

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

administré par



La Capitale

Assureur de
l'administration publique



FÉDÉRATION
AUTONOME DE
L'ENSEIGNEMENT

Contrat 009995

Fédération autonome de l'enseignement

Régime modifié le 1^{er} janvier 2018

Avec la collaboration de



IMPORTANT

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

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



100 %

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

TABLE DES MATIÈRES

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	5
1. Définitions	5
2. Admissibilité	12
3. Participation	12
4. Entrée en vigueur de l'assurance	18
5. Renouvellement de contrat de travail (enseignantes et enseignants de commissions scolaires seulement)	21
6. Continuation de l'assurance en cas d'interruption de travail	23
7. Droit de transformation	27
8. Exonération des primes en cas d'invalidité totale	29
9. Bénéficiaire	30
10. Fin de l'assurance	30
11. Régimes d'assurance disponibles pour les personnes retraitées	34
RÉGIMES D'ASSURANCE	37
RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE MALADIE	37
Tableau des garanties	37
Description des garanties	46
RÉGIME COMPLÉMENTAIRE 2 – ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE OBLIGATOIRE	60
1. Période de prestations	60
2. Délai de carence	61
3. Montant des prestations	61
4. Réduction des prestations	61
5. Indexation	64
6. Programme de réadaptation	64
7. Exclusions et réduction du régime	64
8. Supplément aux prestations de l'assurance-emploi ou de l'assurance parentale en raison de grossesse	65
RÉGIME COMPLÉMENTAIRE 3 – ASSURANCE VIE	66
1. Régime d'assurance vie de la personne adhérente	66
2. Régime d'assurance vie des personnes à charge	67
3. Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale	68

Renseignements
généraux

Régimes
d'assurance

Demande
de prestations

Assurance voyage

Assurance annulation
de voyage

La Capitale répond
à vos questions

DEMANDE DE PRESTATIONS	71
Assurance maladie	
Médicaments – Service de paiement automatisé différé.	71
Autres frais	71
Dépôt direct des prestations d'assurance maladie	71
Assurance vie	72
Assurance invalidité	72
ASSURANCE VOYAGE	73
1. Frais admissibles	74
2. Affectation à l'extérieur de la province de résidence.	77
3. Limitations	77
4. Exclusions et réduction de la garantie d'assurance voyage	78
5. Demande de prestations	79
6. Coordination des prestations	80
ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE	81
1. Causes d'annulation ou d'interruption	81
2. Frais couverts	83
3. Exclusions de la garantie d'assurance annulation de voyage.	85
4. Délais pour demander l'annulation	86
5. Coordination	86
LA CAPITALE RÉPOND À VOS QUESTIONS	87

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. Définitions

ACCIDENT

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

ACTIVITÉ À CARACTÈRE COMMERCIAL

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

ÂGE

L'âge au dernier anniversaire de naissance de la personne en cause au moment où il est calculé ou le jour où un événement prévu au contrat se produit.

ASSISTEUR

CanAssistance ou toute autre entreprise d'assistance désignée par La Capitale.

ASSOCIÉ EN AFFAIRES

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

CENTRE HOSPITALIER

Un centre hospitalier au sens de la Loi sur les services de la santé et des services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2), excluant les centres hospitaliers privés autofinancés au sens de cette loi. En cas d'hospitalisation hors Québec, cette définition s'applique également à tout établissement reconnu et accrédité comme centre hospitalier par les autorités compétentes dont l'établissement relève, exception faite des maisons de repos, des stations thermales ou autres établissements analogues.

COMPAGNON DE VOYAGE

La personne avec qui 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.

DATE DE MISE À LA RETRAITE

Date à laquelle une personne employée débute sa retraite selon le régime de retraite auquel elle participe, ou selon la convention de travail en vigueur chez l'employeur ou selon la pratique en usage chez l'employeur.

DÉLAI DE CARENCE

Une période qui commence au début d'une période d'invalidité totale et pendant laquelle aucune prestation d'invalidité n'est payable.

DENTISTE

Toute personne membre de l'Ordre des dentistes du Québec ou d'une association professionnelle reconnue par l'autorité législative ayant juridiction où le dentiste exerce.

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 voyages, de même qu'une somme déboursée par la personne assurée relativement aux frais d'inscription pour une activité à caractère commercial.

FRANCHISE

La partie des dépenses admissibles pour laquelle la personne assurée n'a droit à aucun remboursement de la part de La Capitale.

HOSPITALISATION

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

HÔTE À DESTINATION

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

INVALIDITÉ TOTALE

Régime A

Un état d'incapacité, résultant d'une maladie ou d'un accident nécessitant des soins médicaux continus et qui, pendant les 48 premiers mois, rend la personne adhérente incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou tout autre emploi analogue qui lui est offert par l'employeur et, après 48 mois, quoique n'exigeant pas nécessairement des soins médicaux continus, empêche effectivement la personne adhérente d'exercer toute activité rémunératrice pour laquelle elle possède des aptitudes raisonnables compte tenu de son éducation, de sa formation ou de son expérience. L'invalidité totale est déterminée sans qu'il soit tenu compte de l'existence ou de la disponibilité d'un tel emploi ou activité.

Régime B

Un état d'incapacité, résultant d'une maladie ou d'un accident, nécessitant des soins médicaux et qui rend la personne adhérente totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou tout autre emploi analogue qui lui est offert par l'employeur et qui comporte une rémunération similaire.

MALADIE

Altération organique ou fonctionnelle considérée dans son évolution et comme une entité devant être définie par un médecin, à l'inclusion de toute complication résultant de la grossesse, d'une intervention chirurgicale reliée directement à la planification familiale ou d'une absence due à un don d'organes ou de moelle osseuse.

MÉDECIN

Toute personne membre de l'Ordre des Médecins et autorisée à fournir des services médicaux selon la Loi médicale (L.R.Q., c. M-9) ou toute autre loi au même effet du lieu où sont rendus les services.

NON-FUMEUR

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

PÉRIODE D'INVALIDITÉ

Toute période continue d'invalidité, ou une suite de périodes successives séparées par moins de 35 jours¹ de travail effectif à temps plein ou de disponibilité pour un travail à temps plein, à moins que la personne adhérente n'établisse de façon satisfaisante qu'une période subséquente est attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente.

1. lire « 8 jours » au lieu de « 35 jours » si la période continue d'invalidité qui précède son retour au travail est égale ou inférieure à trois mois de calendrier à l'exclusion de la période se situant entre la fin d'une année de travail et le début de l'année de travail subséquente et les périodes de vacances annuelles pour les enseignantes ou enseignants à l'éducation des adultes ou en formation professionnelle, le cas échéant.

PERSONNE À CHARGE

Personne conjointe

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

- i) est marié ou uni civilement à la personne adhérente ; ou
- ii) vit maritalement avec elle depuis un an, ou depuis moins d'un an si elle est le père ou la mère d'un enfant de la personne adhérente ; ou
- iii) vit maritalement avec la personne adhérente et avait déjà ainsi vécu maritalement avec cette personne adhérente tout au long d'une période d'au moins un an.

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

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

Si la personne adhérente a une personne conjointe répondant à la définition en i) et une autre personne conjointe répondant à la définition en ii) ou iii), La Capitale reconnaîtra comme personne conjointe celle que la personne adhérente lui aura désignée par avis écrit. La personne conjointe doit être la même pour toutes les garanties du contrat.

Enfant à charge

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

- i) une personne âgée de moins de 18 ans à l'égard de laquelle la personne adhérente ou sa personne conjointe exerce l'autorité parentale ;
- ii) une personne sans personne conjointe, 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 sa personne conjointe exercerait l'autorité parentale si elle était mineure ;

De plus, un enfant à charge en congé sabbatique scolaire peut maintenir son statut d'enfant à charge pourvu que la personne adhérente remplisse les modalités suivantes :

- une demande écrite, préalable au congé, doit être soumise à La Capitale et acceptée par cette dernière avant le début du congé ;
- la demande doit indiquer la date du début de congé sabbatique.

Le congé sabbatique n'est accepté qu'une seule fois, à vie, pour chaque enfant à charge.

Le congé sabbatique ne peut excéder 12 mois, sous réserve de l'admissibilité à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), et doit se terminer au début d'une année ou d'une session scolaire (septembre ou janvier).

- iii) une personne majeure domiciliée chez la personne adhérente, sans personne conjointe, à l'égard de laquelle la personne adhérente ou sa personne conjointe exercerait l'autorité parentale si elle était mineure, et atteinte d'une invalidité totale ou d'une déficience fonctionnelle visée dans un règlement du gouvernement survenue alors qu'elle satisfaisait à l'une ou l'autre des conditions précédentes et qu'elle est demeurée totalement et continuellement invalide depuis cette date.

La notion d'autorité parentale à l'égard d'une personne autre qu'un enfant de la personne adhérente ou de sa personne conjointe 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.

PERSONNE ADHÉRENTE

Une personne employée qui est admissible à l'assurance et qui est assurée en vertu du présent contrat.

PERSONNE ASSURÉE

Une personne adhérente ou l'une des personnes à sa charge et assurée en vertu de ce contrat.

PERSONNE EMPLOYÉE

Toute personne visée par une entente nationale ou par une convention collective de travail conclue avec le Preneur ou un des syndicats affiliés au Preneur ou en entente de service et qui est admissible au régime d'assurance selon les critères d'admissibilité prévus à l'entente nationale ou à la convention collective.

PERSONNE EMPLOYÉE AU TRAVAIL

Se dit d'une personne employée qui exécute son travail comme prévu au contrat de travail le liant à l'employeur.

PERSONNE RETRAITÉE

Une personne ayant opté pour sa mise à la retraite alors qu'elle était considérée comme employée au terme de ce contrat ou des contrats antérieurs.

PREUVES D'ASSURABILITÉ

Des preuves jugées satisfaisantes par La Capitale pour déterminer si une personne adhérente ou ses personnes à charge peuvent être admises à l'assurance compte tenu de leur état de santé et de leurs habitudes de vie.

PROCHE PARENT

La personne conjointe, 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, les petits enfants, le demi-frère et la demi-soeur de la personne assurée.

PROGRAMME DE RÉADAPTATION

S'entend d'un programme approuvé par écrit par La Capitale pour une personne adhérente et qui consiste :

- soit en une activité rémunératrice à temps plein ou partiel qu'exerce la personne adhérente invalide ;
- soit en un cours de formation professionnelle ou un travail en vue de la réadaptation.

RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE MÉDICAMENTS

Régime général d'assurance médicaments administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

STATUT DE PROTECTION FAMILIAL

Désigne le statut de protection de la personne adhérente qui assure sa personne conjointe et ses enfants à charge ou uniquement sa personne conjointe.

STATUT DE PROTECTION INDIVIDUEL

Désigne le statut de protection de la personne adhérente qui est assurée seule sans personne conjointe ni enfant à charge.

STATUT DE PROTECTION MONOPARENTAL

Désigne le statut de protection de la personne adhérente qui n'a pas de conjoint tel que défini au contrat et qui assure ses enfants à charge.

TRAITEMENT ANNUEL

La rémunération en monnaie courante calculée sur une base annuelle, selon la convention collective qui s'applique, incluant les primes pour disparités régionales et toute rétroactivité salariale, mais excluant tout boni, toute rétribution de temps supplémentaire et toute prime de séparation. Pour les enseignantes et les enseignants, cette rémunération est basée sur le traitement annuel servant aux fins du calcul des prestations du régime d'assurance salaire prévu à l'entente nationale.

Pour toute personne employée à temps partiel, le traitement est calculé au prorata du temps qu'elle travaille par rapport à la semaine régulière de la personne employée à temps plein. Toutefois, pour la personne enseignant à temps partiel, le traitement est calculé au prorata de la charge d'enseignement qu'elle assume par rapport à la charge individuelle d'enseignement à temps plein.

Pour tous les cas, le traitement annuel utilisé pour fins de cotisation de la prime est celui défini aux paragraphes précédents alors que le traitement annuel utilisé pour l'établissement des prestations est celui défini aux paragraphes précédents, sans toutefois jamais être inférieur à 14 400 \$.

TRAITEMENT HEBDOMADAIRE

1/52 du traitement annuel. Toutefois pour les personnes employées qui reçoivent leur traitement annuel sur une période inférieure à douze mois, le traitement hebdomadaire est obtenu en divisant le traitement annuel par le nombre de périodes de paie prévu pour le versement de leur traitement.

VOYAGE

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

2. Admissibilité

Toute personne employée qui fait partie de l'une des catégories suivantes est admissible à l'assurance à compter de la date de son entrée en service :

- Personnel enseignant (commissions scolaires) ;
- Personnel à l'emploi du syndicat ;
- Toute autre personne membre du syndicat.

3. Participation

A – Régime d'assurance maladie – Obligatoire

La participation à un des régimes d'assurance maladie est obligatoire pour toute personne employée ainsi que pour ses personnes à charge, le cas échéant, pourvu qu'elles soient admissibles à l'assurance. La demande d'adhésion doit être transmise par écrit à La Capitale avant l'expiration d'un délai de 30 jours suivant la date à laquelle la personne employée devient admissible.

Toute personne employée ayant présenté sa demande d'adhésion après ce délai se verra attribuer, par défaut, le statut de protection individuel dans le régime d'assurance maladie 1. Si la personne employée a demandé un statut de protection monoparental ou familial, ou une exemption, le statut de protection demandé est accordé dans le régime d'assurance maladie 1 à compter du premier jour de la période de paie suivant la date à laquelle La Capitale reçoit la demande.

Les autres régimes d'assurance maladie seront sujets à des preuves d'assurabilité à la satisfaction de La Capitale.

La personne employée doit adhérer à l'un ou l'autre des régimes d'assurance maladie suivants :

- Régime d'assurance maladie 1 ;
- Régime d'assurance maladie 2 ; la durée minimale de participation à ce régime est de 12 mois, pour toute personne adhérente et les personnes à sa charge ;
- Régime d'assurance maladie 3 ; la durée minimale de participation à ce régime est de 24 mois, pour toute personne adhérente et les personnes à sa charge.

La personne adhérente ayant une ou des personnes à sa charge doit demander un statut de protection familial ou monoparental, si celui-ci est disponible.

IMPORTANT – LA PERSONNE ADHÉRENTE QUI ATTEINT L'ÂGE DE 65 ANS

Aucune modification n'est apportée à la protection de la personne adhérente qui atteint l'âge de 65 ans. Cette dernière conserve l'ensemble des garanties offertes par son régime d'assurance maladie, y compris la garantie de médicaments, et ce, sans que la prime ne soit modifiée.

Toutefois, selon les règles de la RAMQ, la personne qui atteint l'âge de 65 ans est automatiquement inscrite au Régime général d'assurance médicaments et elle doit donc se désengager de la RAMQ afin d'éviter de payer la prime relative au Régime général d'assurance médicaments. La personne qui maintient son inscription à la RAMQ peut cependant s'exempter de participer au régime collectif et adhérer au produit individuel offert par La Capitale pour les autres garanties faisant partie du régime d'assurance maladie.

– DROIT D'EXEMPTION

Une personne admissible à l'assurance peut, moyennant un préavis écrit à l'employeur, refuser ou cesser de participer au régime d'assurance maladie, à la condition qu'elle atteste, à la satisfaction de La Capitale, qu'elle est assurée en vertu d'un contrat collectif d'assurance ou d'un régime d'avantages sociaux comportant des protections similaires. La demande d'exemption doit être reçue par l'employeur dans les 30 jours suivant le début de l'assurance permettant l'exemption.

Pour toute personne admissible à l'assurance ayant présenté sa demande d'exemption à l'intérieur de ce délai, l'exemption s'applique rétroactivement à la date de prise d'effet du régime permettant l'exemption.

Toutefois, pour toute personne admissible à l'assurance ayant présenté sa demande d'exemption après ce délai, l'exemption prend effet le premier jour de la période de paie suivant la date de réception de la demande par La Capitale.

La personne qui participe au régime d'assurance maladie 2 ou maladie 3 peut s'exempter même si la période minimale de participation de 12 ou 24 mois n'est pas complétée.

Même si une personne adhérente est exemptée du régime d'assurance maladie, elle a l'obligation de participer au régime complémentaire 2 d'assurance invalidité de longue durée et elle doit également adhérer au régime complémentaire 3 d'assurance vie, sous réserve du droit de retrait prévu au point « C – Participation au régime complémentaire 3 d'assurance vie » de la présente section.

– TERMINAISON D'EXEMPTION

Une personne exemptée du régime d'assurance maladie qui cesse d'être assurée en vertu d'un autre contrat collectif peut commencer ou recommencer à participer au présent régime d'assurance maladie sous réserve de ce qui suit :

- Demande de fin d'exemption reçue par La Capitale dans les 30 jours suivant la cessation de l'assurance ayant permis l'exemption :

La personne adhérente peut choisir l'un ou l'autre des 3 régimes d'assurance maladie selon le statut de protection désiré, soit individuel, familial ou monoparental. La protection entre en vigueur à la date de cessation de l'assurance ayant permis l'exemption.

- Demande de fin d'exemption reçue par La Capitale plus de 30 jours après la cessation de l'assurance ayant permis l'exemption :

La personne adhérente se verra attribuer, par défaut, le régime d'assurance maladie 1, lequel prendra alors effet le premier jour de la période de paie suivant la date de réception de la demande par La Capitale selon le statut de protection désiré, soit individuel, familial ou monoparental.

Si la personne adhérente désire participer aux régimes d'assurance maladie 2 ou 3, elle doit fournir, à ses frais, des preuves d'assurabilité à la satisfaction de La Capitale. La protection en vertu de ces régimes prend effet le premier jour de la période de paie suivant la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par La Capitale.

– CHANGEMENT AU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

Tout changement du statut de protection ou du régime d'assurance maladie s'effectue selon les modalités prévues à la sous-section « Demande de changement » de la section « Entrée en vigueur de l'assurance ».

■ Augmentation du statut de protection ou du régime d'assurance maladie

La personne adhérente peut augmenter sa protection d'une des façons suivantes :

- a) changer son statut de protection individuel en un statut de protection monoparental ou familial ;
- b) changer son statut de protection monoparental en un statut de protection familial ;
- c) changer le régime d'assurance maladie 1 pour le régime d'assurance maladie 2 ou pour le régime d'assurance maladie 3 ;
- d) changer le régime d'assurance maladie 2 pour le régime d'assurance maladie 3.

■ Réduction du statut de protection ou du régime d'assurance maladie

La personne adhérente peut réduire sa protection d'une des façons suivantes :

- a) changer son statut de protection familial en un statut de protection monoparental ou individuel ;
- b) changer son statut de protection monoparental en un statut de protection individuel ;
- c) changer le régime d'assurance maladie 3 pour le régime d'assurance maladie 2 ou pour le régime d'assurance maladie 1 ;
- d) changer le régime d'assurance maladie 2 pour le régime d'assurance maladie 1.

Toutefois, la personne adhérente doit avoir complété la période minimale de participation de 12 mois au régime d'assurance maladie 2 ou de 24 mois au régime d'assurance maladie 3 avant d'effectuer une réduction du régime d'assurance maladie.

B – Régime complémentaire 2 d'assurance invalidité de longue durée – Obligatoire

La participation au régime d'assurance invalidité de longue durée est obligatoire pour toute personne employée qui y est admissible, sous réserve du droit de renonciation.

La demande d'adhésion doit être transmise par écrit à La Capitale avant l'expiration d'un délai de 30 jours suivant la date à laquelle elle devient admissible. Toute personne employée ayant présenté sa demande d'adhésion après ce délai devra présenter des preuves d'assurabilité à la satisfaction de La Capitale.

Le choix entre les régimes A ou B effectué par le syndicat auquel la personne employée appartient représente le régime d'assurance invalidité de longue durée en vigueur et la définition d'invalidité totale applicable est celle précisée à la section « Définitions », selon le régime retenu par le syndicat.

Le choix du régime effectué par le syndicat est irrévocable jusqu'au 1^{er} janvier qui suit l'échéance d'une période de 36 mois après la date de ce choix.

– DROIT DE RENONCIATION OU D'EXEMPTION

Une personne employée peut refuser ou cesser de participer au régime d'assurance invalidité de longue durée pourvu qu'elle satisfasse à l'une des conditions suivantes :

- Participer exclusivement au Régime de retraite des enseignants (RRE), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite de certains enseignants (RRCE).
- Participer au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) et détenir 33 ans de service ou plus.
- Être âgée de 53 ans ou plus.
- Être membre d'une corporation professionnelle et être couverte en vertu d'un régime d'assurance invalidité de longue durée offert par cette corporation professionnelle, en autant que la protection de ce régime soit équivalente à celle du présent régime.
- Avoir signé une entente de départ pour la retraite (sans possibilité de retour) dans la mesure où il y a deux ans ou moins entre la date de renonciation et la date de départ.

La personne employée qui désire se prévaloir du droit de renonciation ou d'exemption doit aviser La Capitale par écrit et elle ne pourra plus réintégrer le régime d'assurance invalidité de longue durée par la suite, et ce, avec ou sans preuves d'assurabilité.

La renonciation ou l'exemption prend effet le premier jour de la période de paie suivant la réception de la demande par La Capitale.

C – Régime complémentaire 3 d'assurance vie

La participation au régime d'assurance vie est obligatoire pour toute personne employée pour un montant de base de 10 000 \$ et facultative pour tout montant en excédent. Une demande d'adhésion à cet effet doit être transmise par écrit à La Capitale. Toutefois, la personne adhérente peut exercer son droit de retrait lors de l'adhésion initiale ou dans les 90 jours suivant la date d'entrée en vigueur de l'assurance de la personne adhérente en transmettant le formulaire prévu à cet effet à La Capitale. Si la personne adhérente exerce son droit de retrait dans les 90 jours suivant la date d'entrée en vigueur de son assurance, les primes payées sont alors remboursées rétroactivement.

La participation au régime d'assurance vie des personnes à charge est facultative et elle n'est pas conditionnelle à la participation au régime d'assurance vie de la personne adhérente.

Lors de l'adhésion, la personne employée doit choisir la garantie d'assurance vie de la personne adhérente, ou exercer son droit de retrait, et elle peut choisir une des autres garanties suivantes :

- assurance vie de base des personnes à charge ;
- assurance vie additionnelle de la personne conjointe, sous réserve de sa participation à l'assurance vie de base des personnes à charge.

CHANGEMENT DE PROTECTION

- Augmentation de la protection

La personne adhérente peut augmenter sa protection d'une des façons suivantes :

- a) adhérer à la garantie d'assurance vie de la personne adhérente, si elle avait exercé son droit de retrait antérieurement ;
- b) augmenter son montant d'assurance vie ;
- c) adhérer à la garantie d'assurance vie de base des personnes à charge ;
- d) adhérer à la garantie d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe ;
- e) augmenter le montant d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe.

- Réduction de la protection

La personne adhérente peut réduire sa protection de façon suivante :

- a) mettre fin à la garantie d'assurance vie de la personne adhérente en exerçant son droit de retrait dans les 90 jours suivant la date d'entrée en vigueur de son assurance ;
- b) réduire son montant d'assurance vie ;
- c) mettre fin à la garantie d'assurance vie de base des personnes à charge ;
- d) mettre fin à la garantie d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe ;
- e) réduire le montant d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe.

4. Entrée en vigueur de l'assurance

Pour que la protection de chacun des régimes entre en vigueur à l'une ou l'autre des dates spécifiées ci-dessous, l'employé doit être au travail ou en mesure d'accomplir les tâches habituelles de son emploi à cette date, sinon la protection prendra effet à la date effective du retour au travail.

A – Régime d'assurance maladie

- DEMANDE D'ADHÉSION INITIALE

Toute personne employée devient assurée selon le régime retenu à la date d'entrée en vigueur du contrat ou à la date à laquelle elle devient admissible, si cette date est postérieure. Toutefois, dans les cas où des preuves d'assurabilité sont requises pour les régimes d'assurance maladie 2 ou 3, l'assurance entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date d'acceptation des preuves d'assurabilité.

- DEMANDE DE CHANGEMENT

Toute personne employée peut faire une demande de changement à la suite de l'un des événements suivants :

- le mariage ;
- la cohabitation depuis plus d'un an ou depuis moins d'un an si un enfant est issu de leur union ou si des procédures d'adoption sont entreprises ;
- la naissance ou l'adoption d'un enfant ;

- le décès de la personne conjointe ;
- l'obtention d'un statut d'engagement régulier ;
- la terminaison de l'assurance de la personne conjointe ou d'un enfant à charge qui entraîne une modification au statut de protection.

Toute demande d'augmentation d'assurance doit être présentée à La Capitale dans les 30 jours suivant la date de l'événement justifiant la demande et l'assurance entre alors en vigueur à la date de l'événement.

Si la demande est présentée plus de 30 jours après la date de l'événement ou en l'absence d'un tel événement, l'assurance entre en vigueur à compter du premier jour de la période de paie suivant la date de réception de la demande ou d'acceptation des preuves par La Capitale, lorsque requises.

Toute demande de réduction d'assurance entre en vigueur à compter du premier jour de la période de paie suivant la date de réception de la demande par La Capitale.

B – Régime complémentaire 2 d'assurance invalidité de longue durée

Toute personne employée devient assurée en vertu du régime complémentaire 2 d'assurance invalidité de longue durée à la date d'entrée en vigueur du contrat ou à la date à laquelle elle devient admissible, si cette date est postérieure.

C – Régime complémentaire 3 d'assurance vie

– DEMANDE D'ADHÉSION INITIALE

Toute personne employée devient initialement assurée en vertu de ce régime selon ce qui suit :

Demande d'adhésion reçue moins de 30 jours après la date d'admissibilité

Les montants d'assurance vie de 10 000 \$, 25 000 \$ et 50 000 \$ sont disponibles sans preuves d'assurabilité et la protection entre en vigueur à compter de la date d'admissibilité.

Les montants d'assurance vie supérieurs à 50 000 \$ sont sujets à l'acceptation de preuves d'assurabilité par La Capitale. La protection entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date d'acceptation des preuves.

Demande d'adhésion reçue plus de 30 jours mais moins de 180 jours après la date d'admissibilité

Les montants d'assurance vie de 10 000 \$, 25 000 \$ et 50 000 \$ sont disponibles sans preuves d'assurabilité et la protection entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date de réception de la demande par La Capitale.

Les montants d'assurance vie supérieurs à 50 000 \$ sont sujets à l'acceptation de preuves d'assurabilité par La Capitale. La protection entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date d'acceptation des preuves.

Demande d'adhésion reçue plus de 180 jours après la date d'admissibilité

Tous les montants d'assurance vie sont sujets à l'acceptation de preuves d'assurabilité par La Capitale, sauf si la personne adhérente démontre, à la satisfaction de La Capitale, que des raisons valables l'ont empêchée de compléter sa demande dans les délais prévus. La protection entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date d'acceptation de ces preuves, le cas échéant.

Toutefois, dans le cas d'une personne employée nouvellement engagée qui signe son contrat d'engagement après la date à laquelle elle devient admissible au présent régime, les délais se calculent à compter de la date de signature de son contrat d'engagement.

Dans tous les cas, l'assurance d'une personne employée invalide à la date d'entrée en vigueur du contrat débute à la date de son retour au travail si elle est alors admissible. Sinon, l'assurance débute à la date à laquelle elle le devient.

– DEMANDE DE CHANGEMENT

Toute personne employée peut faire une demande de changement à la suite de l'un des événements suivants :

- le mariage ;
- la cohabitation depuis plus d'un an ou depuis moins d'un an si un enfant est issu de leur union ou si des procédures d'adoption sont entreprises ;
- la naissance ou l'adoption d'un enfant ;
- le décès de la personne conjointe ;
- l'obtention d'un statut d'engagement régulier.

L'assurance entre alors en vigueur selon ce qui suit :

Demande de changement reçue moins de 30 jours après les événements décrits précédemment

Les montants d'assurance vie de 10 000 \$, 25 000 \$ et 50 000 \$ sont disponibles sans preuves d'assurabilité et la protection entre en vigueur à compter de la date de l'événement.

Les montants d'assurance vie supérieurs à 50 000 \$ sont sujets à l'acceptation de preuves d'assurabilité par La Capitale. La protection entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date d'acceptation des preuves.

Demande de changement reçue plus de 30 jours mais moins de 180 jours après les événements décrits précédemment

Les montants d'assurance vie de 10 000 \$, 25 000 \$ et 50 000 \$ sont disponibles sans preuves d'assurabilité et la protection entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date de réception de la demande par La Capitale.

Les montants d'assurance vie supérieurs à 50 000 \$ sont sujets à l'acceptation de preuves d'assurabilité par La Capitale. La protection entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date d'acceptation des preuves.

Demande de changement reçue plus de 180 jours après les événements décrits précédemment

Tous les montants d'assurance vie sont sujets à l'acceptation de preuves d'assurabilité par La Capitale, sauf si la personne adhérente démontre, à la satisfaction de La Capitale, que des raisons valables l'ont empêchée de compléter sa demande dans les délais prévus. La protection entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date d'acceptation de ces preuves, le cas échéant.

5. Renouvellement de contrat de travail (enseignantes et enseignants de commissions scolaires seulement)

Lorsqu'une personne signe un nouveau contrat de travail dans un emploi la rendant admissible à l'assurance collective, la date de prise d'effet de ce nouveau contrat détermine la date de début de l'assurance et du paiement des primes.

a) Nouveau contrat de travail prenant effet au cours des trois premières périodes de paie de l'année scolaire

L'assurance débute rétroactivement à la date de début de l'année scolaire et les primes sont prélevées à compter de cette même date. La personne participe alors aux régimes auxquels elle participait à la fin de l'année scolaire précédente. Elle n'est pas considérée comme une nouvelle personne employée aux fins d'admissibilité au régime d'assurance collective. Ainsi, si la personne ne participait pas au régime complémentaire 3 d'assurance vie à la fin de l'année scolaire précédente et qu'elle désire maintenant y participer, elle devra alors soumettre des preuves d'assurabilité à La Capitale et l'assurance entrera en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date d'acceptation de ces preuves.

b) Nouveau contrat de travail prenant effet après les trois premières périodes de paie de l'année scolaire, mais à l'intérieur de la période de 120 jours de maintien de protection

La personne qui n'a pas repris le travail dans un emploi la rendant admissible à l'assurance collective au cours des trois premières périodes de paie de l'année scolaire doit choisir, pour une période de 120 jours, une des deux options décrites à la sous-section « Mise à pied ou fin de contrat » de la section « Continuation de l'assurance en cas d'interruption de travail ». Le prélèvement des primes lors du retour au travail dépend du choix effectué.

- Si la personne a conservé l'ensemble des régimes qu'elle détenait

Le prélèvement des primes ne débutera qu'à compter de la fin de la période de 120 jours.

- Si la personne a conservé le régime d'assurance maladie 1 seulement

Le prélèvement des primes pour l'ensemble des régimes qu'elle détenait à la fin de l'année scolaire précédente débutera dès son retour au travail et La Capitale remboursera la prime du régime d'assurance maladie 1 déjà payée, soit celle pour la période débutant à la date du retour au travail et se terminant à la fin de la période de 120 jours. Elle n'est pas considérée comme une nouvelle personne employée aux fins d'admissibilité au régime d'assurance collective. Ainsi, si la personne ne participait pas au régime complémentaire 3 d'assurance vie à la fin de l'année scolaire précédente et qu'elle désire maintenant y participer, elle devra alors soumettre des preuves d'assurabilité à La Capitale et l'assurance entrera en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date d'acceptation de ces preuves.

c) **Nouveau contrat de travail prenant effet après la période de 120 jours de maintien de protection**

La personne est alors considérée comme une nouvelle personne employée aux fins d'admissibilité au régime d'assurance collective. Les régimes auxquels elle participait à la fin de l'année précédente ne lui sont pas automatiquement accordés. Elle peut choisir à nouveau le régime d'assurance maladie qu'elle désire (maladie 1, maladie 2 ou maladie 3) et participer ou non au régime complémentaire 3 d'assurance vie. Les modalités prévues au présent contrat s'appliquant à toute nouvelle personne employée s'appliquent alors.

Toutefois, la personne qui a maintenu sa participation au régime complémentaire 3 d'assurance vie au cours de la période de 120 jours et dont le nouveau contrat de travail prend effet dans les 31 jours suivant la fin de la période de 120 jours n'a pas à fournir de preuves d'assurabilité pour conserver tout montant d'assurance vie excédant 50 000 \$.

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

Congé sans traitement

Une personne adhérente qui cesse d'être au travail actif à plein temps en raison d'un congé sans traitement doit choisir l'une des deux options suivantes :

- Maintenir sa participation en vertu du régime d'assurance maladie 1 seulement. Dans un tel cas, les autres régimes de la personne adhérente sont remis en vigueur lors de son retour au travail actif.
- Maintenir sa participation à l'ensemble des régimes qu'elle détient. Dans un tel cas, la personne adhérente doit faire une demande écrite à La Capitale avant l'expiration d'un délai de 30 jours qui suit la date de début de ce congé en payant la prime totale, y compris la part de l'employeur, sauf dans le cas où la Loi sur les normes du travail (L.R.Q., c. N-1.1) oblige l'employeur à verser sa part de prime.

Dans le cas où le régime d'assurance invalidité est maintenu en vigueur, le délai de carence pour une invalidité qui survient au cours de cette période débute à compter de la date prévue de retour au travail et le paiement des prestations d'invalidité, le cas échéant, ne débute qu'à l'expiration de ce délai.

Congé partiel sans traitement ou retraite progressive

Dans le cas d'un congé partiel sans traitement ou d'une retraite progressive, la personne adhérente doit maintenir sa participation à l'ensemble des régimes qu'elle détient.

La prime payable est établie sur la base du plein traitement que la personne adhérente recevrait si elle ne bénéficiait d'aucune réduction de tâche. Si une invalidité survient durant cette période, le montant des prestations est établi sur la base du traitement qui s'appliquerait à la personne adhérente à la fin de la 104^e semaine d'invalidité totale si elle ne bénéficiait d'aucune réduction de tâche.

Congé à traitement différé

Dans le cas d'un congé à traitement différé, la personne adhérente doit maintenir sa participation à l'ensemble des régimes qu'elle détient.

La prime payable est établie sur la base du plein traitement que la personne adhérente recevrait si elle ne bénéficiait pas d'un congé à traitement différé. Si une invalidité survient durant cette période, le montant des prestations est établi sur la base du traitement qui s'appliquerait à la personne adhérente à la fin de la 104^e semaine d'invalidité totale si elle ne bénéficiait pas d'un congé à traitement différé.

Retrait préventif ou congé de maternité

Dans le cas d'un retrait préventif ou d'un congé de maternité avec rémunération, la personne adhérente doit maintenir sa participation à l'ensemble des régimes qu'elle détient.

La prime payable est établie sur la base du traitement qui s'applique immédiatement avant le retrait préventif ou le congé de maternité.

Une invalidité débutant pendant un retrait préventif ou un congé de maternité est considérée comme ayant débuté à la date à laquelle la personne adhérente doit normalement être de retour au travail ou à la date de fin du retrait préventif.

Mise à pied ou fin de contrat

Dans le cas d'une mise à pied ou d'une fin de contrat, la personne adhérente doit choisir l'une des deux options suivantes :

- Maintenir sa participation en vertu du régime d'assurance maladie 1 seulement en payant la prime afférente. Dans un tel cas, les autres protections de la personne adhérente sont remises en vigueur lors de son retour au travail actif.
- Maintenir sa participation à l'ensemble des régimes qu'elle détient, en payant la prime totale. Dans un tel cas, la personne adhérente doit faire une demande écrite à La Capitale avant l'expiration d'un délai de 30 jours suivant la date du début de l'un ou l'autre de ces événements. Cependant, les régimes ne peuvent pas être maintenus en vigueur pour une période de plus de 120 jours à compter de la date de mise à pied ou de fin de contrat. Si la personne adhérente n'est pas de retour au travail après cette période de 120 jours, sa participation à l'assurance prend fin.

Pour toute personne adhérente dont la prime annuelle est payable sur une période de 10 mois, qui est assurée au moins une journée au cours du mois de mai ou de juin d'une année et qui cesse d'être une personne employée en mai, en juin, en juillet ou en août de la même année, le délai de 30 jours pour faire la demande écrite prévue au présent article débute le 31 août suivant immédiatement la date de mise à pied ou de fin de contrat d'engagement.

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

Toute personne employée dont le contrat de travail est renouvelé, ou à qui un nouveau contrat est offert à l'intérieur d'une période de 120 jours suivant la date de mise à pied ou de sa fin de contrat, ne doit pas être considérée comme une nouvelle personne employée aux fins de l'admissibilité au régime d'assurance collective. Sous réserve de ce qui est prévu à la section « Renouvellement de contrat de travail (enseignantes et enseignants de commissions scolaires seulement) », les régimes applicables à la date de la mise à pied ou de la fin du contrat de travail sont alors remis en vigueur à compter de la date de réengagement et les primes applicables à ces régimes sont payables à compter de la période de paie coïncidant avec ou suivant immédiatement la date de réengagement.

Pour la personne adhérente dont la prime annuelle est payable sur une période de 10 mois, qui est assurée au moins une journée au cours du mois de mai ou de juin d'une année et qui cesse d'être une personne employée en mai, juin, juillet ou août, tous les délais prévus aux paragraphes précédents sont calculés à partir du 1^{er} septembre.

La personne adhérente qui, lors de la fin de son emploi, a maintenu sa protection en vertu du régime complémentaire 3 d'assurance vie au cours de la période de 120 jours peut prolonger le maintien de cette protection pour une période additionnelle maximale de deux ans. Elle doit alors transmettre sa demande par écrit au cours des 30 jours qui suivent la fin de la période de 120 jours et continuer à acquitter les primes requises.

Si la personne adhérente maintient uniquement sa participation au régime d'assurance maladie 1, aucune invalidité totale survenant après la mise à pied ou la fin du contrat de travail ne sera reconnue.

Congédiement, non-réengagement, renvoi ou suspension

Dans les cas de suspension ainsi que dans les cas de congédiement, de non réengagement ou de renvoi contesté par grief, la personne adhérente doit choisir l'une des deux options suivantes :

- Maintenir sa participation à l'ensemble des régimes qu'elle détient. Toutefois, dans les cas de congédiement, de non-réengagement ou de renvoi contesté par grief, le régime complémentaire 2 d'assurance invalidité ne peut être maintenu.
- Maintenir sa participation en vertu du régime d'assurance maladie 1 seulement.

La personne adhérente qui ne peut continuer à payer la prime totale par l'intermédiaire de son employeur peut la remettre directement à La Capitale. Pour ce faire, la personne adhérente doit faire une demande par écrit à La Capitale dans les 90 jours qui suivent la date du congédiement, du renvoi ou de la suspension.

La protection se termine à compter de la fin de toute procédure de grief ou de procédure légale de la part des deux parties impliquées.

Grève ou lock-out

En cas de grève ou de lock-out, la protection est maintenue en vigueur, si entente avec La Capitale, pourvu que les primes continuent à être versées.

Le délai de carence d'une invalidité qui survient au cours d'une grève ou d'un lock-out débute à compter de la date à laquelle la personne adhérente devrait normalement être de retour au travail.

Dans le cas de toute période d'invalidité totale ayant débuté avant le début d'une telle interruption de travail pendant que la personne adhérente était couverte par le présent contrat, les prestations du régime complémentaire 2 d'assurance invalidité continuent d'être payables selon les dispositions de ce régime même pendant la durée d'une telle interruption de travail.

7. Droit de transformation

Régime d'assurance maladie

Toute personne adhérente qui cesse d'être assurée en vertu du présent régime parce qu'elle cesse d'être admissible peut obtenir une police d'assurance maladie individuelle d'un genre alors émis par La Capitale dans ces circonstances.

Pour ce faire, la personne adhérente doit soumettre une demande écrite à La Capitale avant l'expiration d'un délai de 90 jours qui suit la date de fin de son admissibilité.

De plus, toute personne à charge qui cesse d'être assurée en vertu du présent régime parce qu'elle cesse d'être une personne à charge, selon la définition prévue, ou parce que la personne adhérente cesse d'être admissible ou décède, peut exercer son droit de transformation au même titre et aux mêmes conditions que la personne adhérente.

Aucun droit de transformation n'est accordé lorsque l'assurance en vertu de ce régime prend fin en raison de la terminaison du présent contrat.

Régime complémentaire 3 d'assurance vie

EN CAS DE FIN D'APPARTENANCE AU GROUPE

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

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

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

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

À L'ÉCHÉANCE DU CONTRAT

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

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

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

PROTECTIONS DISPONIBLES LORS DE LA TRANSFORMATION

La personne adhérente qui exerce son droit de transformation conformément aux dispositions précédentes a la possibilité d'obtenir une police d'assurance vie individuelle permanente ou temporaire, sans garantie accessoire, d'un genre alors émis par La Capitale dans ces circonstances et conforme à tout règlement d'application sur les assurances et à toutes lois applicables.

Les primes applicables aux produits d'assurance individuelle offerts lors de l'exercice du droit de transformation sont établies selon les modalités prévues à tout règlement d'application sur les assurances et à toutes lois applicables.

8. Exonération des primes en cas d'invalidité totale

Si, avant la retraite, une personne adhérente est atteinte d'invalidité totale alors que ce régime est en vigueur, La Capitale renonce au paiement de toute prime à son égard qui vient à échéance après l'expiration d'une période de 52 semaines, et ce, jusqu'à la première des dates suivantes :

Régime d'assurance maladie

- A) POUR UNE PERSONNE ADHÉRENTE DEVENUE INVALIDE AVANT LE 1^{ER} JANVIER 2014 :
- Le jour du 60^e anniversaire de naissance de la personne adhérente si elle est exonérée depuis au moins 36 mois pour la même invalidité totale ;
 - Le jour du 65^e anniversaire de naissance de la personne adhérente ou la date de fin du versement de prestations d'assurance salaire par l'employeur ;
- B) POUR UNE PERSONNE ADHÉRENTE DEVENUE INVALIDE LE OU APRÈS LE 1^{ER} JANVIER 2014 :
- À l'expiration d'une période de 104 semaines pour la même invalidité totale. Pour la personne adhérente qui maintient son droit d'ancienneté auprès de son employeur, elle doit recommencer à verser ses primes de façon régulière. Pour la personne dont le lien d'emploi est rompu, elle devient alors admissible au régime d'assurance maladie individuelle offert par La Capitale et doit présenter sa demande d'adhésion dans les 90 jours suivant cette date ;
 - Le jour du 65^e anniversaire de naissance de la personne adhérente ou la date de fin du versement de prestations d'assurance salaire par l'employeur ;
 - La fin de l'invalidité totale ;
 - La date de fin du contrat ou de la fin du régime.

Toute personne adhérente totalement invalide qui prend un congé de préretraite avec rémunération demeure admissible au régime d'assurance maladie, mais ne peut bénéficier de l'exonération des primes au cours de ce congé de préretraite.

Régime complémentaire 2 d'assurance invalidité de longue durée et régime complémentaire 3 d'assurance vie

- a) La fin de l'invalidité totale ;
- b) Le jour du 65^e anniversaire de naissance de la personne adhérente.

Toute personne adhérente totalement invalide qui prend un congé de préretraite avec rémunération demeure admissible au régime d'assurance vie, mais ne peut bénéficier de l'exonération des primes au cours de ce congé de préretraite.

9. Bénéficiaire

Toute personne adhérente peut désigner un ou plusieurs bénéficiaires ou changer le ou les bénéficiaires déjà désignés sur déclaration écrite et déposée au siège social de La Capitale. La Capitale n'est pas responsable de la validité de tout changement de bénéficiaire, sous réserve des dispositions législatives applicables. 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 fait partie du patrimoine de la personne adhérente.

10. Fin de l'assurance

PERSONNE ADHÉRENTE

L'assurance de toute personne adhérente se termine à la première des dates suivantes :

Régime d'assurance maladie

- a) La date de la fin du contrat ;
- b) La date correspondant à la fin de la dernière période pour laquelle la prime a été payée, pour une personne employée qui s'est prévalu des dispositions relatives à la « Continuation de l'assurance en cas d'interruption de travail » et qui a cessé le versement de la prime avant la fin de son interruption de travail ;

Dans le cas où la prime n'est pas payée, sous réserve des dispositions relatives à l'« Exonération des primes en cas d'invalidité totale », 30 jours après l'envoi d'un avis à cet effet par La Capitale à la dernière adresse de la personne adhérente. Toutefois, dans le cas d'un retard de versement des primes dues pour toutes les personnes adhérentes d'une même catégorie, d'un même employeur, La Capitale s'engage à ne pas recourir à la présente disposition sans un préavis écrit de six mois transmis au Preneur.

- c) Lorsque la personne adhérente demande de ne plus participer au régime, conformément à la date prévue au droit d'exemption ;
- d) La date à laquelle la personne adhérente cesse d'être une personne employée admissible pour une raison autre que la retraite sous réserve des dispositions relatives à l'« Exonération des primes en cas d'invalidité totale ». Toutefois, pour toute personne adhérente dont la prime annuelle est payable sur une période de dix mois, qui est assurée au moins une journée au cours du mois de mai ou juin d'une année et qui cesse d'être une personne employée en mai, juin, juillet ou août de la même année, la protection prend fin à 24 heures le 31 août de la même année ;
- e) La date à laquelle le syndicat auquel appartient la personne adhérente cesse de participer au présent régime ;
- f) La date de mise à la retraite de la personne adhérente. Toutefois, pour toute personne adhérente dont la prime annuelle est payable sur une période de dix mois, qui est assurée au moins une journée au cours du mois de mai ou juin d'une année et qui cesse d'être une personne employée en mai, juin, juillet ou août de la même année, la protection prend fin à 24 heures le 31 août de la même année.

Régime complémentaire 2 d'assurance invalidité de longue durée

- a) La date de la fin du contrat, sous réserve de toutes lois applicables ;
- b) La date à laquelle la personne adhérente termine son emploi, sous réserve des dispositions relatives à l'« Exonération des primes en cas d'invalidité totale ». Toutefois, pour toute personne adhérente dont la prime annuelle est payable sur une période de dix mois, qui est assurée au moins une journée au cours du mois de mai ou juin d'une année et qui cesse d'être une personne employée en mai, juin, juillet ou août de la même année, le régime prend fin à 24 heures le 31 août de la même année ;

- c) La date correspondant à la fin de la dernière période pour laquelle la prime a été payée, pour une personne employée qui s'est prévalu des dispositions relatives à la « Continuation de l'assurance en cas d'interruption de travail » et qui a cessé le versement de la prime avant la fin de son interruption de travail ;
- d) La date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée, sous réserve des dispositions relatives à l'« Exonération des primes en cas d'invalidité totale ». Toutefois, dans le cas d'un retard de versement des primes dues pour toutes les personnes adhérentes d'une même catégorie, d'un même employeur, La Capitale s'engage à ne pas recourir à la présente disposition sans un préavis écrit de six mois transmis au Preneur ;
- e) La date à laquelle la personne adhérente exerce son droit de renonciation, selon les dispositions du présent contrat ;
- f) La date à laquelle le syndicat auquel appartient la personne adhérente met fin au présent régime ;
- g) La date du 63^e anniversaire de naissance de la personne adhérente ;
- h) La date de mise à la retraite de la personne adhérente.

Régime complémentaire 3 d'assurance vie

- a) La date de la fin du régime ou la date de la fin du contrat sous réserve des dispositions relatives à l'« Exonération des primes en cas d'invalidité totale » ;
- b) La date à laquelle la personne adhérente cesse d'être une personne employée admissible pour une raison autre que la retraite, sous réserve des dispositions relatives à l'« Exonération des primes en cas d'invalidité totale » et au « Droit de transformation applicable au régime d'assurance vie de la personne adhérente et au régime d'assurance vie des personnes à charge ». Toutefois, pour toute personne adhérente dont la prime annuelle est payable sur une période de dix mois, qui est assurée au moins une journée au cours du mois de mai ou juin d'une année et qui cesse d'être une personne employée en mai, juin, juillet ou août de la même année, la protection prend fin à 24 heures le 31 août de la même année ;
- c) La date à laquelle les dispositions d'exonération des primes prennent fin sans que la personne cesse d'être invalide ;
- d) La date à laquelle le syndicat auquel appartient la personne adhérente cesse de participer au présent régime ;
- e) La date correspondant à la fin de la dernière période pour laquelle la prime a été payée, pour une personne employée qui s'est prévalu des dispositions relatives à la « Continuation de l'assurance en cas d'interruption de travail » et qui a cessé le versement de la prime avant la fin de son interruption de travail ;

- f) La date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée, sous réserve des dispositions relatives à l'« Exonération des primes en cas d'invalidité totale » et au « Droit de transformation applicable au régime d'assurance vie de la personne adhérente et au régime d'assurance vie des personnes à charge ». Toutefois, dans le cas d'un retard de versement des primes dues pour toutes les personnes adhérentes d'une même catégorie, d'un même employeur, La Capitale s'engage à ne pas recourir à la présente disposition sans un préavis écrit de six mois transmis au Preneur ;
- g) La date de la réception, par La Capitale, de l'avis écrit d'une personne adhérente qui désire mettre fin à sa participation au présent régime ou à la date de terminaison inscrite dans tel avis, laquelle est la plus éloignée ;
- h) La date de mise à la retraite de la personne adhérente. Toutefois, pour toute personne adhérente dont la prime annuelle est payable sur une période de dix mois, qui est assurée au moins une journée au cours du mois de mai ou juin d'une année et qui cesse d'être une personne employée en mai, juin, juillet ou août de la même année, la protection prend fin à 24 heures le 31 août de la même année ;
- i) La date d'entrée en vigueur de l'assurance vie de base de la personne adhérente si cette dernière exerce son droit de retrait dans les 90 jours suivant cette date d'entrée en vigueur.

PERSONNES À CHARGE

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

Régime d'assurance maladie

- a) La date de la fin de l'assurance de la personne adhérente ;
- b) La date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge ;
- c) Le premier jour de la période de paie suivant la date de réception de la demande de la personne adhérente pour changer son statut de protection familial ou monoparental en un statut de protection individuel.

Régime complémentaire 3 d'assurance vie

- a) La date de la fin de l'assurance de la personne adhérente, sous réserve des dispositions relatives au « Droit de transformation applicable au régime d'assurance vie de la personne adhérente et au régime d'assurance vie des personnes à charge » ;
- b) La date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge ;

- c) La date de la réception par La Capitale de l'avis écrit d'une personne adhérente qui désire mettre fin à l'assurance de ses personnes à charge ou à la date de terminaison inscrite dans tel avis, laquelle est la plus éloignée ;
- d) La date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée, sous réserve des articles « Exonération des primes en cas d'invalidité totale » et « Droit de transformation applicable au régime d'assurance vie de la personne adhérente et au régime d'assurance vie des personnes à charge ». Toutefois, dans le cas d'un retard de versement des primes dues pour toutes les personnes adhérentes d'une même catégorie, d'un même employeur, La Capitale s'engage à ne pas recourir à la présente disposition sans un préavis écrit de six mois transmis au Preneur ;
- e) La date de mise à la retraite de la personne adhérente, sous réserve de l'adhésion au régime d'assurance vie des retraités.

11. Régimes d'assurance disponibles pour les personnes retraitées

Des régimes d'assurance sont disponibles pour les personnes adhérentes optant pour leur mise à la retraite alors qu'elles étaient considérées comme des personnes employées au terme du présent contrat.

Régime d'assurance maladie

Toute personne adhérente qui opte pour sa mise à la retraite et qu'elle était considérée comme une personne employée au terme du présent contrat peut obtenir une police d'assurance maladie individuelle d'un genre alors émis par La Capitale dans ces circonstances.

Aucun droit de transformation n'est accordé lorsque l'assurance en vertu de ce régime prend fin en raison de la terminaison du présent contrat.

Régime d'assurance vie et décès accidentel de la personne adhérente

Toute personne adhérente qui opte pour sa mise à la retraite et qu'elle était considérée comme une personne employée au terme du présent contrat est admissible au régime d'assurance vie collective offert aux personnes retraitées de la fédération.

Montant d'assurance vie selon l'âge au moment du décès de la personne adhérente

Au décès d'une personne adhérente alors que ce régime est en vigueur, La Capitale paie au bénéficiaire le montant d'assurance suivant, selon le choix fait par la personne adhérente et selon son âge au moment du décès :

Choix 1 :	Moins de 60 ans :	20 000 \$
	60 à 64 ans :	15 000 \$
	65 ans et plus :	10 000 \$
Choix 2 :	Moins de 60 ans :	40 000 \$
	60 à 64 ans :	30 000 \$
	65 ans et plus :	20 000 \$
Choix 3 :	Moins de 60 ans :	60 000 \$
	60 à 64 ans :	45 000 \$
	65 ans et plus :	30 000 \$

En cas de décès accidentel de la personne adhérente, La Capitale paie au bénéficiaire un montant d'assurance égal à celui détenu en assurance vie.

Le choix 1 peut être retenu par une personne adhérente qui ne participait pas au régime d'assurance vie à titre de personne employée.

Les choix 2 et 3 peuvent être retenus uniquement si la personne adhérente détenait un montant d'assurance égal ou supérieur dans le régime d'assurance vie des personnes employées au moment où elle opte pour sa mise à la retraite.

Le choix relatif au montant d'assurance effectué par la personne retraitée lors de sa mise à la retraite est définitif et le montant d'assurance ne pourra en aucun cas être augmenté par la suite.

Régime d'assurance vie des personnes à charge

Pourvu que ce régime soit en vigueur, le montant payable au décès d'une personne à charge assurée d'une personne adhérente est le suivant :

- Personne conjointe : 5 000 \$.
- Enfant à charge : 5 000 \$ à compter de l'âge de 24 heures. Dans le cas d'une personne adhérente détenant un statut de protection monoparental, le montant d'assurance payable pour un enfant à charge est alors augmenté d'une somme de 5 000 \$ divisé par le nombre d'enfants à charge dans la famille.

Ces montants sont disponibles sans preuves d'assurabilité.

La participation au régime d'assurance vie et décès accidentel de la personne adhérente et au régime d'assurance vie des personnes à charge est facultative pour toute personne retraitée et pour ses personnes à charge, le cas échéant, pourvu qu'elles soient admissibles à l'assurance. Une demande d'adhésion à cet effet doit être transmise par écrit à La Capitale avant l'expiration d'un délai de 90 jours suivant la date à laquelle la personne retraitée devient admissible.

RÉGIMES D'ASSURANCE

RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE MALADIE

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

Lorsqu'une personne adhérente ou l'une de ses personnes à charge, le cas échéant, engage des frais qui sont couverts par le régime d'assurance maladie qu'il a choisi, La Capitale rembourse ces frais selon les conditions ci-dessous.

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 La Capitale.

TABLEAU DES GARANTIES

Le TABLEAU DES GARANTIES indique les frais inclus dans le Régime maladie 1, le Régime maladie 2 et le Régime maladie 3. Une description des frais couverts se retrouve aux pages suivantes.

La description complète des garanties d'assurance voyage et d'assurance annulation de voyage se retrouve à la fin de cette brochure.

TABLEAU DES GARANTIES (par régime)

GARANTIES	MALADIE 1	MALADIE 2	MALADIE 3	Ordonnance médicale
Franchise	Applicable sur tous les frais, à l'exception de l'Assurance voyage, l'Assurance annulation de voyage, les Frais hospitaliers au Canada, le Centre d'hébergement et de soins de longue durée et le Centre d'hébergement Individuelle : 50 \$ Monoparentale : 75 \$ Familiale : 100 \$	Aucune	Aucune	S/O

Note : Des conditions spécifiques de remboursement peuvent s'appliquer. Référer au texte de la brochure.

GARANTIES	MALADIE 1	MALADIE 2	MALADIE 3	Ordonnance médicale
Médicaments (incluant la substance utilisée pour les injections scélérosantes et le stérilet) – Innovateurs (de marque) ou d'origine avec génériques disponibles – Autres médicaments <i>Carte de paiement automatisé différé</i>	70 % 80 % Ces coassurances s'appliquent jusqu'à concurrence de la contribution annuelle maximale prévue par le RGAM et passent à 100 % pour les frais en excédent* * Palier indexé annuellement selon celui de la RAMQ	70 % 80 % Ces coassurances s'appliquent jusqu'à concurrence de la contribution annuelle maximale prévue par le RGAM et passent à 100 % pour les frais en excédent* * Palier indexé annuellement selon celui de la RAMQ	70 % 80 % Ces coassurances s'appliquent jusqu'à concurrence de la contribution annuelle maximale prévue par le RGAM et passent à 100 % pour les frais en excédent* * Palier indexé annuellement selon celui de la RAMQ	Oui
Assurance voyage	100 % 5 000 000 \$ / voyage / personne assurée	100 % 5 000 000 \$ / voyage / personne assurée	100 % 5 000 000 \$ / voyage / personne assurée	S/O
Assurance annulation de voyage	100 % 5 000 \$ / voyage / personne assurée	100 % 5 000 \$ / voyage / personne assurée	100 % 5 000 \$ / voyage / personne assurée	S/O
Ambulance	80 %	80 %	80 %	Non

Note : Des conditions spécifiques de remboursement peuvent s'appliquer. Référez au texte de la brochure.

GARANTIES	MALADIE 1	MALADIE 2	MALADIE 3	Ordonnance médicale
Frais de transport par avion d'un malade alité	80 %	80 %	80 %	Oui
Frais hospitaliers au Canada	100 % Chambre semi-privée, maximum illimité	100 % Chambre semi-privée, maximum illimité	100 % Chambre semi-privée, maximum illimité	Non
Centre d'hébergement et de soins de longue durée	100 % Chambre semi-privée, maximum 180 jours / année civile /personne assurée	100 % Chambre semi-privée, maximum 180 jours / année civile /personne assurée	100 % Chambre semi-privée, maximum 180 jours / année civile /personne assurée	Non
Centre de réadaptation	100 % Chambre semi-privée, maximum 180 jours / année civile /personne assurée	100 % Chambre semi-privée, maximum 180 jours / année civile /personne assurée	100 % Chambre semi-privée, maximum 180 jours / année civile /personne assurée	Non
Mutilation accidentelle	S/O	Oui 25 000 \$ ou 50 000 \$ selon la perte	Oui 25 000 \$ ou 50 000 \$ selon la perte	S/O
Dentiste en cas d'accident	S/O	80 %	80 %	Non
Fauteuil roulant ou lit d'hôpital	S/O	80 %	80 %	Oui
Appareil d'assistance respiratoire et oxygène	S/O	80 %	80 %	Oui
Appareil thérapeutique	S/O	80 %	80 %	Oui

Note : Des conditions spécifiques de remboursement peuvent s'appliquer. Référez au texte de la brochure.

GARANTIES	MALADIE 1	MALADIE 2	MALADIE 3	Ordonnance médicale
Membres artificiels et prothèses externes	S/O	80 %	80 %	Non
Prothèse capillaire	S/O	80 % Remboursement maximal viager de 300 \$ / personne assurée	80 % Remboursement maximal viager de 300 \$ / personne assurée	Oui
Prothèse mammaire	S/O	80 % En excédent de la RAMQ	80 % En excédent de la RAMQ	Oui
Appareil orthopédique	S/O	80 %	80 %	Oui
Orthèse plantaire	S/O	80 %	80 %	Oui
Chaussures orthopédiques	S/O	80 %	80 %	Oui
Orthophoniste, ergothérapeute ou audiologiste	S/O	80 %	80 %	Non
Bas de soutien	S/O	80 % 3 paires / année civile / personne assurée	80 % 3 paires / année civile / personne assurée	Oui
Glucomètre	S/O	80 % Remboursement maximal de 240 \$ / 36 mois consécutifs / personne assurée	80 % Remboursement maximal de 400 \$ / 36 mois consécutifs / personne assurée	Oui

Note : Des conditions spécifiques de remboursement peuvent s'appliquer. Référez-vous au texte de la brochure.

GARANTIES	MALADIE 1	MALADIE 2	MALADIE 3	Ordonnance médicale
Neurostimulateur transcutané	S/O	80 % Remboursement maximal de 800 \$ / 60 mois consécutifs / personne assurée	80 % Remboursement maximal de 800 \$ / 60 mois consécutifs / personne assurée	Oui
Chirurgie esthétique à la suite d'un accident	S/O	S/O	80 % Remboursement maximal 5 000 \$ / accident / personne assurée	Oui
Appareil auditif	S/O	80 % Remboursement maximal de 560 \$ / 48 mois consécutifs / personne assurée (incluant les honoraires de l'audioprothésiste)	80 % Remboursement maximal de 800 \$ / 48 mois consécutifs / personne assurée (incluant les honoraires de l'audioprothésiste)	Non
Échographies	S/O	80 % Remboursement maximal de 300 \$ / année civile / personne assurée	80 % Remboursement maximal de 300 \$ / année civile / personne assurée	Oui
Radiographies et analyses de laboratoire	S/O	80 %	80 %	Oui
Électrocardiogrammes, examens par ultrasons (autres que les examens échographiques), traitements au radium et aux rayons X	S/O	80 %	80 %	Oui

Note : Des conditions spécifiques de remboursement peuvent s'appliquer. Référez-vous au texte de la brochure.

GARANTIES	MALADIE 1	MALADIE 2	MALADIE 3	Ordonnance médicale
Imagerie par résonance magnétique	S/O	80 % Remboursement maximal de 500 \$ / année civile / personne assurée	80 % Remboursement maximal de 600 \$ / année civile / personne assurée	Oui
Soutiens-gorge postopératoires	S/O	S/O	80 % 2 / année civile / personne assurée	Non
Examens de la vue	S/O	80 % Remboursement maximal de 35 \$ / 24 mois / personne assurée	80 % Remboursement maximal de 50 \$ / 24 mois / personne assurée	Non
Psychologue, psychanalyste, psychiatre, psychothérapeute, travailleur social, conseiller en orientation	S/O	80 % Remboursement maximal de 64 \$ / traitement, maximum 10 traitements / année civile / personne assurée, pour l'ensemble de ces professionnels	80 % Remboursement maximal de 64 \$ / traitement, maximum 25 traitements / année civile / personne assurée, pour l'ensemble de ces professionnels	Non
Acupuncteur	S/O	80 % Remboursement maximal de 32 \$ / traitement, maximum 15 traitements / année civile / personne assurée	80 % Remboursement maximal de 44 \$ / traitement, maximum 15 traitements / année civile / personne assurée	Non

Note : Des conditions spécifiques de remboursement peuvent s'appliquer. Référez-vous au texte de la brochure.

GARANTIES	MALADIE 1	MALADIE 2	MALADIE 3	Ordonnance médicale
Chiropraticien	S/O	80 % Remboursement maximal de 28 \$ / traitement, maximum 20 traitements / année civile / personne assurée Radiographies : remboursement maximal de 40 \$ / année civile / personne assurée	80 % Remboursement maximal de 36 \$ / traitement, maximum 20 traitements / année civile / personne assurée Radiographies : remboursement maximal de 40 \$ / année civile / personne assurée	Non
Podiatre et podologue	S/O	80 % Remboursement maximal de 32 \$ / traitement, maximum 15 traitements / année civile / personne assurée, pour l'ensemble de ces professionnels	80 % Remboursement maximal de 44 \$ / traitement, maximum 15 traitements / année civile / personne assurée, pour l'ensemble de ces professionnels	Non
Physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique et thérapeute du sport	S/O	80 % Remboursement maximal de 40 \$ / traitement, maximum 15 traitements / année civile / personne assurée, pour l'ensemble de ces professionnels	80 % Remboursement maximal de 52 \$ / traitement, maximum 15 traitements / année civile / personne assurée, pour l'ensemble de ces professionnels	Non

Note : Des conditions spécifiques de remboursement peuvent s'appliquer. Référez-vous au texte de la brochure.

GARANTIES	MALADIE 1	MALADIE 2	MALADIE 3	Ordonnance médicale
Homéopathie (incluant médicaments homéopathiques)	S/O	S/O	80 % Remboursement maximal de 36 \$ /traitement, maximum global de 720 \$ / année civile / personne assurée	Non
Ostéopathe	S/O	S/O	80 % Remboursement maximal de 56 \$ / traitement, maximum 15 traitements / année civile / personne assurée	Non
Naturopathe	S/O	S/O	80 % Remboursement maximal de 36 \$ / traitement, maximum 20 traitements / année civile / personne assurée	Non
Massothérapeute, kinésithérapeute et orthothérapeute (MKO)	S/O	S/O	80 % Remboursement maximal de 44 \$ / traitement, maximum 15 traitements / année civile / personne assurée, pour l'ensemble de ces professionnels	Non

Note : Des conditions spécifiques de remboursement peuvent s'appliquer. Référez au texte de la brochure.

GARANTIES	MALADIE 1	MALADIE 2	MALADIE 3	Ordonnance médicale
Dietétiste	S/O	S/O	80 % Remboursement maximal de 44 \$ / traitement, maximum 15 traitements / année civile / personne assurée	Non
Soins infirmiers	80 % Remboursement maximal de 5 000 \$ / année civile / personne assurée	80 % Remboursement maximal de 5 000 \$ / année civile / personne assurée	80 % Remboursement maximal de 10 000 \$ / année civile / personne assurée	Oui
Soins et services à domicile	S/O	S/O	80 % Remboursement maximal de 400 \$ / année civile / personne assurée	Oui
Cure de désintoxication	S/O	S/O	80 % Frais admissibles de 80 \$ / jour Maximum de 30 jours / année civile / personne assurée	Oui
Frais de transport et d'hébergement au Québec	S/O	S/O	80 % Remboursement maximal de 1 000 \$ / année civile / personne assurée	Oui

Note : Des conditions spécifiques de remboursement peuvent s'appliquer. Référez-vous au texte de la brochure.

DESCRIPTION DES GARANTIES

Le coût des services et fournitures décrits ci-après est remboursé selon la franchise et le pourcentage de coassurance prévus au TABLEAU DES GARANTIES selon le régime d'assurance maladie retenu par la personne adhérente.

MÉDICAMENTS

A) DÉFINITIONS

Les définitions suivantes s'appliquent à la présente clause :

- **Médicament générique** : un médicament générique est une copie d'un médicament breveté dont l'exclusivité commerciale n'est plus protégée par un brevet ;
- **Médicament innovateur (de marque)** : version originale d'un médicament breveté lors de sa commercialisation et pour lequel il existe au moins une version générique ;
- **Médicament unique** : médicament d'origine dont l'exclusivité commerciale est temporairement protégée par un brevet et pour lequel il n'existe aucun substitut générique.

B) FRAIS COUVERTS

- La Capitale rembourse les services pharmaceutiques et les médicaments prévus par les garanties du régime général d'assurance médicaments, tel qu'établi en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments (L.R.Q., c. A-29.01) ;
- Sous réserve des exclusions ci-après, les médicaments autres que ceux mentionnés au premier alinéa de la présente section, inclus dans le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques portant un code d'identification numérique (DIN), vendus par un pharmacien ou un médecin dûment autorisé et qui ne peuvent être obtenus que sur ordonnance d'un médecin, d'un dentiste ou d'un professionnel de la santé légalement autorisé ; de même que les médicaments obtenus sur ordonnance médicale et dont l'indication thérapeutique est spécifiquement reliée au traitement des conditions pathologiques suivantes : troubles cardiaques, troubles pulmonaires, diabète, arthrite, maladie de Parkinson, épilepsie, fibrose kystique, glaucome ;
- Les frais pour la **substance utilisée pour les injections sclérosantes** requises médicalement et administrées par un médecin, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 35 \$ par séance d'injection ;
- Les frais d'achat d'un **stérilet**.

C) PARTICULARITÉS POUR LES MÉDICAMENTS INNOVATEURS (DE MARQUE)

Malgré le pourcentage de remboursement prévu au TABLEAU DES GARANTIES, un médicament innovateur peut être remboursé selon le pourcentage prévu pour un médicament générique s'il existe des contre-indications médicales liées à la prise du médicament générique.

Dans ce cas, la personne assurée doit faire remplir le formulaire *Demande de remboursement pour médicaments de marque* par son médecin qui doit y préciser toutes les raisons médicales justifiant l'achat du médicament innovateur. La personne assurée doit ensuite transmettre ce formulaire à La Capitale pour analyse et décision.

Le formulaire est disponible auprès de La Capitale ou de l'administrateur du régime.

D) EXCLUSIONS

- Les produits considérés comme étant des substituts de nourriture, les produits cosmétiques, savons, huiles de teint, émoullients épidermiques, shampoings et autres produits pour le cuir chevelu ;
- Les substances ou aliments diététiques servant à compléter ou à remplacer l'alimentation ;
- Toutefois les suppléments diététiques prescrits dans le traitement d'une maladie du métabolisme clairement identifiés, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminés par le règlement applicable au RGAM demeurent couverts. La seule preuve acceptée à cet effet est un rapport médical complet décrivant, à la satisfaction de La Capitale, toutes les conditions justifiant la prescription du produit non autrement couvert ;
- Les médicaments administrés principalement à titre préventif ; aux fins de cette exclusion, un médicament servant à stabiliser ou régulariser un état pathologique diagnostiqué par un médecin n'est pas considéré comme un médicament préventif ;
- Les produits contre la calvitie, les rides ou tout autre traitement administré principalement à des fins esthétiques ;
- Les produits antitabac non couverts par le Régime général d'assurance médicaments ;
- Les médicaments ou substances servant au traitement de l'infertilité ou de l'impuissance ;
- Toute substance utilisée dans le but d'insémination, gelées et mousses à but contraceptif ;
- Les médicaments fournis au cours d'une hospitalisation ;
- Les traitements ou médicaments à titre expérimental.

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

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

NOTE IMPORTANTE AUX PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS À CONSULTER À L'ENCADRÉ DE LA PAGE 13 DE CETTE BROCHURE

ASSURANCE VOYAGE

Consulter la description complète à la fin de cette brochure.

ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

Consulter la description complète à la fin de cette brochure.

AMBULANCE

Les frais de transport par ambulance (aller et retour), y compris le transport par avion ou par train en cas d'urgence, au centre hospitalier le plus proche pouvant fournir les soins requis ainsi que le traitement d'oxygénothérapie durant ou immédiatement avant le transport.

FRAIS DE TRANSPORT PAR AVION D'UN MALADE ALITÉ

- Les frais de transport par avion d'un malade alité occupant l'équivalent de deux sièges individuels lorsqu'une partie du trajet doit s'effectuer par ce moyen ;
- Les frais de transport par avion pour une hospitalisation immédiate à titre de patient interne au centre hospitalier le plus rapproché où les soins médicaux ou chirurgicaux requis sont disponibles, selon la prescription du médecin ;
- Les frais de transport pour le retour au domicile immédiatement après une hospitalisation.

FRAIS HOSPITALIERS AU CANADA

La Capitale rembourse les frais d'hospitalisation engagés au Canada et excédant les frais payables par tout régime étatique d'assurance, sans limite quant au nombre de jours, pourvu que l'hospitalisation ait débuté en cours d'assurance.

FRAIS DE SÉJOUR DANS UN CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Les frais d'occupation d'une chambre dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ou dans un centre hospitalier si la personne assurée reçoit des soins de longue durée, et excédant les frais payables par tout régime étatique d'assurance, pourvu que l'occupation ait débuté en cours d'assurance. Cependant, les frais d'aide aux activités de la vie quotidienne sont exclus.

CENTRE DE RÉADAPTATION

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 tout régime étatique d'assurance, pourvu que la personne assurée soit admise dans un tel centre moins de 14 jours après la fin de son hospitalisation et que l'hospitalisation ait débuté en cours d'assurance.

MUTILATION ACCIDENTELLE

En cas de perte d'un membre à la suite d'un accident, pendant que l'assurance est en vigueur et si cette perte survient dans les 365 jours de la date de l'accident, la personne adhérente reçoit pour la perte subie par elle-même ou l'une de ses personnes à charge, s'il y a lieu, le montant indiqué au tableau suivant.

Perte	Montant
– des deux mains ou des deux pieds ou de la vue des deux yeux	50 000 \$
– d'une main et d'un pied	50 000 \$
– d'une main et de la vue d'un œil	50 000 \$
– d'un pied et de la vue d'un œil	50 000 \$
– d'une main ou d'un pied	25 000 \$
– de la vue d'un oeil	25 000 \$

La perte d'une main ou d'un pied signifie soit la perte d'usage totale et définitive, soit la séparation complète à l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus.

La perte de la vision d'un œil signifie la perte totale et irrémédiable de la vue de cet œil à laquelle aucune intervention chirurgicale ne pourrait remédier.

L'indemnité en cas de mutilation accidentelle est accordée sur une base de 24 heures par jour que la personne adhérente soit au travail ou non.

Avant d'accorder le montant d'assurance prévu, La Capitale a le droit de faire examiner la personne assurée.

EXCLUSIONS ET RÉDUCTION DE LA GARANTIE EN CAS DE MUTILATION ACCIDENTELLE

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

- Alors que la personne assurée exerce toute fonction d'un membre de l'équipage d'un aéronef ou qu'elle exerce une fonction quelconque se rapportant au vol ;
- En raison d'une guerre déclarée ou non ou de la participation active de la personne assurée à une insurrection réelle ou appréhendée ;
- En raison d'une tentative de suicide ou de suicide de la personne assurée, ou d'une blessure ou d'une mutilation que la personne assurée s'est volontairement infligée, qu'elle soit saine d'esprit ou non ;
- Lors de la participation de la personne assurée à un acte criminel ou réputé tel, y compris le fait de conduire un véhicule, bateau ou aéronef avec un taux d'alcoolémie qui dépasse la limite permise par la loi en vigueur au lieu de l'accident ;
- Pour une condition survenue alors que la personne assurée est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays ;
- En raison d'une maladie se manifestant lors d'un accident, mais ne résultant pas de cet accident ;
- À la suite d'un traitement médical ou dentaire, d'une intervention chirurgicale ou d'une anesthésie ;
- Lors de la conduite d'un véhicule, bateau ou aéronef, sous l'effet de drogues ou de médicaments pris non conformément à la prescription ou à la posologie recommandée par le fabricant.

DENTISTE EN CAS D'ACCIDENT

Les honoraires d'un dentiste ou d'un denturologiste à la suite d'un accident survenu en cours d'assurance, pour le traitement d'une mâchoire fracturée ou de lésions à des dents saines, naturelles et vivantes. Cependant, s'il existe plus d'un type de traitement pour la condition dentaire de la personne assurée, La Capitale rembourse les frais pour le traitement normal et approprié le moins cher. Les services doivent avoir été rendus dans les 24 mois de la date de l'accident.

FAUTEUIL ROULANT OU LIT D'HÔPITAL

Les frais de location ou d'achat, lorsque ce dernier mode est jugé plus économique par La Capitale, d'un fauteuil roulant non motorisé ou d'un lit d'hôpital, lesquels doivent tous deux être semblables à ceux habituellement en usage dans un centre hospitalier et ne doivent servir qu'à combler un besoin temporaire.

APPAREIL D'ASSISTANCE RESPIRATOIRE ET OXYGÈNE

Les frais de location ou d'achat, lorsque ce dernier mode est plus économique, d'un appareil respiratoire et de l'oxygène.

APPAREILS THÉRAPEUTIQUES

Les frais de location ou d'achat, si ce dernier mode est plus économique, d'appareils thérapeutiques. Cette garantie couvre également les frais d'ajustement, de remplacement et de réparation.

Les équipements ou les fournitures suivants sont également considérés comme des appareils thérapeutiques :

- a) les appareils d'aérosolthérapie, c'est-à-dire les appareils nécessaires au traitement, entre autres, de l'emphysème aigu, de la bronchite chronique ou de l'asthme chronique (ex. : nébulisateur ou compresseur) ;
- b) les stimulateurs de consolidation de fractures (ex. : stimulateur osseux) ;
- c) les instruments de surveillance respiratoire en cas d'arythmie respiratoire (ex. : moniteur d'apnée) ;
- d) les respirateurs à pression positive intermittente (ex. : ventilateur volumétrique) ;
- e) la pompe à insuline ;
- f) les vêtements pour le traitement de brûlures ;

- g) l'achat de couches pour incontinence, de sondes, de cathéters et d'autres articles hygiéniques du même genre devenus nécessaires à la suite de la perte totale et irrécouvrable de la fonction vésicale ou intestinale.

Cette garantie ne couvre pas les appareils de contrôle (tels que stéthoscope, thermomètre, etc.) ainsi que les accessoires domestiques (tels que bain tourbillon, purificateur d'air, humidificateur, climatiseur) et les autres appareils de même nature.

MEMBRES ARTIFICIELS ET PROTHÈSES EXTERNES

Les frais d'achat d'un membre ou d'un oeil artificiel ainsi que d'autres prothèses externes.

PROTHÈSE CAPILLAIRE

Les frais d'achat d'une prothèse capillaire à la suite de traitements de chimiothérapie.

PROTHÈSE MAMMAIRE

Les frais d'achat d'une prothèse mammaire externe par suite d'une mastectomie, en excédent du montant versé par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

APPAREILS ORTHOPÉDIQUES

Les frais d'achat ou de location, selon le cas, de corsets, de bandes herniaires, de plâtres, de béquilles, d'attelles ou d'autres appareils.

ORTHÈSES PLANTAIRES

Les frais d'achat d'orthèses plantaires (supports de voûte plantaire, semelles de compensation), fabriquées par un laboratoire orthopédique spécialisé, détenteur d'un permis émis par les autorités légales. Ces frais sont limités aux montants prévus à la liste de prix de l'Association nationale des orthésistes du pied.

CHAUSSURES ORTHOPÉDIQUES

Le coût initial ou le coût de remplacement de chaussures orthopédiques fabriquées sur mesure pour la personne assurée, par un laboratoire orthopédique spécialisé licencié en vertu des lois provinciales applicables. Les modifications ou additions faites à des chaussures préfabriquées, les chaussures ouvertes, évasées, droites ainsi que celles nécessaires au maintien des attelles dites de Dennis Browne sont également couvertes.

ORTHOPHONISTE, ERGOTHÉRAPEUTE ET AUDIOLOGISTE

Les honoraires d'orthophonistes, d'ergothérapeutes et d'audiologistes. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestations.

BAS DE SOUTIEN

Les frais d'achat de bas de soutien.

GLUCOMÈTRE

Les frais d'achat, d'ajustement, de remplacement ou de réparation d'un appareil utilisé pour mesurer le taux de glucose sanguin (glucomètre, dextromètre ou tout appareil du même genre) et de la mallette servant à son transport. La personne assurée doit présenter un rapport complet du médecin traitant attestant qu'elle est insulino-dépendante.

NEUROSTIMULATEUR TRANSCUTANÉ

Les frais d'ajustement, de remplacement ou de réparation d'un neurostimulateur transcutané.

CHIRURGIE ESTHÉTIQUE À LA SUITE D'UN ACCIDENT

Les frais de chirurgie esthétique nécessaire à la réparation d'un préjudice esthétique attribuable à un accident survenu alors que cette assurance est en vigueur, à condition que les services aient été rendus dans les 12 mois de la date de l'accident.

APPAREIL AUDITIF

Les frais d'achat, d'ajustement, de remplacement ou de réparation d'appareil auditif et les honoraires d'audioprothésiste.

ÉCHOGRAPHIES

Les frais d'échographies (autres que fœtales), effectuées à l'extérieur d'un centre hospitalier.

RADIOGRAPHIES ET ANALYSES DE LABORATOIRE

Les frais pour **sang, oxygène, plasma sanguin et transfusion**, de même que les frais d'une **radiographie et analyse de laboratoire** pour fins de prévention ou de diagnostic effectuées à l'extérieur du centre hospitalier, à l'exception des frais pour la conservation ou la congélation de sang et plasma.

ÉLECTROCARDIOGRAMMES, EXAMENS PAR ULTRASONS, TRAITEMENTS AU RADIUM ET AUX RAYONS X

Les frais d'électrocardiogramme, d'examen par ultrasons autres que les examens échographiques ou de traitements au radium et aux rayons X effectués à l'extérieur d'un centre hospitalier pour fins de diagnostic.

IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

Les frais de tests d'imagerie par résonance magnétique effectués à l'extérieur d'un centre hospitalier pour fins de diagnostic.

SOUTIENS-GORGE POSTOPÉRATOIRES

Les frais d'achat de soutiens-gorge postopératoires requis à la suite d'une mastectomie radicale.

EXAMENS DE LA VUE

Les honoraires pour un examen de la vue effectué par un ophtalmologiste ou un optométriste.

PSYCHOLOGUE, PSYCHANALYSTE, PSYCHIATRE, PSYCHOTHÉRAPEUTE, TRAVAILLEUR SOCIAL ET CONSEILLER EN ORIENTATION

Les honoraires de psychologues, de psychanalystes, de psychiatres, de psychothérapeutes, de travailleurs sociaux et de conseillers en orientation. Les services de psychiatres sont seulement ceux rendus comme traitements de psychanalyse et dans la mesure où ces professionnels font partie de la Société canadienne de psychanalyse. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée est sujet à prestations.

ACUPUNCTEUR

Les honoraires d'acupuncteurs. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestations.

CHIROPATICIEN

Les honoraires de chiropraticiens. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestations. Les radiographies sont également admissibles.

PHYSIOTHÉRAPEUTE, THÉRAPEUTE EN RÉADAPTATION ET THÉRAPEUTE DU SPORT

Les honoraires de physiothérapeutes, de thérapeutes en réadaptation physique et de thérapeutes du sport. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestations.

PODIATRE ET PODOLOGUE

Les honoraires de podiatres et de podologues. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestations.

HOMÉOPATHE

Les honoraires d'homéopathes, incluant les frais de médicaments homéopathiques obtenus sur ordonnance d'un homéopathe ou d'un médecin. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestations.

OSTÉOPATHE

Les honoraires d'ostéopathes. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestations.

NATUROPATHE

Les honoraires de naturopathes. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestations.

MASSOTHÉRAPEUTE, KINÉSITHÉRAPEUTE ET ORTHOTHÉRAPEUTE (MKO)

Les honoraires de massothérapeutes, de kinésithérapeutes et d'orthothérapeutes. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestations.

DIÉTÉTISTE

Les honoraires de diététistes. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestations.

SOINS INFIRMIERS

Les honoraires pour des soins médicaux rendus au domicile de la personne assurée, par des infirmiers ou des infirmiers auxiliaires membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative, à l'exclusion de toute personne qui réside habituellement à la maison de la personne assurée ou qui est un proche parent.

SOINS ET SERVICES À DOMICILE

Les frais pour les services décrits ci-après, lorsqu'ils sont recommandés par un médecin et rendus nécessaires à la suite d'une hospitalisation ou d'une chirurgie d'un jour, pourvu qu'ils soient engagés dans les 30 jours suivant l'hospitalisation de la personne assurée ou suivant sa sortie de l'unité de chirurgie d'un jour ou de médecine de jour et pourvu qu'ils ne puissent être rendus par une personne qui réside avec la personne assurée.

- a) Les honoraires pour des services d'aide à domicile, facturés par un organisme spécialisé, pour se laver, se nourrir, se vêtir et pourvoir à ses besoins élémentaires d'hygiène ;
- b) Les frais de séjour dans une maison d'hébergement spécialisée dans les soins après hospitalisation ;
- c) Les frais de base pour des services d'entretien courant du domicile de la personne assurée (préparation des repas, ménage, lessive, vaisselle, tonte de la pelouse et déneigement), effectués par une personne autre qu'un proche parent de la personne assurée ;
- d) Les honoraires pour des services de garde d'enfants mineurs, dispensés par une personne autre qu'un proche parent de la personne assurée ;
- e) Les frais de transport public pour une visite médicale chez le médecin ou au centre hospitalier incluant les frais d'accompagnement, si nécessaire, par une personne autre qu'un proche parent de la personne assurée.

Pour obtenir les services décrits aux points a) et b), communiquer avec le service de références de La Capitale dont les numéros sont indiqués à la fin de la brochure. De plus, à la suite d'une hospitalisation ou d'une chirurgie d'un jour, La Capitale offre un service téléphonique de renseignements concernant les différents intervenants disponibles dans la région où réside la personne assurée (CLSC, pharmacie, laboratoire, centre hospitalier, etc.).

CURE DE DÉSINTOXICATION

Les frais engagés pour un séjour en clinique privée, spécialisée dans le traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie et reconnue comme tel, excluant toutefois le tabagisme. Les frais de séjour dans une clinique spécialisée en réhabilitation de joueurs compulsifs sont également admissibles.

FRAIS DE TRANSPORT ET D'HÉBERGEMENT AU QUÉBEC

Les frais de transport et d'hébergement engagés au Québec pour obtenir les services professionnels d'un médecin spécialiste non disponible dans la région de résidence de la personne assurée. Les frais suivants sont admissibles :

- les frais de déplacement en automobile ou par un transporteur public (autobus, avion, bateau, train) et les frais d'hébergement engagés dans un établissement public, à condition que la consultation ou le traitement nécessite un séjour.

Toutefois, les conditions suivantes s'appliquent :

- Les frais admissibles doivent être engagés, sur ordonnance médicale, pour consultation d'un médecin spécialiste non présent dans la région de résidence de la personne assurée. Sont également admissibles, les frais pour un traitement non disponible dans cette région et rendu par un médecin spécialiste ;
- Les frais admissibles doivent être occasionnés par un déplacement d'au moins 200 km du lieu de résidence de la personne assurée au lieu de la consultation (aller seulement), ce dernier lieu devant par ailleurs être le plus près possible du lieu de résidence de la personne assurée ;
- Pour les déplacements 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 admissibles sont remboursés sur production de reçus ou de factures acquittées, sauf si le moyen de transport utilisé est l'automobile ;
- Les frais admissibles comprennent les frais engagés par une personne assurée ainsi que par la personne qui l'accompagne.

EXCLUSIONS ET RÉDUCTION DU RÉGIME

Sous réserve des dispositions de la Loi sur l'assurance médicaments (L.R.Q., c. A-29.01), sont exclus les produits et services décrits et aucun remboursement n'est effectué par La Capitale pour les frais subis lors des événements suivants :

- Pour des vaccins préventifs ;

- Pour des prothèses dentaires, lunettes, verres de contact ou leur ajustement ou pour une chirurgie au laser, sauf si nécessaires à la suite d'un accident ;
- Pour des appareils auditifs ou leur ajustement, sauf si nécessaires à la suite d'un accident. Cette exclusion s'applique au régime d'assurance maladie 1 seulement ;
- Pour des injections dans le cadre d'une cure d'amaigrissement ;
- Pour une chirurgie, des traitements ou des prothèses à des fins esthétiques, sauf à la suite d'un accident ;
- Pour des soins prodigués principalement à des fins esthétiques, les lunettes de protection ou de soleil et les soins prodigués gratuitement ;
- Pour tout produit ou service non médicalement requis ;
- Pour des prothèses capillaires, sauf à la suite de traitements de chimiothérapie. Cette exclusion s'applique au régime d'assurance maladie 1 seulement ;
- Pour un examen de la vue ou de l'ouïe ;
- En raison d'une blessure ou d'une mutilation que la personne assurée s'est infligée volontairement, qu'elle soit saine d'esprit ou non ;
- Pour des soins et services administrés par un proche parent de la personne assurée ou par une personne qui réside avec cette dernière ;
- Pour un examen médical périodique, ou pour un examen médical pour fins d'emploi, pour fins d'admission à une institution scolaire, pour fins d'assurance ou pour un voyage de santé ;
- Pour une condition survenue alors que la personne assurée est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays ;
- En raison d'une guerre déclarée ou non, ou de participation active à une insurrection réelle ou appréhendée ;
- Pour une condition survenue lors de la participation de la personne assurée à un acte criminel ou réputé tel ;
- Pour tous frais relatifs à l'insémination ;
- Pour tous frais relatifs au traitement de l'infertilité ;
- Pour tout soin, service ou fourniture de nature expérimentale ;
- Pour tout ticket modérateur, franchise ou coassurance exigé par tout régime public pour 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.

Les exclusions mentionnées précédemment s'appliquent également à la garantie d'assurance voyage.

De plus, sont exclus les frais payables en vertu de tout autre régime individuel ou collectif, ainsi que les frais pour lesquels la personne assurée a droit à une indemnité en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (L.R.Q., c. A-3.001), de la Loi sur l'assurance automobile (L.R.Q., A-25), de la Loi sur l'assurance hospitalisation (L.R.Q., A-28), de la Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., c. A-29) ou de toute autre loi canadienne ou étrangère au même effet.

Finalement, sont exclus les frais engagés pour des soins, services ou fournitures pour lesquels la personne assurée n'est pas tenue de payer, qu'elle ne serait pas tenue de payer si elle s'était prévalu des dispositions de tout régime public ou ne serait pas tenue de payer en l'absence de la présente garantie.

RÉGIME COMPLÉMENTAIRE 2 – ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE OBLIGATOIRE

Le régime complémentaire 2 d'assurance invalidité de longue durée est conçu pour compléter le régime d'assurance salaire de la convention collective ou le régime équivalent d'assurance salaire de courte durée et pour procurer à la personne adhérente un revenu jusqu'à son 65^e anniversaire de naissance si jamais une invalidité la rendait totalement incapable de travailler durant une période prolongée.

Chaque syndicat peut retenir le Régime A ou le Régime B, tel que prévu à la définition d'invalidité totale de la section « Renseignements généraux ». Ce choix est irrévocable jusqu'au 1^{er} janvier qui suit l'échéance d'une période de trente-six mois après la date de ce choix, à moins d'une modification à cet effet à la convention collective.

Sur réception et approbation par La Capitale des preuves établissant qu'une personne adhérente, en vertu du présent contrat, est devenue invalide tel que défini aux présentes, selon le régime retenu par le syndicat et après expiration du délai de carence défini au point 2, La Capitale verse à cette personne adhérente des prestations mensuelles dont le montant est déterminé ci-après :

1. Période de prestations

Le premier versement de prestations est payable à compter du 31^e jour suivant l'expiration du délai de carence et les versements suivants sont effectués mensuellement par la suite.

De plus, le droit aux prestations cesse à la première des éventualités suivantes :

- Le dernier jour de la semaine au cours de laquelle la personne adhérente atteint l'âge de 65 ans ;
- La fin de l'invalidité totale ;
- Le défaut de produire des preuves de la persistance de l'invalidité jugées satisfaisantes par La Capitale ;
- Le refus de se soumettre à un examen médical tel que demandé par La Capitale ;
- Le décès de la personne adhérente.

2. Délai de carence

Les prestations mensuelles sont payables à l'expiration du délai de carence, lequel prend fin à la dernière des dates suivantes :

- la fin des 104 premières semaines d'invalidité totale d'une même période d'invalidité totale ;
- la fin du paiement des prestations d'invalidité prévues par la convention collective ou par un régime d'assurance salaire équivalent ;
- pour la personne adhérente qui reçoit son traitement annuel sur une période inférieure à 12 mois et pour qui la prestation mensuelle devient payable au cours de la période où le versement de son traitement par l'employeur est normalement suspendu, la prestation mensuelle devient payable le 1^{er} septembre qui suit la fin du paiement des prestations d'invalidité prévues à la convention collective ou par un régime d'assurance équivalent.

3. Montant des prestations

Le montant de la prestation est égal à 75 % du salaire annuel net, le salaire net étant le salaire brut moins les impôts et les cotisations au RRQ, au RQAP et à l'assurance emploi. Les prestations sont non imposables.

Aux fins du calcul des prestations payables par le régime d'assurance invalidité de longue durée, le salaire utilisé est le salaire brut qui s'applique à la fin de la 104^e semaine d'invalidité en vertu du régime d'assurance salaire prévu à la convention collective. Si le salaire qui s'applique à la fin de la 104^e semaine d'invalidité est inférieur à celui qui s'appliquait au début de cette même période d'invalidité, ce dernier salaire est utilisé pour les fins du calcul des prestations. Si le salaire est supérieur à 0 \$ et inférieur à 1 200 \$ par mois, c'est ce dernier montant (1 200 \$) qui est utilisé comme salaire brut aux fins du calcul des prestations payables par le régime d'assurance invalidité de longue durée.

4. Réduction des prestations

Le montant des prestations décrites précédemment est réduit de la somme des montants suivants :

- a) Tout **traitement** reçu de l'employeur, excluant les jours de vacances et les congés de maladie monnayables ;

- b) De 80 % du montant de toute **rente de retraite** payable par le RRE ou par un autre régime de retraite à l'intention des personnes employées des secteurs public et parapublic s'appliquant à la personne adhérente ;
- c) De 100 % du montant initial de toute **rente de retraite** payable en vertu du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada ;
- d) Lorsqu'une personne employée non retraitée atteinte d'invalidité totale cesse de participer à son régime de retraite privé tout en n'ayant droit qu'à une rente différée, décide de transférer la valeur présente de ladite rente dans un contrat de rente immobilisé (CRI), La Capitale établit le montant de la rente mensuelle payable par le présent régime comme si tel transfert n'avait pas eu lieu. Pour ce faire, une évaluation à la date où la personne employée aurait eu droit à une rente de retraite à laquelle cette personne employée aurait eu droit n'eût été du transfert de la valeur présente de la rente de retraite dans le CRI. Aux fins d'application de la présente disposition, la valeur simulée de la rente de retraite ainsi obtenue est alors considérée comme étant effectivement payée à la personne employée par le régime de retraite à compter du moment où elle y aurait eu droit n'eût été du transfert au CRI ;
- e) Du montant des prestations d'invalidité en vertu du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada auxquelles la personne adhérente a droit, et ce, avant tout partage ou retenue de quelque nature que ce soit, ou auxquelles la personne adhérente aurait droit si une demande avait été faite et approuvée, à moins qu'une preuve en bonne et due forme démontrant qu'une telle demande a été refusée ne soit soumise à La Capitale.

Une personne adhérente invalide qui a droit à la rente d'invalidité de la Régie des rentes du Québec et qui demande sa rente de retraite de la Régie est présumé recevoir la rente d'invalidité qu'elle aurait reçue si elle en avait fait la demande ou qu'elle aurait continué de recevoir si elle n'avait pas demandé sa rente de retraite.

- f) Du montant de prestations reliées à l'invalidité 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 à caractère social 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 démontrant qu'une telle demande a été refusée ne soit soumise à La Capitale, moins les impôts fédéral et provincial payables sur ces prestations.

- g) De **95 %** du montant net mensuel initial de toute **rente payable en relation avec l'invalidité concernée, par le RRE ou par le RRF**, ou par un autre régime privé de retraite s'appliquant à la personne employée. Par montant net, on entend le montant de rente prévu par le régime concerné moins les impôts fédéral et provincial payables sur ces rentes.

À défaut de recevoir les montants des différentes sources de revenu mentionnées précédemment, il incombe à la personne employée de faire la preuve qu'elle a soumis des demandes de prestations aux organismes concernés. Toutefois, la personne employée n'est pas obligée de demander le paiement d'une rente lorsque la mise en paiement de cette rente entraîne l'application d'une réduction actuarielle de cette rente :

- h) De 75 % du revenu procuré par tout emploi rémunérateur, sauf pour le revenu provenant du travail effectué dans le cadre d'un programme de réadaptation approuvé par La Capitale. Par revenu de tout emploi rémunérateur, on entend toute activité professionnelle ou commerciale pour laquelle la personne adhérente touche une compensation directe ou indirecte, immédiate ou différée, déductions faites des dépenses courantes engagées dans l'exercice de ses fonctions, d'après les normes édictées par le ministère du Revenu du Québec.

Les revenus d'investissement ne sont pas considérés comme un emploi rémunérateur sauf si ces derniers procurent à la personne adhérente un revenu supérieur à 20 % des prestations d'invalidité totale, auquel cas l'excédent du 20 % sera considéré comme un revenu provenant d'un emploi rémunérateur. Cependant, les actifs détenus avant le début de l'invalidité et les revenus d'investissement qui en découlent, incluant tout gain de capital provenant de la vente de ces actifs, ne sont pas pris en considération.

Malgré ce qui est prévu au premier paragraphe de la présente disposition, la personne qui occupe un travail rémunérateur et qui n'en a pas avisé La Capitale verra le montant de la rente mensuelle réduit de 100 % du revenu procuré par tout emploi rémunérateur au lieu de 75 %, et ce, rétroactivement à la date de début d'emploi.

Pour les prestations mentionnées aux paragraphes b), c), e) et f), la personne adhérente a l'obligation de présenter une demande de prestations auprès de l'autorité concernée si La Capitale l'exige et le défaut de la personne adhérente de s'exécuter entraînera les réductions du montant des prestations, décrites à ces paragraphes. Toutefois, la personne employée ne doit pas obligatoirement demander le paiement d'une rente de retraite si ce paiement entraîne l'application d'une réduction actuarielle de la rente ou lorsqu'elle bénéficie de l'exonération des cotisations à son régime de retraite et qu'elle n'a pas atteint 35 ans de service cotisé.

Si la personne adhérente invalide a obtenu un remboursement total ou partiel de ses contributions à son régime de retraite ou le versement d'une partie de la valeur présente de sa rente, l'intégration prévue au présent article s'applique sur la base de la rente qui aurait été payable en vertu du régime de retraite n'eut été d'un tel remboursement ou versement.

Aucune augmentation de tout montant mentionné aux paragraphes b), c), e) et f) provenant de l'indexation du coût de la vie ne réduit le montant de la prestation payable en vertu de ce régime.

5. Indexation

Tant que la personne adhérente est invalide, le montant des prestations mensuelles est ajusté annuellement au 1^{er} janvier selon les mêmes modalités que celles applicables en vertu du Régime de rentes du Québec, sans toutefois excéder 3 %.

6. Programme de réadaptation

Lorsque la personne adhérente effectue un travail dans le cadre d'un programme de réadaptation approuvé par La Capitale, les prestations payables sont réduites de 50 % de la rémunération provenant dudit travail.

7. Exclusions et réduction du régime

Aucune prestation n'est payable en vertu du présent régime :

- a) Si l'invalidité totale de la personne adhérente survient dans les cas suivants :
 - En raison d'une guerre déclarée ou non ou de la participation active de la personne adhérente à une insurrection réelle ou appréhendée ;
 - En raison d'une blessure ou d'une mutilation que la personne adhérente s'est infligée volontairement, qu'elle soit saine d'esprit ou non ;
 - Lors de la participation de la personne adhérente à un acte criminel ou réputé tel ;
 - Pour une condition survenue alors que la personne adhérente est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays ;

- En raison d'alcoolisme, de toxicomanie ou de jeu compulsif, sauf s'il s'agit d'une période d'invalidité pendant laquelle la personne adhérente reçoit des traitements ou des soins médicaux continus en vue de sa désintoxication ou de sa réadaptation auprès d'un établissement, d'un organisme ou d'une institution spécialisés à cet effet;
 - En raison d'une cessation de travail pour subir une chirurgie plastique effectuée uniquement à des fins esthétiques, à moins qu'elle ne s'avère nécessaire à la suite d'une maladie ou d'une blessure.
- b) À l'égard d'une invalidité totale durant laquelle la personne adhérente est dans l'une des situations suivantes :
- Congé de maternité pris conformément à une loi provinciale ou fédérale ou un congé de maternité accordé par l'employeur. Le congé est réputé débiter à la date prévue du départ ou à la date de l'accouchement, selon la première éventualité ;
 - Période pour laquelle la personne adhérente reçoit des prestations de maternité en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi ou de la Loi sur l'assurance parentale ;
- c) Pour toute période d'invalidité au cours de laquelle la personne adhérente n'est pas sous les soins d'un médecin, sauf dans le cas où la personne adhérente est dans un état stationnaire attesté par un médecin, à la satisfaction de La Capitale ;
- d) Durant une période pendant laquelle la personne adhérente exerce une occupation rémunératrice. Cette exclusion n'est toutefois pas applicable si la personne adhérente exerce une occupation rémunératrice telle que prévue par les dispositions de ce contrat ou dans le cadre d'un programme de réadaptation.

RÉGIME COMPLÉMENTAIRE 3 – ASSURANCE VIE

1. Régime d'assurance vie de la personne adhérente

Au décès d'une personne adhérente alors que ce régime est en vigueur, La Capitale paie au bénéficiaire le montant d'assurance suivant selon le choix fait par la personne adhérente :

MONTANTS D'ASSURANCE DISPONIBLES **SANS PREUVES** D'ASSURABILITÉ

10 000 \$ – 25 000 \$ – 50 000 \$

MONTANTS D'ASSURANCE DISPONIBLES **AVEC PREUVES** D'ASSURABILITÉ

75 000 \$ – 100 000 \$ – 125 000 \$ – 150 000 \$ – 175 000 \$ – 200 000 \$ –
225 000 \$ – 250 000 \$

IMPORTANT

Les premiers 25 000 \$ sont considérés comme de l'assurance vie de base tandis que les montants excédant 25 000 \$ sont considérés comme de l'assurance vie additionnelle.

Sous réserve de la section « Entrée en vigueur de l'assurance », les montants de 10 000 \$, 25 000 \$ et 50 000 \$ sont disponibles sans preuves d'assurabilité. Les montants supérieurs à 50 000 \$ sont toujours sujets à l'acceptation des preuves d'assurabilité par La Capitale.

Une personne adhérente ne peut faire une demande d'assurance vie ou d'assurance vie additionnelle si elle est totalement invalide. Dans ce cas, la personne adhérente pourra soumettre sa demande lors de son retour au travail actif.

Les montants en excédent de 25 000 \$ sont réduits de 50 % à compter de la date du 65^e anniversaire de naissance de la personne adhérente.

Exclusion et réduction du régime

Pour les montants en excédent de 25 000 \$ demandés plus de 30 jours après la date d'admissibilité, ce régime ne s'applique pas si la personne adhérente meurt par suite de suicide ou des suites de toute tentative de suicide, qu'elle soit saine d'esprit ou non à ce moment, au cours des 12 premiers mois qui suivent la date de prise d'effet du présent régime, de sa remise en vigueur ou de toute augmentation du montant d'assurance. Le régime ou l'augmentation, selon le cas, est alors nul et sans effet et la responsabilité de La Capitale est limitée au remboursement des primes perçues.

Dans le cas d'une personne employée nouvellement engagée qui signe son contrat d'engagement après la date à laquelle elle devient admissible, le délai de 30 jours s'applique à compter de la date de signature du contrat d'engagement.

2. Régime d'assurance vie des personnes à charge

– Garantie d'assurance vie de base des personnes à charge

Pourvu que ce régime soit en vigueur, le montant payable au décès d'une personne à charge assurée d'une personne adhérente est le suivant :

- Personne conjointe : 10 000 \$;
- Enfant à charge : 5 000 \$ à compter de l'âge de 24 heures. Dans le cas d'une personne adhérente détenant un statut de protection monoparental, le montant d'assurance payable pour un enfant à charge est alors augmenté d'une somme de 10 000 \$ divisé par le nombre d'enfants à charge dans la famille.

Ces montants sont disponibles sans preuves d'assurabilité.

– Garantie d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe :

- La personne adhérente peut souscrire de 1 à 10 tranches de montant d'assurance vie additionnelle pour sa personne conjointe. Chaque tranche de montant d'assurance vie est égale à 10 000 \$.

Le montant d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe de la personne adhérente est réduit de 50 % à compter de la date du 65^e anniversaire de naissance de la personne adhérente.

- Une personne adhérente ne peut faire une demande d'assurance vie additionnelle pour sa personne conjointe si celle-ci n'est pas assurée en vertu du régime d'assurance vie de base des personnes à charge ou si la personne adhérente est totalement invalide. Dans ce dernier cas, la personne adhérente pourra soumettre sa demande lors de son retour au travail actif.
- Cette garantie est sujette à l'acceptation par La Capitale des preuves d'assurabilité requises et fournies par la personne concernée au moment de l'adhésion et lors de l'ajout d'une nouvelle tranche d'assurance vie additionnelle. Toute fausse déclaration ou réticence de la part de la personne concernée peut entraîner la nullité de ce régime pour cette personne.

Exclusion et réduction du régime

Ce régime ne s'applique pas si la personne assurée meurt par suite de suicide ou des suites de toute tentative de suicide, qu'il soit sain d'esprit ou non à ce moment, au cours des 12 premiers mois qui suivent la date de prise d'effet du présent régime, de sa remise en vigueur ou de toute augmentation du montant d'assurance. Le régime ou l'augmentation, selon le cas, est alors nul et sans effet et la responsabilité de La Capitale est limitée au remboursement des primes perçues.

3. Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale

Une personne adhérente ou sa personne conjointe dont l'espérance de vie est d'au plus 12 mois et qui bénéficie de l'« Exonération des primes en cas d'invalidité totale », peut obtenir le paiement anticipé d'une partie du montant d'assurance qu'elle détient en présentant une demande écrite à La Capitale, accompagnée des preuves médicales appropriées et de l'acceptation écrite du bénéficiaire si celui-ci est désigné irrévocable.

Le montant payable en vertu du présent article est limité à 50 % de la somme des montants d'assurance vie (base et additionnelle) de la personne adhérente ou de sa personne conjointe, sans toutefois excéder 50 000 \$.

Les montants d'assurance vie servant au calcul du paiement anticipé excluent tout montant ou toute fraction de montant prenant fin selon les dispositions du contrat au cours des 24 mois suivant la date de la demande et ne pouvant être remplacés par une autre garantie.

Lors du décès de la personne adhérente ou de sa personne conjointe, le montant payable par La Capitale est réduit du montant payé à titre de prestation anticipée, accumulé avec intérêt. Le taux d'intérêt utilisé pour calculer le paiement final dans une année donnée correspond au taux des obligations du Canada 5-10 ans tel que publié dans la revue mensuelle de la Banque du Canada (série V80691330) au 31 décembre précédent arrondi au $\frac{1}{4}$ de 1 % supérieur.

La Capitale n'assume aucune responsabilité quant au traitement fiscal de la prestation. De plus, les conditions prévues au présent article cessent de s'appliquer à la terminaison du contrat, même pour les personnes adhérentes exonérées du paiement des primes.

DEMANDE DE PRESTATIONS

Tous les formulaires sont disponibles auprès du responsable de groupe chez le Preneur ou chez l'employeur. Ils sont également disponibles sur le site Internet de La Capitale à l'adresse : www.lacapitale.com.

Assurance maladie Médicaments – Service de paiement automatisé différé

Lors de l'achat de médicaments, la personne assurée présente sa carte de services au pharmacien. La demande de prestations est transmise automatiquement à La Capitale, cependant, la personne assurée doit acquitter entièrement le coût des médicaments qu'elle achète. La Capitale effectuera le paiement 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 assurée doit faire parvenir à La Capitale le formulaire de demande de prestations dûment rempli, daté et signé. Il est important de suivre les indications inscrites sur le formulaire et de joindre les factures originales et les reçus officiels des frais engagés. La personne assurée doit conserver ses copies de reçus, car les originaux ne sont pas retournés. En ce qui concerne les frais d'hospitalisation, la personne assurée présente sa carte de services au centre hospitalier, lequel fera ensuite parvenir la demande de prestations directement à La Capitale. Toute demande de prestations doit être présentée à La Capitale dans les 12 mois qui suivent la date où les frais ont été engagés.

Dépôt direct des prestations d'assurance maladie

Pour adhérer à ce service, rien de plus simple. Il suffit de remplir le formulaire d'adhésion et de le retourner à La Capitale. Sur acceptation de la demande de prestations, celles-ci seront déposées dans le compte de la personne adhérente. La Capitale transmet ensuite un relevé confirmant le montant déposé et la date du traitement de la réclamation.

Assurance vie

Il appartient au bénéficiaire de demander la somme assurée en communiquant avec La Capitale 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 La Capitale.

ASSURANCE VOYAGE

Les frais usuels et raisonnables et les services décrits ci-après sont admissibles s'ils sont engagés par suite d'un décès, 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 en vertu du programme gouvernemental d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation de sa province de résidence au Canada, et ce, tout au long de son séjour à l'extérieur de sa province de résidence.

Les prestations sont accordées en supplément et non en remplacement des prestations prévues par les programmes gouvernementaux.

Le remboursement maximal par personne assurée est indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

IMPORTANT

Si une personne assurée est porteuse d'une maladie connue, elle doit s'assurer avant son départ, que son état de santé est bon et stable, qu'elle peut effectuer ses activités régulières et qu'aucun symptôme ne laisse raisonnablement présager que des complications puissent survenir ou que des soins soient requis pendant la durée du voyage à l'extérieur de sa province de résidence.

En d'autres termes, pour qu'une personne soit couverte, la maladie ou l'affection connue doit être sous contrôle avant son départ.

Si la maladie ou l'affection

- s'est aggravée ;
- a été l'objet d'une rechute ou d'une récurrence ;
- est instable ;
- est en phase terminale d'évolution ;
- est chronique et présente des risques de dégradation ou de complications prévisibles pendant la durée du voyage ;

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, 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.

1. Frais admissibles

- a) Les frais d'hospitalisation dans un centre hospitalier destiné à fournir des traitements actifs où le patient reçoit effectivement un traitement curatif. Les frais engagés sont payables uniquement dans la mesure où ces frais sont admissibles à des prestations en vertu du régime d'assurance hospitalisation de la province de résidence de la personne assurée et uniquement pour la partie des frais qui excède les prestations payables par ce régime.
- b) 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 dans la mesure où ces frais sont admissibles à des prestations en vertu du régime d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée et uniquement pour la partie des frais qui excède les prestations payables par ce régime.
- c) Le transport en ambulance, en direction du centre hospitalier le plus proche du lieu de l'événement, par un ambulancier licencié.
- d) Les médicaments ne pouvant être obtenus que sur ordonnance médicale.
- e) Les honoraires d'un infirmier diplômé pour des soins infirmiers privés, donnés exclusivement au centre hospitalier, lorsqu'ils sont médicalement nécessaires et prescrits par le médecin traitant, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 5 000 \$.

L'infirmier ne doit cependant avoir aucun lien de parenté avec la personne assurée, ni être un compagnon de voyage.
- f) Les honoraires de chiropraticien, de podiatre et de physiothérapeute.
- g) La location de fauteuil roulant, de lit d'hôpital et d'appareil d'assistance respiratoire.
- h) Les frais d'analyses de laboratoire et de radiographies.

- i) L'achat de bandages herniaires, de corsets, de béquilles, d'attelles, de plâtres et d'autres appareils orthopédiques.
- j) 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 et les soins peuvent être obtenus après le retour de la personne assurée dans sa province de résidence.
- k) Les frais de rapatriement du patient en direction de sa province de résidence pour une hospitalisation immédiate et les frais de transport pour conduire la personne assurée jusqu'au lieu le plus près où les services médicaux appropriés sont disponibles. Les frais de transport ou de rapatriement doivent être autorisés au préalable par La Capitale ou la compagnie d'assistance voyage et les prestations sont limitées au coût le plus bas qui peut être obtenu, selon l'évaluation de La Capitale, compte tenu de l'état de la personne malade.
- l) Le coût du transport aérien aller et retour en classe économique d'une escorte médicale lorsqu'elle est exigée par le transporteur aérien et autorisée au préalable par La Capitale ou la compagnie d'assistance voyage. L'escorte médicale ne doit pas être un proche parent de la personne assurée, ni un compagnon de voyage.
- m) Le coût du retour, par une agence commerciale, du véhicule personnel de la personne assurée ou d'un véhicule de location, à sa résidence ou à l'agence appropriée de location de véhicule la plus proche, si une maladie ou un accident rend la personne assurée incapable de s'en occuper, sous réserve d'un remboursement maximal de 1 000 \$. La personne assurée doit présenter un certificat médical du médecin traitant mentionnant son incapacité à utiliser son véhicule.
- n) En cas de décès de la personne assurée à l'extérieur de sa province de résidence, les frais engagés pour la préparation et le retour de la dépouille, à l'exclusion du coût du cercueil, par la route la plus directe pour se rendre dans sa province de résidence jusqu'à concurrence de 5 000 \$. Ces frais doivent être autorisés au préalable par La Capitale ou la compagnie d'assistance voyage.
- o) Les frais d'hébergement et de repas, dans un établissement commercial, que la personne assurée doit engager parce qu'elle a reporté son retour en raison d'une hospitalisation d'au moins 24 heures de la personne assurée elle-même, d'un proche parent qui l'accompagne ou d'un compagnon de voyage, jusqu'à concurrence de 200 \$ par jour et d'un maximum de 2 500 \$ par séjour à l'étranger pour l'ensemble des personnes assurées en vertu de la présente garantie.

p) Les frais d'hébergement et de repas, dans un établissement commercial ainsi que les frais de transport, selon le moyen le plus économique, aller et retour en classe économique par la route la plus directe en avion, en autobus ou en train, d'un seul proche parent se rendant au centre hospitalier où séjourne la personne assurée depuis au moins 7 jours ou pour identifier la personne assurée avant le transport de la dépouille. La notion de proche parent inclut aussi un ami advenant le fait que la personne assurée n'ait aucun proche parent dans le contexte précisé précédemment. Ces frais doivent être convenus au préalable avec La Capitale ou la compagnie d'assistance voyage et la personne assurée doit présenter un document rédigé par le médecin traitant ou par les autorités locales qui attestent de la nécessité de la visite. Les frais remboursables sont limités par séjour à l'étranger pour l'ensemble des personnes assurées aux maximums suivants :

- Pour le transport : 2 500 \$.
- Pour l'hébergement et les repas : 200 \$ par jour, pour un maximum de 1 600 \$.

q) Services 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.

Les services d'assistance voyage qui peuvent être rendus à la suite d'un accident ou d'une maladie par suite d'une situation d'urgence sont :

- Diriger la personne assurée vers une clinique ou un centre hospitalier approprié ;
- Vérifier la couverture de l'assurance médicale afin d'éviter, si possible, à la personne assurée d'effectuer un dépôt monétaire ;
- Assurer le suivi du dossier médical de la personne assurée ;
- Coordonner le retour et le transport du patient aussitôt que médicalement possible ;
- Apporter une aide d'urgence ainsi que la coordination des demandes de règlements et lorsque nécessaire, effectuer une avance de fonds ;
- Si nécessaire, prendre des dispositions pour le transport d'un proche parent au chevet du patient ou pour identifier ou coordonner le rapatriement d'une personne décédée ;
- Si nécessaire, prendre les dispositions pour le retour de la personne conjointe ou des enfants à charge à leur domicile (frais de retour non compris) ;

- Si nécessaire, coordonner le retour du véhicule personnel de la personne assurée si une maladie ou un accident la rend incapable de s'en occuper ;
- Si nécessaire, communiquer avec la famille ou avec le bureau de la personne assurée ;
- Servir d'interprète aux appels d'urgence ;
- Recommander un avocat dans le cas d'un accident grave (frais d'avocat non compris).

Ni La Capitale, ni la compagnie d'assistance voyage ne sont responsables de la disponibilité et de la qualité des soins médicaux et hospitaliers administrés ni de la possibilité d'obtenir de tels soins.

Certains des services décrits ne sont pas disponibles dans certains pays. Les services fournis peuvent être modifiés par La Capitale ou la compagnie d'assistance voyage sans préavis.

2. Affectation à l'extérieur de la province de résidence

Les frais prévus aux dispositions « Frais admissibles » et « Services d'assistance voyage » qui ne sont pas admissibles du seul fait qu'ils sont reliés à des soins non urgents ou qu'ils constituent des frais reliés à une grossesse, sont couverts par la présente garantie lorsque ces frais sont engagés alors que la personne adhérente est affectée à l'extérieur de sa province de résidence pour les fins de son travail depuis plus de 30 jours consécutifs. Pour être admissibles, les frais doivent être engagés dans la région la plus proche du lieu d'affectation de la personne adhérente où les soins ou les services requis sont disponibles.

3. Limitations

Si, à la suite d'un accident ou d'une maladie subite, une personne assurée doit être hospitalisée, elle doit contacter aussitôt que possible La Capitale ou la compagnie d'assistance voyage. À défaut de communiquer avec ces derniers, les indemnités demandées pourront être refusées ou substantiellement réduites.

La Capitale ou la compagnie d'assistance voyage se réserve le droit de rapatrier toute personne assurée dans sa province de résidence lorsque son état de santé le permet. Tout refus de rapatriement libère La Capitale de toute responsabilité relativement aux frais engagés par la suite.

Dans le cas d'une condition médicale qui requiert des services médicaux prolongés, des traitements ou une chirurgie, si une preuve médicale révèle qu'après un diagnostic ou un traitement d'urgence de cette condition, la personne assurée aurait pu retourner dans sa province de résidence, mais qu'elle a choisi d'obtenir les services, traitements ou chirurgie à l'extérieur de sa province de résidence, La Capitale n'assume pas le coût desdits services, traitements ou chirurgie ou autres frais.

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

En plus des exclusions et réduction du régime d'assurance maladie, aucune somme n'est payée ni aucune assistance donnée à la personne assurée par La Capitale ou l'Assisteur pour les frais suivants :

- a) Les frais engagés après le retour de la personne assurée dans sa province de résidence ;
- b) Les frais payables en vertu d'une loi sociale ou d'un régime d'assurance sociale ;
- c) 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 ;
- d) Les frais hospitaliers ou médicaux qui ne sont pas assurés en vertu du régime d'assurance hospitalisation ou d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée ;
- e) Les frais engagés hors de la province de résidence de la personne assurée quand ces frais auraient pu être engagés dans sa province de résidence, sans danger pour la vie ou la santé de la personne assurée, à l'exception de frais immédiatement nécessaires à la 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) Les frais hospitaliers engagés dans des centres hospitaliers pour malades chroniques, ou dans un service pour malades chroniques dans un centre hospitalier public, ou pour des patients qui se trouvent dans des maisons de soins prolongés ou des stations thermales.

De plus, la présente garantie ne couvre pas les pertes causées par ou auxquelles ont contribué les causes suivantes :

- a) La participation active de la personne assurée à une émeute ou une insurrection ou la perpétration ou la tentative de perpétration par la personne assurée d'un acte criminel ;
- b) Une blessure que la personne assurée s'est infligée intentionnellement, un suicide ou une tentative de suicide, que la personne en question soit saine d'esprit ou non ; cependant, dans le cas d'un décès résultant d'un suicide, seuls les frais engagés pour la préparation et le retour de la dépouille sont couverts ;
- c) L'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conditions qui s'ensuivent ;
- d) 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 ;
- e) La grossesse, la fausse couche, l'accouchement ou leurs complications se produisant dans les 2 mois précédant la date normale prévue de l'accouchement ;
- f) La guerre ou des actes de guerre, que la guerre soit déclarée ou non au Canada ou dans un pays étranger, dans la mesure où le gouvernement du Canada a émis une recommandation de ne pas séjourner dans ledit pays. La présente exclusion ne s'applique pas à la personne assurée présente dans un pays étranger au moment où une guerre ou un acte de guerre éclate et qu'une recommandation du gouvernement du Canada de quitter le pays est par la suite émise, pour autant que la personne assurée prenne les dispositions nécessaires pour s'y conformer dans les meilleurs délais.

5. Demande de prestations

Il est entendu et convenu qu'aucuns frais hospitaliers ou médicaux ne sont remboursés en vertu de la présente garantie avant que les organismes gouvernementaux n'aient terminé l'étude de la demande de règlement de la personne assurée et n'aient versé des prestations, le cas échéant.

Tous les autres frais couverts en vertu de cette garantie peuvent être réclamés directement auprès de La Capitale, sur présentation de pièces justificatives satisfaisantes (factures, reçus, ordonnances, etc.).

6. Coordination des prestations

Cette assurance est une assurance dite « second payeur ». La Capitale rembourse les frais admissibles, sous réserve des exclusions et réductions du présent contrat, en excédant des prestations payées en vertu de tout régime public ou privé, individuel ou collectif. Il est entendu que les règles de coordination des prestations des différents régimes se font conformément aux directives de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes.

ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

La Capitale paie, selon les modalités décrites à la présente clause, 100 % des frais engagés par la personne assurée à la suite de 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 cette dernière, au moment de finaliser les arrangements du voyage, ne connaît aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation ou l'interruption du voyage prévu.

Le remboursement maximal par personne assurée est indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

1. Causes d'annulation ou d'interruption

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 sa personne conjointe, d'un enfant de la personne assurée ou de sa personne conjointe, du compagnon de voyage ou d'un associé en affaires ;
- c) Le décès d'un proche parent de la personne assurée autre que sa personne conjointe 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. Toutefois, une assignation à comparaître n'est pas considérée comme une cause d'annulation ou d'interruption de voyage si la personne assurée a été assignée dans le cadre de ses fonctions de policier ;

- f) La perte involontaire de l'emploi de la personne assurée ou de sa personne conjointe, pourvu que la personne concernée était à l'emploi chez le même employeur depuis plus d'un an ;
- g) 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 ;
- h) Le détournement de l'avion à bord duquel la personne assurée voyage ;
- i) 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 ;
- j) 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 ;
- k) Le terrorisme ou toute autre situation dans le pays où se rend la personne assurée, à la condition que le gouvernement du Canada émette une recommandation incitant les Canadiens à ne pas voyager dans ce pays pour une période couvrant la durée prévue du voyage et que la recommandation soit émise après que les frais eurent été engagés ;
- l) 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 2 dernières causes devant être appuyée par un rapport de police ;
- m) Les conditions atmosphériques retardant le départ du transporteur public utilisé par la personne assurée, au point de départ projeté, d'au moins 30 % (minimum de 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 ;

- n) 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 ;
- o) Le décès, une maladie ou un accident d'une personne dont la personne assurée est la tutrice légale ;
- p) Le suicide ou la tentative de suicide d'un membre de la famille de la personne assurée ou du compagnon de voyage de la personne assurée ;
- q) Le décès d'une personne dont la personne assurée est la liquidatrice testamentaire ;
- r) Le décès ou l'hospitalisation de la personne avec laquelle la personne assurée a pris des arrangements pour une réunion d'affaires ou une activité à caractère commercial. Le remboursement est limité aux frais de transport et à un maximum de 3 jours d'hébergement.

2. Frais couverts

Les frais suivants sont couverts à la condition qu'ils soient effectivement à la charge de la personne assurée et sont limités à au montant indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

- 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 seule dans le cas où son compagnon de voyage doit annuler son voyage pour une des raisons prévues à la présente garantie, jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable à la personne assurée au moment où son compagnon de voyage doit annuler ;
 - La portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance, jusqu'à concurrence de 70 % desdits frais, si le départ de la personne assurée est retardé à cause des conditions atmosphériques et qu'elle décide de ne pas effectuer le voyage.
- b) Si un départ est manqué, au début ou au cours du voyage, par une des raisons prévue 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 couverts correspondent aux 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 La Capitale.

Restriction

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 cette période de 7 jours.

Dans le cas où des frais de voyage n'ont pas été payés d'avance, les frais engagés par la personne assurée sont couverts pourvu que cette dernière, avant la date du début du voyage, ne connaisse aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'interruption du voyage prévu.

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

d) Transport aller-retour

Les frais de transport par le moyen le plus économique après avoir obtenu l'approbation par La Capitale ou la compagnie d'assistance voyage pour revenir dans la province de résidence de la personne assurée et pour retourner celle-ci à l'endroit où elle est en voyage pour autant que la raison du retour découle de l'une ou l'autre des situations suivantes :

- Le décès ou l'hospitalisation d'un membre de la famille de la personne assurée, d'une personne dont elle est la tutrice légale ou d'une personne dont elle est la liquidatrice testamentaire ;
- Si un sinistre a rendu la résidence principale de la personne assurée inhabitable ou a causé des dommages importants à son établissement commercial.

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

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

- a) Si le voyage est 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 ;
- b) Si le voyage est entrepris dans le but de visiter ou de veiller sur une personne malade ou ayant subi un accident et que la condition médicale, ou le décès subséquent, de cette personne résulte en une annulation, un retour prématuré ou un retour retardé ;
- c) La guerre ou des actes de guerre, que la guerre soit déclarée ou non au Canada ou dans un pays étranger, dans la mesure où le gouvernement du Canada a émis une recommandation de ne pas séjourner dans ce pays. La présente exclusion ne s'applique pas à la personne assurée présente dans un pays étranger au moment où une guerre ou un acte de guerre éclate et qu'une recommandation du gouvernement du Canada de quitter le pays est par la suite émise, pour autant que la personne assurée prenne les dispositions nécessaires pour s'y conformer dans les meilleurs délais ;
- d) La participation active de la personne assurée à une émeute ou une insurrection, la participation ou la perpétration ou la tentative de perpétration de la personne assurée ou de son compagnon de voyage d'un acte criminel ;
- e) Une blessure que la personne assurée ou son compagnon de voyage s'est infligée intentionnellement, un suicide ou une tentative de suicide, que la personne en question soit saine d'esprit ou non ;
- f) L'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conséquences qui s'ensuivent ;
- g) Une participation à des sports de contacts physiques, la pratique du vol plané, de l'alpinisme, du saut en parachute ou du parachutisme en chute libre ou toute autre activité du même genre, ou une participation à toute course ou épreuve de vitesse, quelle qu'en soit la nature, ou une participation à titre professionnel à des activités sportives ou sous-marines ;

- h) La grossesse, la fausse-couche, l'accouchement ou leurs complications se produisant dans les 2 mois précédant la date normale prévue de l'accouchement.

4. Délais pour demander l'annulation

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

Toutefois, le présent délai pour demander l'annulation ne s'applique pas s'il est démontré, à la satisfaction de La Capitale, que la personne assurée et la personne conjointe sont dans l'incapacité totale et absolue d'agir, le cas échéant, le voyage doit être annulé aussitôt que l'une de ces personnes est en mesure de le faire.

5. Coordination

Cette assurance est une assurance dite « second payeur ». La Capitale rembourse les frais admissibles, sous réserve des exclusions et réductions du présent contrat, en excédant des prestations payées en vertu de tout régime public ou privé, individuel ou collectif. Il est entendu que les règles de coordination des prestations des différents régimes se font conformément aux directives de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes.

LA CAPITALE RÉPOND À VOS QUESTIONS

Quand pouvez-vous nous joindre ?

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

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

Vous changez d'adresse ?

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

Vous avez des enfants à charge de plus de 17 ans ?

Vous devez remplir, à chaque session, l'attestation de fréquentation scolaire à temps plein au bas du formulaire de demande de prestations.

Vous désirez un formulaire de demande de prestations ?

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

Pour faciliter le traitement de votre demande

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

Vous demandez un remboursement pour des professionnels de la santé ?

Pour les professionnels tels physiothérapeutes, psychologues ou autres, si vous utilisez notre formulaire de demande de prestations, l'estampe ou le sceau du professionnel doit y être apposé. De même, sa signature, son numéro de permis, les dates de traitements et le nom de la personne traitée sont requis.

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

Des questions au sujet de votre chèque de remboursement ?

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

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



La Capitale

Assureur de
l'administration publique

Pour nous joindre

Québec

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

Montréal

Bureau 820
425, boul. de Maisonneuve O.
Montréal (Québec) H3A 3G5
514 873-6506

Numéro sans frais : 1 800 463-4856

ASSURANCE VOYAGE

Voici les numéros pour joindre l'Assisteur :

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

Ailleurs dans le monde à frais virés : 514 985-2281

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

CE DOCUMENT EST DISTRIBUÉ À TITRE INFORMATIF SEULEMENT ET NE CHANGE EN RIEN LES CONDITIONS ET DISPOSITIONS DU CONTRAT.

