personnes à charge peuvent, en faisant une demande écrite à l'employeur, refuser d'adhérer ou cesser de participer à la garantie d'assurance maladie s'ils attestent qu'ils sont assurés par un contrat d'assurance collective offrant des protections similaires.

Toutefois, si la protection en vertu de l'autre contrat d'assurance collective prend fin, l'employé(e) et ses personnes à charge doivent alors adhérer à la garantie d'assurance maladie du présent contrat, ou reprendre leur participation à cette garantie à compter de la date à laquelle ils ne sont plus admissibles à l'autre contrat collectif. Les dispositions prévues lors de l'adhésion initiale à l'assurance s'appliquent alors à nouveau (voir page précédente).

Enfin, lors de l'obtention de sa permanence, l'employé(e) qui a refusé d'adhérer ou cessé de participer à la garantie d'assurance maladie peut choisir d'y adhérer ou de reprendre sa participation, même s'il (elle) demeure admissible à un autre contrat d'assurance collective. L'employé(e) doit alors soumettre sa demande à l'Assureur dans les 30 jours suivant la date d'acquisition de la permanence, pourvu que l'employé(e) soit effectivement au travail à cette date.

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

L'adhésion est optionnelle pour tout(e) employé(e) qui remplit les conditions d'admissibilité et ses personnes à charge.

La demande doit être présentée dans les 30 jours suivant la date à laquelle l'employé(e) devient admissible et la protection entre alors en vigueur à la date d'admissibilité. Après cette période, les conditions décrites au point 5 « Changement de protection » s'appliquent.

L'adhésion à la protection de base (option 1) est possible peu importe si la personne adhérente a choisi le module A, B ou C en assurance maladie. Pour la protection enrichie (option 2), l'adhésion est possible seulement si la personne adhérente a choisi le module C en assurance maladie.

La personne adhérente doit toutefois choisir le même plan de protection (individuel, monoparental, couple, familial) qu'elle détient en assurance maladie.

Dans le cas où la personne adhérente choisit de s'exempter en assurance maladie alors que la garantie d'assurance soins dentaires est en vigueur, la participation au régime d'assurance soins dentaires demeure obligatoire

jusqu'au 1^{er} janvier suivant l'atteinte de la période minimale de participation de 36 mois si cette période n'est pas complétée à la date de l'exemption en assurance maladie. Toutefois, si le conjoint et / ou les enfants à charge étaient protégés et que la personne adhérente démontre que ces personnes seront couvertes par un autre régime d'assurance soins dentaires, elle pourra réduire son plan de protection et opter pour un plan de protection individuel à compter de la date à laquelle ces personnes seront couvertes en vertu de l'autre régime collectif. Le plan de protection individuel devra être maintenu jusqu'au 1^{er} janvier suivant l'expiration de la période de 36 mois. L'assurance prendra alors automatiquement fin.

ASSURANCE VIE ET VIE ADDITIONNELLE POUR LA PERSONNE ADHÉRENTE ET LE CONJOINT

L'adhésion est optionnelle pour l'employé(e) qui remplit les conditions d'admissibilité. Les modalités concernant les preuves d'assurabilité sont décrites au point 4. Demande d'adhésion et preuves d'assurabilité.

ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE

L'adhésion est obligatoire pour l'employé(e) du secteur privé ou universitaire, le (la) tuteur(trice) de la TÉLUQ ainsi que le (la) chargé(e) de cours de l'Université Concordia qui remplit les conditions d'admissibilité.

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Employé(e) permanent(e)

L'adhésion est obligatoire dès qu'un(e) enseignant(e) acquiert sa permanence. L'employeur doit transmettre à La Capitale, le formulaire d'adhésion dûment signé dans les 30 jours.

Employé(e) non permanent(e)

L'adhésion est optionnelle pour un(e) employé(e) non permanent(e).

Tout(e) employé(e) non permanent(e) peut adhérer à la garantie d'assurance invalidité de longue durée sans preuves d'assurabilité en présentant sa demande au cours de la période des 30 premiers jours de chacun des trois premiers contrats, le premier étant celui signé à la date de son entrée au service de l'employeur. Si la demande d'adhésion est remplie après l'expiration de cette période de 30 jours, l'employé(e) doit fournir, à ses frais, des preuves d'assurabilité à la satisfaction de l'Assureur.

Cette disposition ne s'applique pas aux adhérent(e)s qui, à la suite de l'analyse de preuves d'assurabilité par l'Assureur, se sont vus refuser l'adhésion à cette garantie.

Des preuves d'assurabilité à la satisfaction de l'Assureur devront toujours être fournies lors des contrats subséquents afin d'adhérer.

Aux fins d'application de cette disposition, un contrat doit être interprété comme un contrat de travail minimal de 33 % de tâche par session.

Chargé(e) de cours – Collège LaSalle

Pour le (la) chargé(e) de cours du Collège LaSalle, l'assurance invalidité de longue durée est optionnelle durant les deux premières années **d'admissibilité**.

La demande doit être présentée dans les 30 jours suivant la date à laquelle le (la) chargé(e) de cours devient admissible. Si la demande d'adhésion est remplie après l'expiration de cette période de 30 jours, le (la) chargé(e) de cours doit fournir, à ses frais, des preuves d'assurabilité à la satisfaction de l'Assureur.

Deux ans après leur date d'embauche, les chargé(e)s de cours sont considéré(e)s comme des employé(e)s permanent(e)s au sens du contrat. L'adhésion à la garantie d'assurance invalidité de longue durée devient alors obligatoire.

Personne tutrice de la TÉLUQ

Pour la personne tutrice de la TÉLUQ, l'assurance invalidité de longue durée est optionnelle durant les trois premières années **d'admissibilité**. La personne tutrice peut y adhérer au moment où elle devient admissible à l'assurance invalidité de courte durée ou reporter son adhésion à chacune des trois premières années. Toute personne tutrice qui désire adhérer à la garantie d'assurance invalidité de longue durée doit remplir une demande d'adhésion. Si cette demande est remplie après l'expiration d'une période de 30 jours suivant la date à laquelle elle devient admissible, elle devra fournir, à ses frais, des preuves d'assurabilité à la satisfaction de l'Assureur.

Au terme de trois années d'admissibilité à l'assurance, **l'assurance invalidité de longue durée** devient obligatoire pour toute personne tutrice couverte par l'assurance invalidité de courte durée.

Chargé(e) de cours – Université Concordia

Pour le (la) chargé(e) de cours de l'Université Concordia, l'assurance invalidité de longue durée est optionnelle durant les trois premières années **d'admissibilité**.

Le (la) chargé(e) de cours peut y adhérer au moment où il (elle) devient admissible à l'assurance invalidité de longue durée ou reporter son adhésion à chacune des trois premières années.

Tout(e) employé(e) qui désire adhérer à la garantie d'assurance invalidité de longue durée doit remplir une demande d'adhésion. Si cette demande est remplie après l'expiration d'une période de 30 jours suivant la date à laquelle

elle devient admissible, la personne adhérente doit fournir, à ses frais, des preuves d'assurabilité à la satisfaction de l'Assureur.

Au terme de trois années d'admissibilité à l'assurance, l'**assurance invalidité de longue durée** devient obligatoire.

4. Demande d'adhésion et preuves d'assurabilité

a) Garanties obligatoires

L'employé(e) admissible doit compléter une demande d'adhésion.

b) Garanties optionnelles

L'employé(e) qui désire adhérer à la **garantie d'assurance soins dentaires** doit compléter une demande d'adhésion dans les 30 jours suivant la date à laquelle il devient admissible sinon, les dispositions prévues au point 5 « Changement de protection » s'appliquent.

L'employé(e) qui désire adhérer aux **garanties d'assurance vie** doit compléter une demande d'adhésion. Si cette demande est remplie après l'expiration de la période de 30 jours suivant la date à laquelle elle devient admissible, la personne adhérente doit fournir, à ses frais, des preuves d'assurabilité à la satisfaction de l'Assureur.

L'employé(e) ou le conjoint admissible qui désire, soit adhérer à la **garantie d'assurance vie additionnelle**, soit ajouter une nouvelle tranche d'assurance vie additionnelle, doit fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'Assureur.

L'employé(e) non permanent(e) qui désire adhérer à la **garantie d'assurance invalidité de longue durée** doit compléter une demande d'adhésion. Si cette demande est remplie après l'expiration de la période de 30 jours suivant la date à laquelle il (elle) devient admissible, l'employé(e) doit fournir, à ses frais, des preuves d'assurabilité à la satisfaction de l'Assureur.

Tout adhérent qui désire assurer **les personnes à sa charge** en vertu des **garanties d'assurance vie** doit remplir une demande d'adhésion à cet effet. Si cette demande est remplie après l'expiration de la période de 30 jours qui suit la date à laquelle elles deviennent admissibles, l'adhérent doit fournir, à ses frais, des preuves d'assurabilité pour les personnes à sa charge à la satisfaction de l'Assureur.

Lorsque des preuves d'assurabilité sont requises, le garantie prend effet à la date d'acceptation de ces preuves.

5. Changement de protection

a) Assurance maladie et soins dentaires – Période minimale de participation

Toute demande d'augmentation ou de diminution de protection doit être présentée au cours de la période du **1^{er} au 30 novembre** de chaque année et la modification demandée **entre en vigueur le 1^{er} janvier de l'année qui suit la date de la demande.**

Augmentation

Une personne adhérente peut faire les changements à la hausse suivants après une période minimale de participation de 12 mois consécutifs :

- passer de la protection de base (module A) à la protection régulière (module B);
- passer de la protection de base (module A) à la protection enrichie (module C);
- passer de la protection régulière (module B) à la protection enrichie (module C);

Lorsqu'une personne adhérente passe à la protection enrichie (module C), elle peut demander l'option 2 en soins dentaires.

Diminution

Une personne adhérente peut faire les changements à la baisse suivants après une période minimale de participation de 36 mois consécutifs :

- passer de la protection enrichie (module C) à la protection régulière (module B);
- passer de la protection enrichie (module C) à la protection de base (module A);
- passer de la protection régulière (module B) à la protection de base (module A).

Dans le cas où la personne adhérente détenait l'option 2 en assurance soins dentaires à la date à laquelle elle met fin à sa participation à la protection enrichie (module C), sa participation à l'option 2 en soins dentaires prend également fin, pourvu qu'elle ait complété la période minimale de participation de 36 mois dans l'option 2. Autrement, elle ne pourra mettre fin à la protection enrichie en assurance maladie que le 1^{er} janvier suivant la date où cette période minimale de participation sera complétée. Une demande devra être présentée au cours de la période d'ouverture du 1^{er} au 30 novembre précédant ce 1^{er} janvier.

Lors d'une demande de modification liée à un événement de vie décrit au point 6, ci-après, la personne adhérente dispose d'une période de 30 jours à compter de la date de l'événement pour modifier sa couverture. La personne adhérente est libre d'ajouter les garanties qu'elle désire, selon sa nouvelle situation, comme s'il s'agissait d'une adhésion initiale.

Note importante : Tout changement de protection signifie le début d'une nouvelle période de participation de 12 ou 36 mois. Cependant, lors d'un changement de plan de protection (individuel, familial, couple ou monoparental), la période en cours (12 ou 36 mois) se poursuit.

L'employé non permanent qui obtient un nouveau contrat dans les 12 mois qui suivent la date de fin de son assurance en vertu du contrat précédent, doit reprendre les niveaux de garanties qu'il détenait en assurance maladie et soins dentaires si les périodes minimales de participation n'avaient pas été atteintes.

6. Événements de vie permettant de changer de protection dans les 30 jours de l'événement

a) Changement de statut civil (mariage, séparation, décès de la personne conjointe ou d'un enfant)

Assurance maladie et soins dentaires : Étant donné l'obligation d'assurer les personnes à charge en assurance maladie, l'employeur doit être informé dès qu'il y a changement de statut civil. La nouvelle protection demandée entre en vigueur à la date de l'événement si la personne adhérente a soumis une demande de changement dans les 30 jours suivant la date de cet événement. Sinon, la garantie d'assurance maladie entre en vigueur à la date à laquelle l'Assureur reçoit la demande. Pour la garantie d'assurance soins dentaires, l'employé(e) devra soumettre une nouvelle demande pendant la période d'ouverture prévue du 1^{er} au 30 novembre de chaque année et la garantie entrera en vigueur le 1^{er} janvier de l'année suivant la date de la demande.

Assurance vie : L'employé(e) peut également assurer ses personnes à charge. Si le délai de 30 jours n'est pas respecté, des preuves d'assurabilité seront exigées pour la personne à protéger. Ces conditions ne s'appliquent pas pour l'assurance vie additionnelle pour laquelle des preuves d'assurabilité sont requises en tout temps.

b) Naissance ou adoption d'un premier enfant

Assurance maladie et soins dentaires : Étant donné l'obligation d'assurer les personnes à charge en assurance maladie, l'employeur doit être informé dès la naissance ou l'adoption. La nouvelle protection demandée entre en vigueur à la date de l'événement si l'employé(e) a soumis une

demande de changement dans les 30 jours suivant la date de cet événement. Sinon, la garantie d'assurance maladie entre en vigueur à la date à laquelle l'Assureur reçoit la demande. Pour la garantie d'assurance soins dentaires, l'employé(e) devra soumettre une nouvelle demande pendant la période d'ouverture prévue du 1^{er} au 30 novembre de chaque année et la garantie entrera en vigueur le 1^{er} janvier de l'année suivant la date de la demande.

Assurance vie : L'employé(e) peut également assurer ses personnes à charge. Si le délai de 30 jours n'est pas respecté, des preuves d'assurabilité seront exigées pour la personne à protéger. Ces conditions ne s'appliquent pas pour l'assurance vie additionnelle pour laquelle des preuves d'assurabilité sont requises en tout temps.

c) Acquisition de la permanence

Assurance maladie et soins dentaires : Lors de l'acquisition de la permanence, l'employé(e) peut choisir d'effectuer un retour d'exemption en assurance maladie même s'il (elle) demeure admissible à un autre contrat collectif. Il (elle) peut assurer ses personnes à charge selon les mêmes règles que s'il (elle) était un(e) nouvel(le) employé(e). La nouvelle protection demandée entre en vigueur à la date de l'événement si l'employé(e) a soumis une demande de changement dans les 30 jours suivant la date de cet événement. Sinon, la garantie d'assurance maladie entre en vigueur à la date à laquelle l'Assureur reçoit la demande. Pour la garantie d'assurance soins dentaires, l'employé(e) devra soumettre une nouvelle demande pendant la période d'ouverture prévue du 1^{er} au 30 novembre de chaque année et la garantie entrera en vigueur le 1^{er} janvier de l'année suivant la date de la demande.

Assurance vie : L'employé(e) peut également assurer ses personnes à charge. Si le délai de 30 jours n'est pas respecté, des preuves d'assurabilité seront exigées pour la personne à protéger. Ces conditions ne s'appliquent pas pour l'assurance vie additionnelle pour laquelle des preuves d'assurabilité sont requises en tout temps.

Assurance invalidité de longue durée : L'employé(e) devra obligatoirement adhérer à la garantie d'assurance invalidité de longue durée.

Lors de l'acquisition de la permanence, l'assurance invalidité de longue durée est accordée rétroactivement à la date de début de session. Pour les garanties d'assurance maladie, d'assurance soins dentaires et d'assurance vie, l'employé(e) dispose d'une période de 30 jours suivant la date à laquelle sa permanence lui est confirmée pour adhérer. La protection entre alors en vigueur à la date de confirmation de la permanence.

L'employé(e) doit être effectivement au travail à ce moment afin d'adhérer à toute garantie d'assurance. Autrement, il (elle) pourra adhérer dans les 30 jours suivant la date de son retour au travail.

7. Bénéficiaire

Toute personne adhérente peut désigner un bénéficiaire ou changer un bénéficiaire déjà désigné, ou déclarer que l'assurance est payable aux ayants droit, sur déclaration écrite, signée et déposée au siège social de l'Assureur, le tout sujet aux dispositions de la Loi. L'Assureur n'est pas responsable de la validité juridique de tout changement de bénéficiaire.

Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant la personne adhérente retournent à cette dernière. Si, au moment du décès de la personne adhérente, cette dernière n'a pas désigné de bénéficiaire par écrit, le montant d'assurance est payable aux ayants droit de la personne adhérente.

Advenant le décès de la personne conjointe d'une personne adhérente ou de l'un de ses enfants à charge, les prestations sont payables à la personne adhérente.

8. Exonération des primes pour une personne invalide

L'assurance d'une personne adhérente (et de ses personnes à charge, le cas échéant) qui devient invalide avant la date effective de la retraite est maintenue en vigueur sans paiement des primes tant que dure l'invalidité, pourvu que le contrat demeure en vigueur et qu'une telle personne adhérente invalide n'ait pas atteint l'âge de 65 ans.

a) Garanties d'assurance maladie et soins dentaires

L'exonération des primes s'applique après l'expiration d'un délai de carence de 104 semaines auquel s'ajoute, le cas échéant, l'épuisement de la réserve des congés de maladie.

b) Garanties d'assurance vie (vie de base – vie des personnes à charge – vie additionnelle – maladies graves)

Pour toute invalidité ayant débuté avant le 1^{er} janvier 2008

Les modalités en vigueur à la date de début de l'invalidité s'appliquent.

Pour une invalidité ayant débuté le ou après le 1^{er} janvier 2008

L'exonération des primes s'applique après l'expiration d'une période de 30 jours suivant le début de l'invalidité.

c) Garantie d'assurance invalidité de courte durée (secteur privé ou universitaire)

L'exonération des primes s'applique à compter du premier versement de la prestation d'invalidité de courte durée.

d) Garantie d'assurance invalidité de longue durée

Pour toute invalidité ayant débuté avant le 1^{er} janvier 2008

Les modalités en vigueur à la date de début de l'invalidité s'appliquent.

Pour une invalidité ayant débuté le ou après le 1^{er} janvier 2008

L'exonération des primes s'applique après l'expiration d'une période de 30 jours suivant le début de l'invalidité.

9. Transformation

L'assurance vie de base et l'assurance vie additionnelle s'il y a lieu, d'une personne adhérente qui quitte son emploi pour une raison autre que la mise à la retraite sont transformables en assurance permanente ou temporaire selon les plans offerts par l'Assureur, à la condition qu'elle en fasse la demande dans les 31 jours de la cessation d'emploi.

Le montant d'assurance vie (base et additionnelle) de la personne conjointe est transformable au décès de la personne adhérente ou à la cessation d'emploi de celle-ci si cet événement survient avant l'âge de la retraite de la personne adhérente.

10. Prolongation des garanties pour les personnes à charge d'une personne adhérente décédée

À la suite du décès de la personne adhérente, les garanties d'assurance maladie et soins dentaires, s'il y a lieu, sont maintenues selon le niveau de protection détenu sans paiement de prime pour une période de 90 jours. Après 90 jours, un droit de transformation pour une police individuelle d'assurance maladie complémentaire au régime médicaments de la Régie d'assurance maladie du Québec incluant le remboursement de médicaments prescrits non couverts par la RAMQ est possible pour les personnes à charge survivantes (conjoint ou leurs enfants).

De plus, elles peuvent demeurer assurées pour l'ensemble des garanties d'assurance vie qui étaient détenues par la personne adhérente pour ses personnes à charge, avec paiement de primes, si elles avisent l'Assureur de leur intention dans les 90 jours suivant la date du décès.

À noter que la part de l'employeur, le cas échéant, est alors assumée par la personne assurée. L'Assureur fait parvenir annuellement la facture à acquitter.

11. Maintien de la participation à l'assurance lors de congés

Sous réserve des dispositions de la convention collective, une personne adhérente qui bénéficie d'un congé demeure assurée, avec paiement de primes pour les garanties d'assurance maladie et d'assurance soins dentaires. Pour ce qui est des autres garanties, une personne adhérente qui bénéficie d'un congé peut maintenir en vigueur au début du congé une ou plusieurs garanties, en payant la prime totale, y compris la part de l'employeur, le cas échéant. Tous les montants d'assurance, de prestations et de primes des garanties maintenues sont alors établis sur le salaire annuel de base de la personne adhérente au moment de son départ. Aucune rente en cas d'invalidité totale ne sera versée avant la date prévue de la terminaison du congé sans solde.

Si la personne adhérente n'a pas maintenu toutes ses garanties en vigueur, celle-ci n'aura droit de reprendre les garanties qu'elle détenait au début de son congé que lors de son retour au travail actif. La remise en vigueur des garanties s'effectuera sans preuves d'assurabilité si la personne adhérente fait sa demande dans les 30 jours de son retour au travail actif.

Lors d'un programme volontaire de réduction de travail, la personne adhérente peut maintenir ses garanties d'assurance vie et d'assurance invalidité en vigueur. Tous les montants d'assurance, de prestations et de primes des garanties maintenues sont alors établis sur le salaire annuel de base que la personne adhérente avait immédiatement avant de participer à un tel programme.

12. Congé à traitement différé ou anticipé et retraite progressive

L'assurance d'une personne adhérente qui participe à un programme de congé à traitement différé ou anticipé, ou à un programme de retraite progressive, demeure en vigueur. Tous les montants d'assurance, de prestations et de primes des garanties maintenues sont alors établis sur le salaire annuel de base que la personne adhérente aurait reçu si elle n'avait pas participé à un tel programme. Toute invalidité survenue pendant un tel congé est présumée débiter à la même date que celle visée par l'application de la convention collective pour déterminer la période d'assurance traitement.

13. Mise en disponibilité

Une personne adhérente en disponibilité conformément à sa convention collective ou à des dispositions en tenant lieu par la loi, conserve son droit

à l'assurance. Les montants d'assurance auxquels elle a droit sont basés sur le salaire qu'elle recevrait si elle n'avait pas été mise en disponibilité. Toutefois, la personne adhérente peut demander une diminution de ses montants d'assurance pour que ces derniers soient basés sur le salaire qu'elle reçoit effectivement à la suite de sa mise en disponibilité en avisant son employeur par écrit dans les 30 jours de sa mise en disponibilité. Aucune autre demande n'est acceptée.

14. Congés, mise à pied, grève, lock-out ou congédiement

Lorsqu'une personne adhérente cesse temporairement d'être au travail en raison d'un congé, d'une mise à pied, d'une grève ou d'un lock-out, l'assurance demeure en vigueur pourvu que les primes régulières continuent d'être versées. Le congédiement d'une personne adhérente contesté par grief ou judiciairement est considéré aux fins de l'assurance comme une mise à pied temporaire se terminant à la date du jugement final de l'affaire en cause.

15. Fin de l'assurance

PERSONNE ADHÉRENTE

Assurance vie

Sous réserve des dispositions relatives à l'« exonération du paiement des primes », « prolongation » et « droit de transformation », l'assurance de toute personne adhérente se termine à la première des dates suivantes :

- La date de terminaison du contrat ou de la garantie.
- La date précédant la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée.
- La date à laquelle une personne adhérente cesse d'être à l'emploi, sauf en cas d'invalidité ; toutefois, le transfert ou la mutation d'une personne adhérente d'un employeur à un autre dont le contrat d'assurance relève du Preneur, n'est pas considéré comme une cessation d'emploi.

Un(e) employé(e) non permanent(e) au sens de la convention collective est présumé en cessation d'emploi le premier jour de la session suivant celle de son contrat, sans excéder une période de 2 mois suivant la date de fin de son contrat, à moins qu'il (elle) ne mette fin à sa participation à l'assurance, auquel cas son assurance se termine à la date de fin de son contrat.

- La date de la réception par l'Assureur de l'avis écrit d'une personne adhérente qui désire mettre fin à son assurance en vertu de cette garantie ou à la date de terminaison inscrite sur cet avis, selon la plus éloignée.
- La date effective de sa retraite ou de sa retraite graduelle pour la garantie d'assurance vie de base.
- La date de son 70^e anniversaire de naissance ou sa date de mise à la retraite, si antérieure, pour la garantie d'assurance vie additionnelle.
- La fin de la période de 5 ans qui suit la terminaison de son invalidité, pour un(e) employé(e) invalide réadapté(e) dans un emploi ne comportant pas de garanties similaires à celles détenues en vertu du présent contrat.

L'**assurance maladies graves** se termine à la première des dates suivantes :

- La date de terminaison de l'assurance vie de base.
- La date à laquelle l'Assureur reçoit la demande écrite de terminaison de l'adhérent qui a reçu le montant maximal d'assurance prévu à vie, tel qu'indiqué au **Sommaire des garanties de la présente brochure**.
- La date effective de la retraite.

Assurance maladie

Sous réserve des dispositions relatives à l'« exonération du paiement des primes » et « prolongation », l'assurance d'une personne adhérente se termine à la première des dates suivantes :

- La date de terminaison du contrat.
- Dans le cas où la prime n'est pas payée, 30 jours après l'envoi d'un avis à cet effet par l'Assureur à la dernière adresse connue de la personne adhérente.
- La date à laquelle une personne adhérente cesse d'être à l'emploi, sauf en cas d'invalidité ; toutefois, le transfert ou la mutation d'une personne adhérente d'un employeur à un autre dont le contrat d'assurance relève du Preneur, n'est pas considéré comme une cessation d'emploi.

Pour un(e) employé(e) non permanent(e), l'assurance est maintenue jusqu'au premier jour de la session suivante, sans excéder une période de 2 mois suivant la date de fin de son contrat.

- La date à laquelle l'assurance en vertu de l'autre régime d'assurance collective débute pour une personne adhérente qui met fin à son assurance en se prévalant du droit d'exemption. La demande doit être présentée dans les 30 jours de l'entrée en vigueur de l'autre régime sinon la protection prendra fin à la date de réception de la demande par l'Assureur ;

- La date effective de sa retraite ou de sa retraite graduelle.
- La fin de la période de 5 ans qui suit la terminaison de son invalidité, pour un(e) employé(e) invalide réadapté(e) dans un emploi ne comportant pas de garantie similaire à celle détenue en vertu du présent contrat.

Assurance soins dentaires

Sous réserve des dispositions relatives à l'« exonération du paiement des primes », l'assurance de la personne adhérente se termine à la première des dates suivantes :

- La date de terminaison du contrat ou de la présente garantie.
- Le 1^{er} janvier qui suit la date de la réception par l'Assureur de l'avis écrit d'une personne adhérente qui désire mettre fin à son assurance en autant que la période de participation minimale soit complétée. L'avis doit être présenté au cours de la période d'inscription du 1^{er} au 30 novembre de chaque année.
- La date à laquelle une personne adhérente cesse d'être à l'emploi, sauf en cas d'invalidité ; toutefois, le transfert ou la mutation d'une personne adhérente d'un employeur à un autre dont le contrat d'assurance relève du Preneur, n'est pas considéré comme une cessation d'emploi.

Pour un(e) employé(e) non permanent(e), l'assurance est maintenue jusqu'au premier jour de la session suivante, sans excéder une période de 2 mois suivant la date de fin de son contrat.

- La date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée.
- La date effective de la retraite ou de la retraite graduelle.

Assurance invalidité de courte durée

Sous réserve des dispositions relatives à l'« exonération du paiement des primes » et à la « prolongation », l'assurance de toute personne adhérente se termine à la première des dates suivantes :

- La date de terminaison du contrat ou de la garantie.

La date à laquelle une personne adhérente cesse d'être à l'emploi, sauf en cas d'invalidité ; toutefois, le transfert ou la mutation d'une personne adhérente d'un employeur à un autre dont le contrat d'assurance relève du Preneur, n'est pas considéré comme une cessation d'emploi.

Un(e) employé(e) non permanent(e) au sens de la convention collective est présumé en cessation d'emploi le premier jour de la session suivant celle

de son contrat, sans excéder une période de 2 mois suivant la date de fin de son contrat, à moins qu'il (elle) ne mette fin à sa participation à l'assurance, auquel cas son assurance se termine à la date de fin de son contrat.

- La date effective de la retraite ou de la retraite graduelle.
- La date précédant la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée.
- La fin de la période de 5 ans qui suit la terminaison de son invalidité, pour un(e) employé(e) invalide réadapté(e) dans un emploi ne comportant pas de garantie similaire à celle détenue en vertu du présent contrat.

Assurance invalidité de longue durée

Sous réserve des dispositions relatives à l'« exonération du paiement des primes » et à la « prolongation », l'assurance de toute personne adhérente se termine à la première des dates suivantes :

- La date de terminaison du contrat ou de la garantie.
- La date effective de la retraite ou de la retraite graduelle.
- La date de son 63^e anniversaire de naissance.
- La date précédant la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée.
- La date de la réception par l'Assureur de l'avis écrit de la personne adhérente ou à la date de terminaison inscrite dans un tel avis, selon la plus éloignée, pour la personne adhérente qui désire mettre fin à son assurance, en vertu de la garantie d'assurance invalidité de longue durée, dans les 2 années précédant son admissibilité à la retraite sans réduction actuarielle.
- La fin de la période de 5 ans qui suit la terminaison de son invalidité, pour un(e) employé(e) invalide réadapté(e) dans un emploi ne comportant pas de garantie similaire à celle détenues en vertu du présent contrat.

PERSONNE À CHARGE

Sous réserve des dispositions relatives à l'« exonération du paiement des primes », à la « prolongation » et au « droit de transformation », l'assurance d'une personne à charge se termine à la première des dates suivantes :

Assurance vie

- La date de terminaison de l'assurance de la personne adhérente.
- La date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge.

- La date du 70^e anniversaire de naissance de la personne adhérente ou celle du conjoint pour la garantie d'assurance vie additionnelle du conjoint.
- La date à laquelle il (elle) cesse de répondre à la définition de « conjoint ».

Assurance maladie

- La date de terminaison de l'assurance de la personne adhérente.
- La date à laquelle l'assurance en vertu de l'autre régime d'assurance collective débute pour une personne adhérente qui met fin à son assurance en se prévalant du droit d'exemption. La demande doit être présentée dans les 30 jours de l'entrée en vigueur de l'autre régime sinon la protection prendra fin à la date de réception de la demande par l'Assureur ;
- La date à laquelle il (elle) cesse d'être considéré(e) comme personne à charge suivant la définition de « personne à charge ».

Assurance soins dentaires

- La date de terminaison de l'assurance de la personne adhérente.
- La date à laquelle il (elle) cesse d'être considéré(e) comme personne à charge suivant la définition de « personne à charge ».
- Le 1^{er} janvier qui suit la date de la réception par l'Assureur de l'avis écrit d'une personne adhérente qui désire mettre fin à son assurance en autant que la période de participation minimale soit complétée. L'avis doit être présenté au cours de la période d'inscription du 1^{er} au 30 novembre de chaque année.
- La date à laquelle la personne à charge cesse d'être couverte par la garantie d'assurance maladie du présent contrat, sauf si l'assurance maladie prend fin en raison d'une exemption. Dans ce cas, la personne adhérente devra démontrer que la personne à charge est couverte par un autre régime collectif d'assurance soins dentaires comportant des protections similaires.

16. Régime offert à la retraite

Un régime d'assurance collective est offert à tous les membres retraités des syndicats représentés au comité d'assurance FNEEQ (CSN) et affiliés à la FNEEQ (CSN) assurés en vertu du contrat 1008-1010. Ce contrat est détenu par la Fédération nationale des enseignantes et des enseignants du Québec FNEEQ (CSN) et l'Association des retraités enseignants de la FNEEQ (AREF). Il s'agit du contrat 1011.

Les garanties offertes sont les suivantes :

ASSURANCE MALADIE

Les personnes retraitées sont admissibles à la garantie d'assurance maladie à compter de la date effective de leur retraite. **L'adhésion est obligatoire pour la personne retraitée âgée de moins de 65 ans, sous réserve du droit d'exemption.**

À compter de 65 ans, une personne retraitée qui refuse ou cesse d'adhérer à la garantie d'assurance maladie ne peut y adhérer de nouveau, sauf si elle s'est prévalu de son droit d'exemption.

ASSURANCE VIE

Les personnes retraitées sont admissibles, sans preuves d'assurabilité, à la garantie d'assurance vie à compter de la date effective de leur retraite si elles étaient couvertes en vertu de la garantie d'assurance vie du contrat des employés actifs immédiatement avant leur retraite.

Une personne retraitée qui refuse ou cesse d'adhérer à la garantie d'assurance vie ne peut y adhérer de nouveau.

SALARIÉ(E) RETRAITÉ(E) RÉEMBAUCHÉ(E)

Tout(e) salarié(e) retraité(e) qui est assuré(e) en vertu du contrat offert conjointement par l'AREF et la FNEEQ (CSN) et qui est réembauché(e) à titre d'employé(e) demeure couvert(e) par le régime offert aux personnes retraitées.

DEMANDE DE PRESTATIONS

Assurance maladie

MÉDICAMENTS : SERVICE DE PAIEMENT AUTOMATISÉ DIFFÉRÉ

Pour l'achat de médicaments, la personne assurée présente au pharmacien sa carte de services sur laquelle est indiqué son numéro d'identification. La demande de prestations est transmise automatiquement à l'Assureur, cependant, la personne assurée doit acquitter entièrement le coût des médicaments qu'elle achète. La Capitale émettra un remboursement à la personne adhérente à la première des éventualités suivantes : l'accumulation de 75 \$ de frais réclamés ou après un délai de 14 jours.

AUTRES FRAIS

La personne adhérente doit faire parvenir au siège social de l'Assureur le **formulaire de demande de prestations** dûment rempli, daté et signé. Il est important de suivre les indications inscrites sur le formulaire et de joindre les factures originales et les reçus officiels des frais réclamés. Veuillez conserver vos copies de reçus, car les originaux ne vous seront pas retournés. En ce qui concerne les frais d'hospitalisation, la personne assurée présente sa carte de services à l'hôpital, lequel fera parvenir par la suite la demande de prestations directement à l'Assureur. Il est nécessaire de mentionner le numéro du groupe, de l'employeur ainsi que le numéro d'identification de la personne adhérente. Vous devez réclamer à l'intérieur des 12 mois qui suivent la date où les frais ont été encourus. Nous vous suggérons de réclamer à tous les 3 mois.

FRAIS HOSPITALIERS OU MÉDICAUX À LA SUITE D'UNE LÉSION PROFESSIONNELLE

Dans le cas d'une lésion professionnelle, il est à noter que tous les frais médicaux ou d'hospitalisation en découlant sont remboursables par la CSST. Ces frais doivent être présentés à la CSST et non à La Capitale.

Assurance soins dentaires (s'il y a lieu)

Le formulaire de demande de prestations comprend 2 parties : la première doit être remplie par le dentiste et l'autre par la personne adhérente. Lorsque les 2 parties sont remplies, la personne adhérente doit retourner le formulaire à l'Assureur. Toute demande de prestations doit être présentée à l'Assureur dans les 12 mois qui suivent la date où les frais ont été encourus.

DÉPÔT DIRECT DES PRESTATIONS MALADIE ET SOINS DENTAIRE (S'IL Y A LIEU)

Pour adhérer à ce service, rien de plus simple. Il vous suffit de remplir le formulaire d'adhésion disponible chez votre employeur et de nous le retourner dûment rempli. Sur acceptation de votre demande de prestations, celles-ci seront déposées dans votre compte. Un relevé vous sera émis, vous confirmant le montant déposé et la date du traitement de votre réclamation.

Assurance vie

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

Assurance invalidité

Les prestations mensuelles sont payables à la personne adhérente après l'expiration du délai de carence. Le formulaire de demande de prestations doit être rempli par la personne adhérente, l'employeur et le médecin traitant et remis le plus tôt possible à l'Assureur. Notamment pour une demande de prestations d'assurance invalidité de longue durée suivant le versement de prestations de courte durée par l'employeur, il serait souhaitable que la demande soit acheminée à l'Assureur 4 mois avant la date prévue du début du versement des prestations de longue durée afin d'éviter tout délai dans le versement des prestations.



POUR JOINDRE LA CAPITALE ASSURANCES ET GESTION DU PATRIMOINE INC.

QUÉBEC	MONTRÉAL
625, rue Saint-Amable	Bureau 820
Case postale 1500	425, boul. de Maisonneuve O.
Québec (Québec) G1K 8X9	Montréal (Québec) H3A 3G5
418 644-4200	514 873-6506

Pour obtenir des formulaires ou pour consulter la brochure en ligne :

www.lacapitale.com

www.fneeq.qc.ca

Si vous désirez rencontrer l'agent responsable de votre dossier, veuillez prendre rendez-vous pendant les heures d'ouverture, soit du lundi au vendredi entre 8 h 30 et 17 h, avant de vous présenter à nos bureaux.

Numéro sans frais : 1 800 463-4856

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

