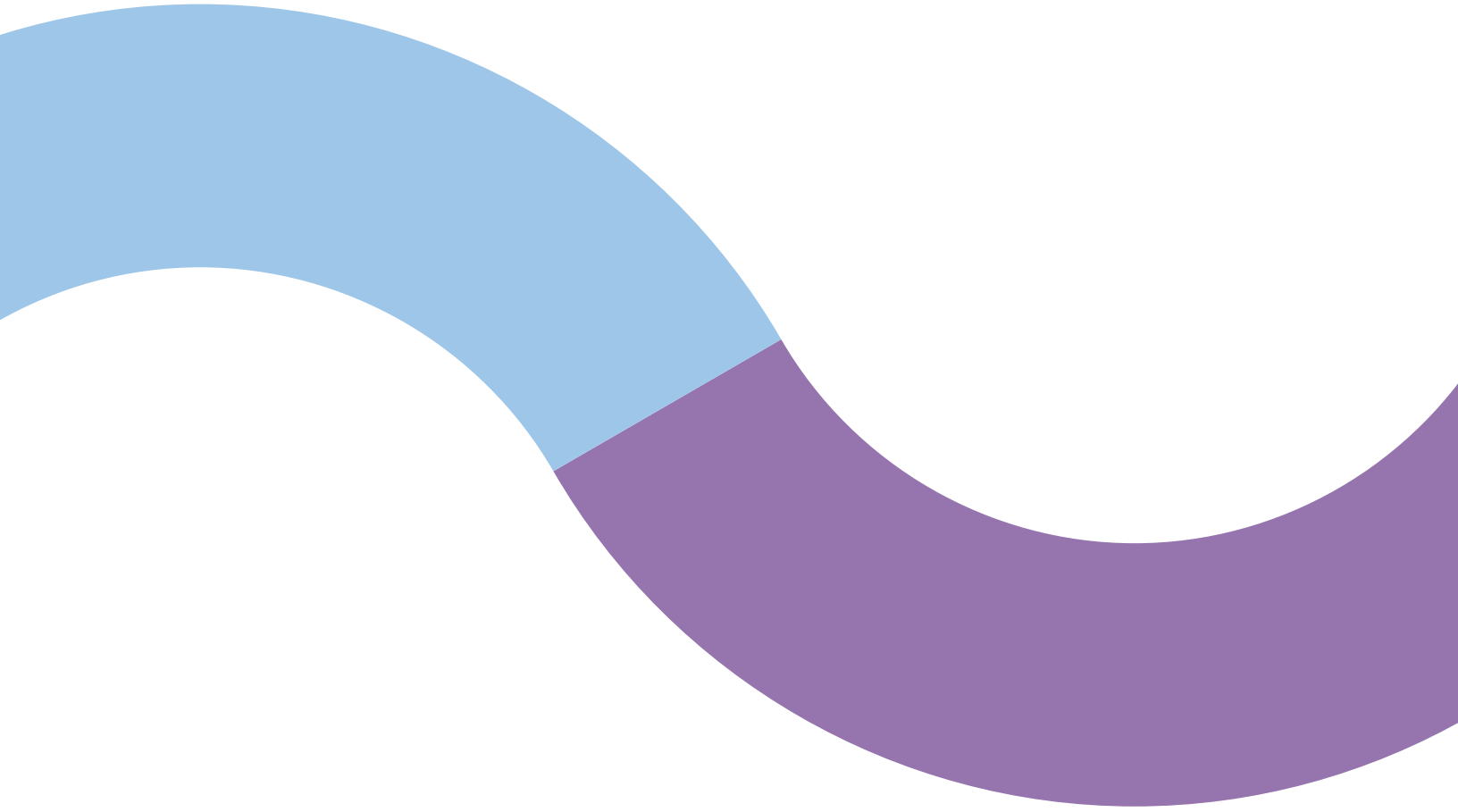




Fédération autonome
de l'enseignement

Contrat d'assurance collective 009995

Version administrative
au 1^{er} janvier 2025

A large, decorative wavy line in light blue and purple colors curves across the middle of the page.

beneva

Le présent document constitue une version préparée par La Capitale à des fins de gestion administrative. Seuls le contrat original et les avenants subséquents qui ont été transmis au Preneur, et acceptés par ce dernier, ont valeur légale. Ce document et son contenu ne peuvent être reproduits, transmis ou communiqués, en tout ou en partie, à un tiers, sans le consentement écrit de La Capitale.

CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE

NUMÉRO 009995

CONVENU ENTRE

LA CAPITALE ASSUREUR DE L'ADMINISTRATION PUBLIQUE INC.

Ci-après appelée l'Assureur

ET

LA FÉDÉRATION AUTONOME DE L'ENSEIGNEMENT

Ci-après appelée le Preneur

L'ASSUREUR S'ENGAGE, moyennant le paiement des primes stipulées, au fur et à mesure de leur échéance et subordonné aux clauses et conditions du présent contrat, à verser les prestations prévues en vertu de ce contrat.

Les clauses et conditions contenues aux pages suivantes et à l'entente financière font partie intégrante du présent contrat tout comme si elles figuraient au-dessus des signatures ci-apposées.

Toute modification apportée au présent contrat ou à l'entente financière doit être acceptée par l'Assureur et le Preneur du contrat et signée par un représentant autorisé des deux parties.

Entrée en vigueur : le présent contrat entre en vigueur le 1^{er} janvier 2018.

Ce contrat constitue une refonte du contrat entré en vigueur le 13 septembre 2006, de la refonte au 1^{er} janvier 2009 et des ententes et avenants émis subséquemment. Il ne confère aucun nouveau droit rétroactivement et les dispositions contractuelles applicables à tout événement donnant droit à des prestations demeurent celles en vigueur à la date de cet événement.

Année d'assurance : la période s'étendant entre la date d'entrée en vigueur du contrat et la date de renouvellement qui suit immédiatement, et toute période de 12 mois comprise entre 2 dates de renouvellement.

Date de renouvellement : le 1^{er} janvier 2019 et le 1^{er} janvier de chaque année subséquente.

Heure de prise d'effet : toute assurance prend effet, est modifiée ou se termine à 0 h 1 au siège social de l'Assureur à la date où un des événements prévus au contrat se produit.

Certains articles ne s'adressant pas à l'ensemble des personnes assurées ont été retirés de cette version administrative du contrat.

TABLE DES MATIÈRES

ARTICLE 1 - DÉFINITIONS.....	1
ARTICLE 2 - CONDITIONS D'ASSURANCE	7
2.1 Admissibilité	7
2.2 Participation au régime d'assurance vie	7
2.3 Participation au régime d'assurance maladie	9
2.4 Participation au régime d'assurance soins dentaires	12
2.5 Participation au régime d'assurance invalidité de courte durée	13
2.6 Participation au régime d'assurance invalidité de longue durée	14
2.7 Entrée en vigueur de l'assurance	15
2.8 Dispositions transitoires	20
2.9 Renouvellement de contrat de travail (enseignantes et enseignants de centres de services scolaires seulement).....	21
2.10 Continuation de l'assurance en cas d'interruption de travail	22
2.11 Preuves d'invalidité	26
ARTICLE 3 - RÉGIME D'ASSURANCE VIE.....	27
3.1 Régime d'assurance vie de la personne adhérente	27
3.2 Régime d'assurance vie des personnes à charge	28
3.3 Bénéficiaire	29
3.4 Paiement de l'assurance	29
3.5 Exonération des primes en cas d'invalidité totale	29
3.6 Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale	29
3.7 Fin de l'assurance	30
3.8 Droit de transformation applicable au régime d'assurance vie de la personne adhérente et au régime d'assurance vie des personnes à charge	31
ARTICLE 4 - RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE	34
4.1 Tableau des garanties.....	34
4.2 Description des garanties	43
4.3 Exclusions et réduction du régime.....	73
4.4 Demande de prestations	75

4.5	Coordination des prestations	75
4.6	Renseignements	75
4.7	Renonciation à la responsabilité	75
4.8	Exonération des primes en cas d'invalidité totale	76
4.9	Droit de transformation	76
4.10	Modalité de paiement	77
4.11	Fin de l'assurance	77
ARTICLE 5 - RÉGIME D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES		79
5.1	Frais admissibles	79
5.2	Modalités de remboursement	80
5.3	Description des frais de prévention	80
5.4	Description des frais de restauration de base	82
5.5	Description des frais de restauration majeure	84
5.6	Description des frais de restauration complexe et prothèses	86
5.7	Exclusions et réduction de la garantie	87
5.8	Demande de prestations	89
5.9	Coordination des prestations	89
5.10	Renseignements	89
5.11	Renonciation à la responsabilité	89
5.12	Exonération des primes en cas d'invalidité totale	90
5.13	Modalité de paiement	90
5.14	Fin de l'assurance	90
ARTICLE 6 - RÉGIME D'ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE		92
ARTICLE 7 - RÉGIME D'ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE		93
7.1	Période de prestations	93
7.2	Délai de carence	93
7.3	Montant des prestations	94
7.4	Réduction des prestations	94
7.5	Indexation	96
7.6	Exclusions et réduction du régime	96
7.7	Programme de réadaptation	98
7.8	Services de soutien (TANDEM)	98
7.9	Exonération des primes en cas d'invalidité totale	98

7.10	Fin de l'assurance	99
ARTICLE 8 - TAUX DE PRIME - PAIEMENT DES PRIMES - DÉLAI DE GRÂCE		100
ARTICLE 9 - RÉSILIATION DU PRÉSENT CONTRAT		101
9.1	Non paiement de la prime	101
9.2	Préavis	101
ARTICLE 10 - MODIFICATION AU CONTRAT		102
ARTICLE 11 - STIPULATIONS DIVERSES.....		103
ARTICLE 12 - CONTRAT		105
ANNEXE.....		106

ARTICLE 1 - DÉFINITIONS

Pour l'interprétation du présent contrat et sauf stipulation contraire, les expressions suivantes désignent :

- 1.1 « **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.
- 1.2 « **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.
- 1.3 « **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.
- 1.4 « **Assiste**ur » : CanAssistance ou toute autre entreprise d'assistance désignée par l'Assureur.
- 1.5 « **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.
- 1.6 « **Assureur** » : La Capitale assureur de l'administration publique inc.
- 1.7 « **Centre hospitalier** » : un centre hospitalier au sens de la *Loi sur les services de santé et les 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.
- 1.8 « **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.
- 1.9 « **Contrat antérieur** » : le ou les contrats collectifs d'assurance, en vigueur immédiatement avant l'entrée en vigueur du présent contrat, couvrant les personnes employées de l'employeur, les personnes retraitées et leurs personnes à charge, le cas échéant.
- 1.10 « **Convention collective** » : la convention collective telle que définie au *Code du travail* (L.R.Q., c. C-27), désigne aussi l'entente nationale. Par extension, on entend également tout règlement y tenant lieu.

- 1.11 « **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.
- 1.12 « **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.
- 1.13 « **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.
- 1.14 « **Employeur** » : la Fédération autonome de l'enseignement (FAE), ses syndicats affiliés ou en entente de service, l'Association de personnes retraitées de la FAE (APRFAE), un centre de services scolaires, un collège d'enseignement général et professionnel ou toute autre institution acceptée par le Preneur et dont le personnel ou une partie du personnel est visé par une convention collective de travail conclue avec un syndicat affilié à la FAE ou en entente de service.
- 1.15 « **Entente nationale** » : l'ensemble des stipulations négociées et agréées à l'échelle nationale conformément à la *Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic* (L.R.Q. c. R-8.2). Par extension, on entend également tout règlement y tenant lieu.
- 1.16 « **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.
- 1.17 « **Franchise** » : la partie des dépenses admissibles pour laquelle la personne assurée n'a droit à aucun remboursement de la part de l'Assureur.
- 1.18 « **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.
- 1.19 « **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.

- 1.20 « **Invalidité totale** » : 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.
- 1.21 « **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.
- 1.22 « **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.
- 1.23 « **Non-fumeur** » : une personne qui remplit les conditions établies à cet effet par l'Assureur et qui sont en vigueur au moment où elle signe la déclaration de non-fumeur.
- 1.24 « **Période d'invalidité** » : toute période continue d'invalidité, ou une suite de périodes successives séparées par moins de 35 jours ⁽¹⁾ 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 3 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.
- 1.25 « **Personne à charge** » : la personne conjointe ou l'enfant à charge d'une personne adhérente, tel que défini ci-après.
- 1.25.1 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), l'Assureur 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.

1.25.2 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 l'Assureur et acceptée par ce dernier avant le début du congé;
- la demande doit indiquer la date du début du 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, 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.

- 1.26 « **Personne adhérente** » : une personne employée qui est admissible à l'assurance et qui est assurée en vertu du présent contrat.
- 1.27 « **Personne assurée** » : une personne adhérente ou l'une des personnes à sa charge et assurée en vertu de ce contrat.
- 1.28 « **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. Toute personne employée de l'APRFAE et toute personne qui occupe une fonction de cadre pour le compte du Preneur ou de l'un de ses syndicats affiliés ou en entente de service est également considérée comme une personne employée selon le présent contrat.
- 1.29 « **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.
- 1.30 « **Personne employée ayant des droits acquis** » : toute personne employée qui travaille pour un même employeur et qui est membre d'un même syndicat ayant opté pour la mise en vigueur du régime d'assurance soins dentaires avant le 1^{er} janvier 2024.
- 1.31 « **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.
- 1.32 « **Preneur** » : la Fédération autonome de l'enseignement (FAE).
- 1.33 « **Preuves d'assurabilité** » : des preuves jugées satisfaisantes par l'Assureur 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.
- 1.34 « **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.
- 1.35 « **Programme de réadaptation** » : s'entend d'un programme approuvé par écrit par l'Assureur pour une personne adhérente et qui consiste :
- a) soit en une activité rémunératrice à temps plein ou partiel qu'exerce la personne adhérente invalide;
 - b) soit en un cours de formation professionnelle ou un travail en vue de la réadaptation.
- 1.36 « **Régime général d'assurance médicaments** » : Régime général d'assurance médicaments administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

- 1.37 « **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 \$.

- 1.38 « **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.
- 1.39 « **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.
- 1.40 « **Statut de protection individuel** » : désigne le statut de protection de la personne adhérente qui est assurée seule sans personne conjointe ni enfant à charge.
- 1.41 « **Statut de protection monoparental** » : désigne le statut de protection de la personne adhérente qui n'a pas de personne conjointe telle que définie au contrat et qui assure ses enfants à charge.
- 1.42 « **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.

ARTICLE 2 - CONDITIONS D'ASSURANCE

2.1 Admissibilité

2.1.1 Toute personne employée est admissible à l'assurance à compter :

2.1.1.1 De la date d'entrée en vigueur du présent contrat dans le cas d'une personne employée assurée en vertu des contrats antérieurs, conformément aux dispositions transitoires.

2.1.1.2 De la date de leur entrée en service ou de la date d'entrée en vigueur du présent contrat si postérieure, dans le cas de toute autre personne employée non assurée en vertu de contrats antérieurs.

2.1.2 Toute personne employée à temps partiel par la FAE, par un syndicat affilié ou par l'APRFAE est admissible au régime d'assurance invalidité de courte durée.

2.1.3 Toute personne retraitée qui fait un retour au travail est admissible à l'assurance à compter de sa date d'entrée en service selon les modalités de l'article 2.1.1.2.

2.1.4 Toute personne à charge d'une personne adhérente est admissible à l'assurance soit à la même date que la personne adhérente si elle est déjà une personne à charge, soit à la date où elle le devient.

2.2 Participation au régime d'assurance vie

2.2.1 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 l'Assureur. 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 l'Assureur. 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.

2.2.2 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 :

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

2.2.3 Changement de protection

2.2.3.1 Augmentation de la protection

La personne adhérente peut augmenter sa protection de façon suivante :

- 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.

2.2.3.2 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.

2.3 Participation au régime d'assurance maladie

2.3.1 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 l'Assureur 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 rétroactivement à la date à laquelle elle est devenue admissible.

Si la personne employée a demandé un régime d'assurance maladie autre que le régime d'assurance maladie 1, le régime demandé est accordé à compter du premier jour de la période de paie suivant la date à laquelle l'Assureur reçoit la demande. De plus, si la personne employée a demandé un statut de protection monoparental ou familial, ou une exemption, le statut de protection demandé est accordé à compter du premier jour de la période de paie suivant la date à laquelle l'Assureur reçoit la demande.

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

- a) Régime d'assurance maladie 1;
- b) 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;
- c) 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;
- d) Régime d'assurance maladie 4; la durée minimale de participation à ce régime est de 36 mois pour toute personne adhérente et les personnes à sa charge.

2.3.3 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 régime individuel offert par l'Assureur pour les autres garanties faisant partie du régime d'assurance maladie.

- 2.3.4 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.

2.3.5 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 l'Assureur, 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 l'Assureur.

La personne qui participe au régime d'assurance maladie 2 ou maladie 3 ou maladie 4 peut s'exempter même si la période minimale de participation propre à chaque régime de 12 ou de 24 ou de 36 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 d'assurance invalidité de longue durée et elle doit également adhérer au régime complémentaire d'assurance vie, sous réserve du droit de retrait prévu à l'article 2.2.1.

2.3.6 Terminaison d'exemption

Une personne exemptée du régime d'assurance maladie qui cesse d'être admissible au contrat collectif ayant permis son exemption peut commencer ou recommencer à participer au présent régime d'assurance maladie sous réserve de ce qui suit :

- a) Demande de fin d'exemption reçue par l'Assureur 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 4 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.

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

La personne adhérente peut choisir l'un ou l'autre des 4 régimes d'assurance maladie selon le statut de protection désiré, soit individuel, familial ou monoparental. Toutefois, la protection entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date de réception de la demande par l'Assureur.

2.3.7 Changement au régime d'assurance maladie

Tout changement du statut de protection ou du régime d'assurance maladie s'effectue selon les modalités de l'article 2.7.1.2 b).

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

La personne adhérente peut augmenter sa protection de façon suivante :

- 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 le régime d'assurance maladie 3 ou le régime d'assurance maladie 4;
- d) changer le régime d'assurance maladie 2 pour le régime d'assurance maladie 3 ou le régime d'assurance maladie 4;
- e) changer le régime d'assurance maladie 3 pour le régime d'assurance maladie 4.

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

La personne adhérente peut réduire sa protection de façon suivante :

- 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 4 pour le régime d'assurance maladie 3 ou le régime d'assurance maladie 2 ou le régime d'assurance maladie 1;
- d) changer le régime d'assurance maladie 3 pour le régime d'assurance maladie 2 ou le régime d'assurance maladie 1;

- e) 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 ou de 36 mois au régime d'assurance maladie 4 avant d'effectuer une réduction du régime d'assurance maladie.

2.4 Participation au régime d'assurance soins dentaires

- 2.4.1 La participation au régime d'assurance soins dentaires est obligatoire pour toutes les personnes employées qui y sont admissibles et qui adhèrent au régime d'assurance maladie 4.

Les autres modalités concernant la participation au régime d'assurance maladie 4 décrites à l'article 2.3 s'appliquent automatiquement pour la participation au régime d'assurance soins dentaires.

Les modalités concernant la participation au régime d'assurance soins dentaires des personnes employées ayant des droits acquis, sont détaillées à l'annexe A jointe au présent contrat.

2.4.2 Droit d'exemption

Une personne admissible à l'assurance peut, moyennant un préavis écrit à son employeur, refuser ou cesser de participer au régime d'assurance soins dentaires, à la condition qu'elle atteste être assurée en vertu d'un contrat collectif d'assurance ou d'un régime d'avantages sociaux comportant des protections similaires. La personne admissible à l'assurance qui a refusé ou cessé de participer au régime d'assurance soins dentaires peut commencer ou recommencer à participer à ce régime, sans avoir à présenter de preuves d'assurabilité, si elle présente sa demande avant l'expiration d'un délai de 30 jours suivant la fin de son assurance et qu'elle établit à la satisfaction de l'Assureur :

- i) qu'elle était antérieurement assurée en vertu du présent contrat comme personne à charge ou en vertu de tout autre contrat collectif d'assurance comportant une protection similaire;
- ii) qu'il lui est devenu impossible de demeurer assurée;

- 2.4.3 Toute personne adhérente qui désire assurer les personnes à sa charge doit remplir une demande d'adhésion à cet effet. Si cette demande est remplie après l'expiration d'un délai de 30 jours qui suit la date à laquelle elles deviennent admissibles, la personne adhérente doit fournir, à ses frais, des preuves d'assurabilité pour les personnes à sa charge, à la satisfaction de l'Assureur.

De plus, l'Assureur peut accorder un statut de protection familial ou monoparental tout en excluant une personne de la famille à la suite de l'examen des preuves d'assurabilité.

2.4.4 La durée minimale de participation au régime d'assurance soins dentaires est de 36 mois.

2.4.5 Changement au régime d'assurance soins dentaires

Tout changement du statut de protection s'effectue selon les modalités de l'article 2.7.1.3 b).

2.4.5.1 Augmentation du statut de protection

La personne adhérente peut augmenter sa protection de façon suivante :

- 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;

2.4.5.2 Réduction du statut de protection

La personne adhérente peut réduire sa protection de façon suivante :

- 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;

2.5 Participation au régime d'assurance invalidité de courte durée

2.5.1 La participation au régime d'assurance invalidité de courte durée est obligatoire pour toute personne employée qui y est admissible, pourvu que le régime ait été retenu par le syndicat auquel appartient la personne employée. De plus, la participation au régime d'assurance invalidité de courte durée est obligatoire pour toute personne employée de l'APRFAE et toute personne qui occupe une fonction de cadre pour le compte du Preneur ou de l'un de ses syndicats affiliés ou en entente de service, pourvu que cette personne y soit admissible.

La demande d'adhésion doit être transmise par écrit à l'Assureur 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 l'Assureur.

2.6 Participation au régime d'assurance invalidité de longue durée

2.6.1 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 l'Assureur 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 l'Assureur.

2.6.2 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 2 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 l'Assureur 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 l'Assureur.

2.7 Entrée en vigueur de l'assurance

2.7.1 Date d'entrée en vigueur de l'assurance pour la personne employée

2.7.1.1 Régime d'assurance vie

a) 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 l'Assureur. 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 l'Assureur.

Les montants d'assurance vie supérieurs à 50 000 \$ sont sujets à l'acceptation de preuves d'assurabilité par l'Assureur. 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 l'Assureur sauf si la personne adhérente démontre à la satisfaction de l'Assureur 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.

b) 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 l'Assureur. 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 l'Assureur.

Les montants d'assurance vie supérieurs à 50 000 \$ sont sujets à l'acceptation de preuves d'assurabilité par l'Assureur. 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 l'Assureur, sauf si la personne adhérente démontre à la satisfaction de l'Assureur 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.

2.7.1.2 Régime d'assurance maladie

a) 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.

b) Demande de changement

i) Demande de changement de statut de protection ou de changement de régime d'assurance à la suite d'un événement de vie

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.

Pour un changement de statut de protection, toute demande d'augmentation d'assurance doit être présentée à l'Assureur

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 par l'Assureur. De plus, 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 l'Assureur.

Pour un changement de régime d'assurance, toute demande d'augmentation ou de réduction doit être présentée à l'Assureur 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, les modalités applicables sont celles qui sont présentées ci-dessous aux alinéas ii et iii.

ii) Demande de changement de régime d'assurance à la fin d'une période minimale de participation

Toute demande de changement du régime d'assurance maladie 1 à un autre régime d'assurance peut être présentée à l'Assureur en tout temps. L'assurance entre alors en vigueur à compter du premier jour de la période de paie suivant la date de réception de la demande par l'Assureur.

Toute autre demande de changement de régime d'assurance peut être présentée à l'Assureur en tout temps suivant la date de fin de la période minimale de participation. L'assurance entre alors en vigueur à compter du premier jour de la période de paie suivant la date de réception de la demande par l'Assureur.

iii) Demande de changement de régime d'assurance suivant la période de réouverture à l'adhésion du 1^{er} janvier 2024

Exceptionnellement, toutes les personnes adhérentes qui participent au régime d'assurance maladie en date du 31 décembre 2023 sont considérées comme ayant complété la période minimale de participation de leur régime d'assurance maladie à cette date. À partir du 1^{er} janvier 2024, elles peuvent donc faire une demande de changement de régime d'assurance selon les options prévues à l'article 2.3.7 et l'assurance entre en vigueur à compter du premier jour de

la période de paie suivant la date de réception de la demande par l'Assureur.

Toutefois, la personne adhérente atteinte d'invalidité totale au 31 décembre 2023 devra attendre son retour au travail avant d'effectuer une demande de changement de régime d'assurance.

2.7.1.3 Régime d'assurance soins dentaires

a) Demande d'adhésion initiale

Pourvu qu'elle y soit admissible, toute personne employée devient assurée en vertu du régime d'assurance soins dentaires à la date d'entrée en vigueur du régime d'assurance maladie 4.

b) Demande de changement

Les dispositions concernant une demande de changement de statut de protection ou de changement de régime d'assurance maladie décrites à l'article 2.7.1.2 s'appliquent aussi à toute demande de changement concernant le statut du régime d'assurance soins dentaires.

c) Personnes employées ayants des droits acquis

Les modalités concernant l'entrée en vigueur du régime d'assurance soins dentaires de ces personnes employées sont détaillées à l'annexe A jointe au présent contrat.

2.7.1.4 Régime d'assurance invalidité de courte durée

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

Toutefois, pour une personne employée invalide à la date d'entrée en vigueur du contrat, l'assurance 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.

2.7.1.5 Régime d'assurance invalidité de longue durée

Toute personne employée devient assurée en vertu du régime 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.

Toutefois, pour une personne employée invalide à la date d'entrée en vigueur du contrat, l'assurance 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.

2.7.2 Personnes à charge

Pour l'ensemble des régimes où elles sont admissibles, l'assurance des personnes à charge débute à la dernière des dates suivantes :

- la date à laquelle elles deviennent admissibles;
- la date à laquelle la personne employée complète la demande d'adhésion ou de changement pour ses personnes à charge;
- la date d'acceptation par l'Assureur des preuves d'assurabilité, le cas échéant.

En aucun temps, l'assurance des personnes à charge ne peut entrer en vigueur avant celle de la personne employée.

2.8 Dispositions transitoires

- 2.8.1 Pour une personne adhérente assurée seule ou avec ses personnes à charge en vertu d'un contrat antérieur, l'Assureur garantit le lien entre le présent contrat et le contrat antérieur conformément à tout règlement d'application sur les assurances et à toutes lois applicables, la personne adhérente ne devant subir aucun préjudice dû au changement de contrat, qu'elle soit au travail ou non.

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

Également, toute personne adhérente ou toute personne à charge assurée aux termes du contrat antérieur est couverte de plein droit par le présent contrat à compter de la résiliation du contrat antérieur si la cessation de son assurance n'est attribuable qu'à cette résiliation et que la personne adhérente appartient à une catégorie de personnes adhérentes couvertes par le présent contrat.

- 2.8.2 L'Assureur effectue le règlement de toutes les prestations payables à compter de la date d'entrée en vigueur du présent contrat, que ce soit en vertu des dispositions de ce contrat ou des contrats antérieurs, sauf lorsqu'il s'agit de prestations découlant d'un contrat antérieur et que l'ancien assureur accepte de verser directement. L'Assureur est automatiquement subrogé aux droits de la

personne adhérente contre l'ancien assureur pour toutes prestations qu'il verse et auxquelles la personne adhérente a droit, pour elle-même ou les personnes à sa charge, en vertu des contrats antérieurs.

- 2.8.3 Pour une personne employée qui est invalide à la date d'entrée en vigueur du contrat et qui est exonérée du paiement des primes en vertu du contrat antérieur, l'assurance en vertu des régimes d'assurance vie et d'assurance salaire débute à la date de son retour au travail.

La date d'entrée en vigueur de l'assurance d'une personne employée invalide qui n'est pas encore exonérée du paiement des primes en vertu des régimes d'assurance vie et d'assurance salaire, est établie conformément aux dispositions applicables en cas de transfert d'assureur.

2.9 **Renouvellement de contrat de travail (enseignantes et enseignants de centres de services 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.

2.9.1 **Nouveau contrat de travail prenant effet au cours des 3 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 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 l'Assureur et l'assurance entrera en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date d'acceptation de ces preuves.

2.9.2 **Nouveau contrat de travail prenant effet après les 3 premières périodes de paie de l'année scolaire, mais à l'intérieur de la période de 60 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 3 premières périodes de paie de l'année scolaire doit choisir, pour une période de 60 jours, une des deux options décrites à 2.10.5. Le prélèvement des primes lors du retour au travail dépend du choix effectué.

- a) 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 60 jours.

b) 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 l'Assureur 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 60 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 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 l'Assureur et l'assurance entrera en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date d'acceptation de ces preuves.

2.9.3 Nouveau contrat de travail prenant effet après la période de 60 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, 2, 3 ou 4) et participer ou non au régime 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 d'assurance vie au cours de la période de 60 jours et dont le nouveau contrat de travail prend effet dans les 31 jours suivant la fin de la période de 60 jours n'a pas à fournir de preuves d'assurabilité pour conserver tout montant d'assurance vie excédant 50 000 \$.

2.10 Continuation de l'assurance en cas d'interruption de travail

2.10.1 Congé sans traitement

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

2.10.1.1 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.

2.10.1.2 Maintenir sa participation à l'ensemble des régimes qu'elle détient. Dans un tel cas, la personne adhérente doit faire une demande écrite à l'Assureur 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 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.

2.10.2 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.

a) Pour le régime d'assurance invalidité de longue durée :

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.

b) Pour le régime d'assurance invalidité de courte durée :

La prime payable est établie sur la base du traitement effectivement reçu par la personne adhérente. Si une invalidité survient durant cette période, le montant des prestations est établi sur la base du traitement effectivement reçu par la personne adhérente. Cependant, la prime et le montant des prestations payables seront établis sur la base du plein traitement à compter de la date de fin du congé partiel sans traitement ou de l'entente de retraite progressive.

2.10.3 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.

2.10.4 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.

2.10.5 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 :

2.10.5.1 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.

2.10.5.2 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 l'Assureur 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 60 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 60 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 60 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 l'article 2.9, 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 d'assurance vie au cours de la période de 60 jours peut prolonger le maintien de cette protection pour une période additionnelle maximale de 2 ans. Elle doit alors transmettre sa demande par écrit au cours des 30 jours qui suivent la fin de la période de 60 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.

2.10.6 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 :

2.10.6.1 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, les régimes d'assurance invalidité ne peuvent être maintenus.

2.10.6.2 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 l'Assureur. Pour ce faire, la personne adhérente doit faire une demande par écrit à l'Assureur 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.

2.10.7 Grève ou lock-out

En cas de grève ou de lock-out, la protection est maintenue en vigueur, si entente avec l'Assureur, 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 des régimes d'assurance invalidité continuent d'être payables selon les dispositions de ce régime même pendant la durée d'une telle interruption de travail.

2.11 Preuves d'invalidité

Lorsqu'une personne adhérente devient invalide tel que défini aux présentes, elle doit faire parvenir, au siège social de l'Assureur, un avis avant l'expiration d'un délai de 30 jours du début de l'invalidité. De même, elle devra fournir des preuves écrites de la maladie ou de l'accident dont elle a été victime et de son invalidité, avant l'expiration d'un délai de 90 jours du début de l'invalidité.

Les délais mentionnés sont de rigueur. Toutefois, s'il ne s'est pas écoulé plus de 36 mois depuis l'expiration des délais pour la présentation des preuves écrites et que la personne adhérente prouve, à la satisfaction de l'Assureur, qu'elle a été dans l'impossibilité d'agir plus tôt et dans ce cas seulement, la personne adhérente ne perd pas le droit aux protections stipulées aux présentes.

Par la suite, les preuves de persistance de l'invalidité doivent être soumises chaque fois que l'Assureur le demande.

Dans le cas d'un différend entre la personne adhérente et l'Assureur, la personne adhérente doit fournir des preuves supplémentaires, et ce, aux frais de l'Assureur; le fait pour une personne adhérente de ne pas fournir lesdites preuves ou de ne pas se soumettre à un examen médical dans les 31 jours de la demande écrite, prive cette personne adhérente du droit de se prévaloir de tout privilège octroyé en vertu du présent contrat relativement à l'invalidité en cause pour la période s'étendant de la fin de ce délai de 31 jours jusqu'à la date de la réception effective par l'Assureur des preuves supplémentaires ou de l'examen médical demandé.

En aucun cas, le délai de présentation des preuves d'invalidité ne doit se prolonger au-delà de 36 mois après la date de terminaison du contrat.

ARTICLE 3 - RÉGIME D'ASSURANCE VIE

3.1 Régime d'assurance vie de la personne adhérente

3.1.1 Montant d'assurance

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

Montants d'assurance disponibles		
10 000 \$	100 000 \$	200 000 \$
25 000 \$	125 000 \$	225 000 \$
50 000 \$	150 000 \$	250 000 \$
75 000 \$	175 000 \$	

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 l'article 2.7.1.1, 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 l'Assureur.

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.

3.1.2 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 l'Assureur 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.

3.2 Régime d'assurance vie des personnes à charge

3.2.1 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 :

3.2.1.1 Personne conjointe : 10 000 \$.

3.2.1.2 Enfant à charge : 5 000 \$ dès la naissance. 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.

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

3.2.2.1 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.

3.2.2.2 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.

3.2.2.3 Cette garantie est sujette à l'acceptation par l'Assureur 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 cette garantie pour cette personne.

3.2.2.4 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 l'Assureur est limitée au remboursement des primes perçues.

3.3 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 l'Assureur. L'Assureur 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.

3.4 Paiement de l'assurance

Le montant d'assurance payable correspond au montant d'assurance en vigueur au moment du décès de la personne adhérente ou de la personne à charge assurée. Advenant le décès de la personne conjointe d'une personne adhérente ou de l'un de ses enfants à charge, le montant d'assurance est payable à la personne adhérente.

Le réclamant doit fournir les preuves requises par l'Assureur, pour établir, outre les droits du réclamant, le décès de la personne assurée et sa cause, ainsi que l'exactitude de la date de naissance déclarée par la personne adhérente. Le paiement n'est effectué que si le régime est en vigueur à la date du décès.

3.5 Exonération des primes en cas d'invalidité totale

Si, avant la retraite, une personne adhérente est atteinte d'invalidité totale, conformément à la définition d'invalidité applicable, alors que ce régime est en vigueur, l'Assureur renonce au paiement de toute prime à son égard qui vient à échéance après l'expiration d'une période de 52 semaines, tant que dure l'invalidité totale.

L'exonération des primes se termine à la première des dates suivantes :

- a) la fin de l'invalidité totale;
- b) la date 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.

3.6 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 la clause « 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 l'Assureur, 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 l'Assureur 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 ¼ de 1 % supérieur.

L'Assureur 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.

3.7 **Fin de l'assurance**

3.7.1 Le régime d'assurance vie de toute personne assurée se termine à la première des dates suivantes :

3.7.1.1 La date de la fin du régime ou de la fin du contrat, sous réserve de l'article 3.5 « Exonération des primes en cas d'invalidité totale ».

3.7.1.2 La date à laquelle la personne adhérente cesse d'être une personne employée admissible pour une raison autre que la retraite, sous réserve des articles 3.5 « Exonération des primes en cas d'invalidité totale » et 3.8 « 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 10 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.

3.7.1.3 La date à laquelle les dispositions d'exonération des primes prennent fin sans que la personne cesse d'être invalide.

- 3.7.1.4 La date à laquelle le syndicat auquel appartient la personne adhérente cesse de participer au présent régime. Pour la personne employée de l'APRFAE et pour la personne qui occupe une fonction de cadre, la date à laquelle la FAE cesse de participer au présent régime.
- 3.7.1.5 La date correspondant à la fin de la dernière période pour laquelle la prime a été payée, pour une personne employée qui s'est prévalue des dispositions de l'article 2.10 et qui a cessé le versement de la prime avant la fin de son interruption de travail.
- 3.7.1.6 La date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée, sous réserve des articles 3.5 « Exonération des primes en cas d'invalidité totale » et 3.8 « 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, l'Assureur s'engage à ne pas recourir à la présente disposition sans un préavis écrit de 6 mois transmis au Preneur.
- 3.7.1.7 La date de la réception, par l'Assureur, 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.
- 3.7.1.8 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 10 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.
- 3.7.1.9 La date à laquelle la personne à charge cesse d'être une personne à charge.
- 3.7.1.10 La date de la réception par l'Assureur 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.
- 3.7.1.11 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.

3.8 Droit de transformation applicable au régime d'assurance vie de la personne adhérente et au régime d'assurance vie des personnes à charge

3.8.1 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 sa charge, en une assurance individuelle sur la vie, sans avoir à justifier de son assurabilité ou de celle de ses personnes à charge.

Le montant d'assurance sur la vie de 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 l'Assureur 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.

3.8.2 À l'échéance du contrat

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

Le montant d'assurance pouvant être transformé est d'au moins 10 000 \$ ou 25 % du montant d'assurance sur la vie de 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 l'Assureur avant l'expiration d'un délai de 31 jours qui suit la date de l'échéance du présent contrat, sans avoir à justifier de son assurabilité. Une diminution du montant d'assurance en raison de l'âge ou d'un changement de catégorie de personnes assurées n'ouvre pas droit à la transformation.

3.8.3 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 l'Assureur 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.

ARTICLE 4 - RÉGIME 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, l'Assureur rembourse ces frais selon les conditions ci-dessous. Le **tableau des garanties** décrit à l'article 4.1 indique les frais inclus dans maladie 1, maladie 2, maladie 3 et maladie 4 et les articles suivants décrivent les frais couverts.

4.1 Tableau des garanties

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE					
<u>GARANTIES</u>	<u>MALADIE 1</u>	<u>MALADIE 2</u>	<u>MALADIE 3</u>	<u>MALADIE 4</u>	<u>Ordonnance médicale</u>
Franchise	Oui	Non	Non	Non	S/O
Médicaments Coassurance <i>Carte de paiement automatisé direct</i>	80 % Cette coassurance s'applique jusqu'à concurrence de la contribution annuelle maximale prévue par le RGAM et passe à 100 % pour les frais en excédent * Palier indexé annuellement selon celui de la RAMQ	80 % Cette coassurance s'applique jusqu'à concurrence de la contribution annuelle maximale prévue par le RGAM et passe à 100 % pour les frais en excédent * Palier indexé annuellement selon celui de la RAMQ	80 % Cette coassurance s'applique jusqu'à concurrence de la contribution annuelle maximale prévue par le RGAM et passe à 100 % pour les frais en excédent * Palier indexé annuellement selon celui de la RAMQ	80 % Cette coassurance s'applique jusqu'à concurrence de la contribution annuelle maximale prévue par le RGAM et passe à 100 % pour les frais en excédent * Palier indexé annuellement selon celui de la RAMQ	Oui
Substitution générique	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse	

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE					
<u>GARANTIES</u>	<u>MALADIE 1</u>	<u>MALADIE 2</u>	<u>MALADIE 3</u>	<u>MALADIE 4</u>	<u>Ordonnance médicale</u>
Assurance voyage	100 % 5 000 000 \$ / personne assurée/ voyage	100 % 5 000 000 \$ / personne assurée/ voyage	100 % 5 000 000 \$ / personne assurée/ voyage	100 % 5 000 000 \$ / personne assurée/ voyage	S/O
Assurance annulation de voyage	100 % 7 500 \$ / personne assurée / voyage	100 % 7 500 \$ / personne assurée / voyage	100 % 7 500 \$ / personne assurée / voyage	100 % 7 500 \$ / personne assurée / voyage	S/O
Ambulance	80 %	80 %	80 %	80 %	Non
Frais de transport par avion d'un malade alité	80 %	80 %	80 %	80 %	Oui
Frais hospitaliers au Canada	100 % Chambre à deux lits	100 % Chambre à deux lits	100 % Chambre à deux lits	100 % Chambre à deux lits	Non
Centre d'hébergement et de soins de longue durée	100 % Chambre à deux lits / Maximum 180 jours / année civile / personne assurée	100 % Chambre à deux lits / Maximum 180 jours / année civile / personne assurée	100 % Chambre à deux lits / Maximum 180 jours / année civile / personne assurée	100 % Chambre à deux lits / Maximum 180 jours / année civile / personne assurée	Non
Centre de réadaptation	100 % Chambre à deux lits / Maximum 180 jours / année civile / personne assurée	100 % Chambre à deux lits / Maximum 180 jours / année civile / personne assurée	100 % Chambre à deux lits / Maximum 180 jours / année civile / personne assurée	100 % Chambre à deux lits / 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	Oui 25 000 \$ ou 50 000 \$ selon la perte	S/O
Dentiste en cas d'accident	S/O	80 %	80 %	80 %	Non
Fauteuil roulant ou lit d'hôpital	S/O	80 %	80 %	80 %	Oui

<u>RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE</u>					
<u>GARANTIES</u>	<u>MALADIE 1</u>	<u>MALADIE 2</u>	<u>MALADIE 3</u>	<u>MALADIE 4</u>	<u>Ordonnance médicale</u>
Appareil d'assistance respiratoire et oxygène	S/O	80 %	80 %	80 %	Oui
Appareils thérapeutiques	S/O	80 %	80 %	80 %	Oui
Membres artificiels et prothèses externes	S/O	80 %	80 %	80 %	Non
Prothèse capillaire	S/O	80 % Remboursement maximal viager 300 \$ / personne assurée	80 % Remboursement maximal viager 300 \$ / personne assurée	80 % Remboursement maximal viager 300 \$ / personne assurée	Oui
Prothèse mammaire	S/O	80 % En excédent de la RAMQ	80 % En excédent de la RAMQ	80 % En excédent de la RAMQ	Oui
Appareils orthopédiques	S/O	80 %	80 %	80 %	Oui
Orthèses plantaires	S/O	80 %	80 %	80 %	Oui
Chaussures orthopédiques	S/O	80 %	80 %	80 %	Oui
Orthophoniste, ergothérapeute ou audiologiste	S/O	80 %	80 %	80 %	Non
Bas de soutien	S/O	80 % 3 paires / personne assurée / année civile	80 % 3 paires / personne assurée / année civile	80 % 3 paires / personne assurée / année civile	Oui

<u>RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE</u>					
<u>GARANTIES</u>	<u>MALADIE 1</u>	<u>MALADIE 2</u>	<u>MALADIE 3</u>	<u>MALADIE 4</u>	<u>Ordonnance médicale</u>
Glucomètre	S/O	80 % Remboursement maximal de 240 \$ / 36 mois consécutifs / personne assurée	80 % Remboursement maximal de 400 \$ / 36 mois consécutifs / personne assurée	80 % Remboursement maximal de 400 \$ / 36 mois consécutifs / personne assurée	Oui
Neurostimulateur transcutané	S/O	80 % Remboursement maximal de 800 \$ / 60 mois consécutifs / personne assurée	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 de 5 000 \$ / personne assurée / accident	80 % Remboursement maximal de 5 000 \$ / personne assurée / accident	Oui
Chirurgie d'affirmation de genre	80 % Remboursement maximal de 10 000 \$ / année civile / personne assurée et remboursement maximal viager / personne assurée de 20 000 \$	80 % Remboursement maximal de 10 000 \$ / année civile / personne assurée et remboursement maximal viager / personne assurée de 20 000 \$	80 % Remboursement maximal de 10 000 \$ / année civile / personne assurée et remboursement maximal viager / personne assurée de 20 000 \$	80 % Remboursement maximal de 10 000 \$ / année civile / personne assurée et remboursement maximal viager / personne assurée de 20 000 \$	Oui

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE					
<u>GARANTIES</u>	<u>MALADIE 1</u>	<u>MALADIE 2</u>	<u>MALADIE 3</u>	<u>MALADIE 4</u>	<u>Ordonnance médicale</u>
Appareil auditif	S/O	80 % Remboursement maximal de 560 \$ / personne assurée / 48 mois incluant honoraires de l'audioprothésiste	80 % Remboursement maximal de 800 \$ / personne assurée / 48 mois incluant honoraires de l'audioprothésiste	80 % Remboursement maximal de 800 \$ / personne assurée / 48 mois incluant honoraires de l'audioprothésiste	Non
Échographie	S/O	80 % Remboursement maximal de 300 \$ / année civile / personne assurée	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 %	80 %	Oui
Électrocardiogramme, examens par ultrasons (autres que les examens échographiques), traitement au radium et aux rayons X	S/O	80 %	80 %	80 %	Oui
Imagerie par résonance magnétique	S/O	80 % Remboursement maximal de 500 \$ / personne assurée / année civile	80 % Remboursement maximal de 600 \$ / personne assurée / année civile	80 % Remboursement maximal de 600 \$ / personne assurée / année civile	Oui
Soutiens-gorge postopératoires	S/O	S/O	80 % 2 soutiens-gorges / année civile / personne assurée	80 % 2 soutiens-gorges / année civile / personne assurée	Non

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE					
<u>GARANTIES</u>	<u>MALADIE 1</u>	<u>MALADIE 2</u>	<u>MALADIE 3</u>	<u>MALADIE 4</u>	<u>Ordonnance médicale</u>
Examens de la vue	S/O	80 % Remboursement maximal de 50 \$ / 24 mois / personne assurée	80 % Remboursement maximal de 75 \$ / 24 mois / personne assurée	80 % Remboursement maximal de 75 \$ / 24 mois / personne assurée	Non
Chirurgie oculaire	S/O	S/O	S/O	80 %	Non
Lentilles cornéennes				Remboursement maximal de 200 \$ / 24 mois / personne assurée	
Lunettes					
Psychologue, psychanalyste, psychiatre, psychothérapeute, psychoéducateur, travailleur social et conseiller en orientation	S/O	80 % Remboursement maximal de 84 \$ / traitement, maximum 15 traitements / année civile / personne assurée pour l'ensemble de ces professionnels	80 % Remboursement maximal de 84 \$ / traitement, maximum 25 traitements / année civile / personne assurée pour l'ensemble de ces professionnels	80 % Remboursement maximal de 84 \$ / traitement, maximum 25 traitements / année civile / personne assurée pour l'ensemble de ces professionnels	Non
Acupuncteur	S/O	80 % Remboursement maximal de 52 \$ / traitement, maximum 15 traitements / année civile / personne assurée	80 % Remboursement maximal de 64 \$ / traitement, maximum 15 traitements / année civile / personne assurée	80 % Remboursement maximal de 64 \$ / traitement, maximum 15 traitements / année civile / personne assurée	Non
Chiropraticien	S/O	80 % Remboursement maximal de 48 \$ / traitement, maximum 20 traitements / année civile / personne assurée Radiographies : remboursement maximal de 40 \$	80 % Remboursement maximal de 56 \$ / traitement, maximum 20 traitements / année civile / personne assurée Radiographies : remboursement maximal de 40 \$	80 % Remboursement maximal de 56 \$ / traitement, maximum 20 traitements / année civile / personne assurée Radiographies : remboursement maximal de 40 \$	Non

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE					
<u>GARANTIES</u>	<u>MALADIE 1</u>	<u>MALADIE 2</u>	<u>MALADIE 3</u>	<u>MALADIE 4</u>	<u>Ordonnance médicale</u>
Podiatre et podologue	S/O	80 % Remboursement maximal de 52 \$ / traitement, maximum 15 traitements / année civile / personne assurée pour l'ensemble de ces professionnels	80 % Remboursement maximal de 64 \$ / traitement, maximum 15 traitements / année civile / personne assurée pour l'ensemble de ces professionnels	80 % Remboursement maximal de 64 \$ / 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 60 \$ / traitement, maximum 15 traitements / année civile / personne assurée pour l'ensemble de ces professionnels	80 % Remboursement maximal de 72 \$ / traitement, maximum 15 traitements / année civile / personne assurée pour l'ensemble de ces professionnels	80 % Remboursement maximal de 72 \$ / traitement, maximum 15 traitements / année civile / personne assurée pour l'ensemble de ces professionnels	Non
Homéopathe (incluant les médicaments homéopathiques)	S/O	S/O	80 % Remboursement maximal de 56 \$ / traitement, Remboursement maximal de 720 \$ / année civile / personne assurée	80 % Remboursement maximal de 56 \$ / traitement, Remboursement maximal de 720 \$ / année civile / personne assurée	Non

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE					
<u>GARANTIES</u>	<u>MALADIE 1</u>	<u>MALADIE 2</u>	<u>MALADIE 3</u>	<u>MALADIE 4</u>	<u>Ordonnance médicale</u>
Ostéopathe	S/O	S/O	80 % Remboursement maximal de 76 \$ / traitement, maximum 15 traitements / année civile / personne assurée	80 % Remboursement maximal de 76 \$ / traitement, maximum 15 traitements / année civile / personne assurée	Non
Naturopathe	S/O	S/O	80 % Remboursement maximal de 56 \$ / traitement, maximum 20 traitements / année civile / personne assurée	80 % Remboursement maximal de 56 \$ / traitement, maximum 20 traitements / année civile / personne assurée	Non
Massothérapeute, kinésithérapeute et Orthothérapeute	S/O	S/O	80 % Remboursement maximal de 64 \$ / traitement, maximum 15 traitements / année civile / personne assurée pour l'ensemble de ces professionnels	80 % Remboursement maximal de 64 \$ / traitement, maximum 15 traitements / année civile / personne assurée pour l'ensemble de ces professionnels	Non
Diététiste	S/O	S/O	80 % Remboursement maximal de 64 \$ / traitement, maximum 15 traitements / année civile / personne assurée	80 % Remboursement maximal de 64 \$ / traitement, maximum 15 traitements / année civile / personne assurée	Non

<u>RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE</u>					
<u>GARANTIES</u>	<u>MALADIE 1</u>	<u>MALADIE 2</u>	<u>MALADIE 3</u>	<u>MALADIE 4</u>	<u>Ordonnance médicale</u>
Soins infirmiers	80 % Remboursement maximal de 5 000 \$ / personne assurée / année civile	80 % Remboursement maximal de 5 000 \$ / personne assurée / année civile	80 % Remboursement maximal de 10 000 \$ / personne assurée / année civile	80 % Remboursement maximal de 10 000 \$ / personne assurée / année civile	Oui
Soins et services à domicile	S/O	S/O	80 % Remboursement maximal de 400 \$ / personne assurée / année civile	80 % Remboursement maximal de 400 \$ / personne assurée / année civile	Oui
Cure de désintoxication	S/O	S/O	80 % Frais admissibles de 80 \$ / jour Maximum de 30 jours / personne assurée / année civile	80 % Frais admissibles de 80 \$ / jour Maximum de 30 jours / personne assurée / année civile	Oui
Frais de transport et d'hébergement au Québec	S/O	S/O	80 % Remboursement maximal de 1 000 \$ / personne assurée / année civile	80 % Remboursement maximal de 1 000 \$ / personne assurée / année civile	Oui

4.2 Description des garanties

Les frais admissibles, selon le régime d'assurance maladie retenu par la personne adhérente, 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.

Le coût des services et fournitures décrits ci-après est remboursé selon le pourcentage de coassurance prévu au tableau des garanties. Si le régime d'assurance maladie retenu par la personne adhérente est le régime d'assurance maladie 1, une franchise annuelle de 50 \$ est applicable pour la personne adhérente détenant un statut de protection individuel, de 75 \$ pour la personne adhérente détenant un statut de protection monoparental et de 100 \$ pour la personne adhérente détenant un statut de protection familial. Cette franchise annuelle est applicable à tous les frais couverts par le régime d'assurance maladie à l'exception des frais prévus aux articles 4.2.1, 4.2.2, 4.2.3, 4.2.34 et 4.2.35.

4.2.1 Frais hospitaliers au Canada

Frais d'hospitalisation engagés au Canada et excédant les frais payables par tout régime étatique d'assurance, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre à deux lits, sans limite quant au nombre de jours, pourvu que l'hospitalisation ait débuté en cours d'assurance.

4.2.2 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 de 5 000 000 \$ par voyage.

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.

4.2.2.1 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 de la patiente ou 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 l'Assureur ou la compagnie d'assistance voyage et les prestations sont limitées au coût le plus bas qui peut être obtenu, selon l'évaluation de l'Assureur, 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 l'Assureur ou la compagnie d'assistance voyage. L'escorte médicale ne doit pas être un 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 l'incapacité de la personne assurée 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 l'Assureur 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 protégées 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 où la personne assurée n'ait aucun proche parent dans le contexte précisé précédemment.

Ces frais doivent être convenus au préalable avec l'Assureur 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 protégées aux maximums suivants :

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

4.2.2.2 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 :

- a) diriger la personne assurée vers une clinique ou un centre hospitalier approprié;
- b) vérifier la couverture de l'assurance médicale afin d'éviter, si possible, à la personne assurée d'effectuer un dépôt monétaire;
- c) assurer le suivi du dossier médical de la personne assurée;

- d) coordonner le retour et le transport du patient aussitôt que médicalement possible;
- e) apporter une aide d'urgence ainsi que la coordination des demandes de règlements et lorsque nécessaire, effectuer une avance de fonds;
- f) 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;
- g) 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);
- h) 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;
- i) si nécessaire, communiquer avec la famille ou avec le bureau de la personne assurée;
- j) servir d'interprète aux appels d'urgence;
- k) recommander un avocat dans le cas d'un accident grave (frais d'avocat non compris).

Ni l'Assureur, 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 l'Assureur ou la compagnie d'assistance voyage sans préavis.

4.2.2.3 Affectation à l'extérieur de la province de résidence :

Les frais prévus aux article 4.2.2.1 et 4.2.2.2 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.

4.2.2.4 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 l'Assureur ou la compagnie d'assistance voyage. À défaut de communiquer avec ces derniers, les indemnités demandées pourront être refusées ou substantiellement réduites.

L'Assureur 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 l'Assureur 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, l'Assureur n'assume pas le coût de ces services, traitements ou chirurgie ou autres frais.

4.2.2.5 Exclusions et réduction de la garantie d'assurance voyage :

- i) En plus des exclusions et réduction mentionnées à l'article 4.3, aucune somme n'est payée ni aucune assistance donnée à la personne assurée par l'Assureur 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.
- ii) 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 deux mois précédant la date normale prévue de l'accouchement;

f) dans le cas de frais engagés par la personne assurée, postérieurement à la date de modification d'un niveau de risque d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs spécifiant d'éviter :

- tout voyage dans un endroit où la personne assurée a prévu se rendre ou dans un endroit où elle se trouve déjà; ou
- tout voyage à bord d'un navire de croisière, que la personne assurée s'y trouve déjà ou non.

Si le niveau de risque d'un avertissement a été modifié durant le séjour de la personne assurée à l'endroit visé par cet avertissement ou durant sa croisière, la personne assurée doit alors prendre les dispositions nécessaires pour se conformer à cet avertissement dans les 14 jours suivant la date de modification du niveau de risque, à défaut de quoi, aucuns frais engagés par la personne assurée ne sont admissibles.

4.2.2.6 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 l'Assureur, sur présentation de pièces justificatives satisfaisantes (factures, reçus, ordonnances, etc.).

4.2.2.7 Coordination des prestations :

Cette assurance est une assurance dite « second payeur ». L'Assureur 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*.

4.2.3 Assurance annulation de voyage

L'Assureur paie, selon les modalités décrites à la présente clause, les 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. Les frais couverts sont limités à 7 500 \$ par personne assurée par voyage.

4.2.3.1 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) La modification à la hausse d'un niveau de risque d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs spécifiant d'éviter :
 - i) tout voyage ou tout voyage non essentiel dans un endroit où la personne assurée a prévu se rendre ou se trouve déjà; ou
 - ii) tout voyage à bord d'un navire de croisière, que la personne assurée s'y trouve déjà ou non.

Les frais d'annulation de voyage sont admissibles si les conditions suivantes sont satisfaites :

- le niveau de risque d'un avertissement a été modifié après que les frais de voyage aient été engagés,
- le niveau de risque modifié de l'avertissement demeure inchangé à la date de départ en voyage de la personne assurée.

Quant aux frais d'interruption de voyage, ils sont admissibles si les conditions suivantes sont satisfaites :

- le niveau de risque d'un avertissement a été modifié après la date de départ en voyage de la personne assurée,
- le niveau de risque modifié de l'avertissement demeure inchangé au cours de la période prévue du voyage de la personne assurée,
- la personne assurée a pris les dispositions nécessaires pour se conformer à cet avertissement dans les 14 jours suivant la date de modification du niveau de risque.

- 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 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.

4.2.3.2 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 7 500 \$ par personne assurée, par voyage.

Seule est admissible la portion des frais de voyage payés d'avance qui n'a pas fait l'objet de toute forme de crédit, de compensation ou de dédommagement (avec ou sans restriction quant à l'utilisation) offert par le fournisseur de services de voyage ou tout organisme.

Par ailleurs, tous les frais de voyage payés d'avance à un fournisseur de services de voyage doivent être inutilisés, inutilisables, non remboursables et non transférables.

- a) En cas d'annulation avant le départ :
 - i) la portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance;
 - ii) 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;
 - iii) 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, pour une des raisons prévues à la présente garantie, le coût supplémentaire exigé par un transporteur public à horaire fixe pour un billet en classe économique par la route la plus directe jusqu'à la destination prévue.
- c) Si le retour est anticipé ou retardé :
 - i) le coût supplémentaire d'un billet simple, en classe économique, par la route la plus directe pour le retour jusqu'au point de départ par le moyen de transport prévu initialement ou si ce dernier ne peut être utilisé, les frais exigés par un transporteur public à horaire fixe, en classe économique, selon le moyen de transport le plus économique, par la route la plus directe pour le retour jusqu'au point de départ; ces frais doivent au préalable être convenus avec l'Assureur;

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.

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

4.2.3.3 Transport aller-retour

Les frais de transport par le moyen le plus économique après avoir obtenu l'approbation par l'Assureur 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 :

- a) 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;
- b) si un sinistre a rendu la résidence principale de la personne assurée inhabitable ou a causé des dommages importants à son établissement commercial.

4.2.3.4 Exclusions de la garantie d'assurance annulation de voyage:

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

- 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 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) dans le cas de frais engagés par la personne assurée, postérieurement à la date de modification d'un niveau de risque d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs spécifiant d'éviter :
 - tout voyage ou tout voyage non essentiel dans un endroit où la personne assurée a prévu se rendre ou dans un endroit où elle se trouve déjà; ou

- tout voyage à bord d'un navire de croisière, que la personne assurée s'y trouve déjà ou non.

Si le niveau de risque d'un avertissement a été modifié durant le séjour de la personne assurée à l'endroit visé par cet avertissement ou durant sa croisière, la personne assurée doit alors prendre les dispositions nécessaires pour se conformer à cet avertissement dans les 14 jours suivant la date de modification du niveau de risque, à défaut de quoi, aucuns frais engagés par la personne assurée ne sont admissibles.

- d) dans le cas de frais liés à l'une ou l'autre des causes admissibles d'annulation de voyage, aucune prestation n'est payable si la personne assurée a pris des arrangements de voyage alors qu'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs en vigueur spécifie d'éviter tout voyage dans un endroit où la personne assurée a prévu se rendre ou à bord d'un navire de croisière et que le niveau de risque de l'avertissement demeure inchangé lors de la survenance d'une cause d'annulation prévue en vertu de ce contrat.

De même, aucune prestation n'est payable pour tous les frais liés à l'une ou l'autre des causes d'interruption de voyage si la personne assurée part en voyage alors qu'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs en vigueur spécifie d'éviter tout voyage dans un endroit où la personne assurée a prévu se rendre ou à bord d'un navire de croisière et que le niveau de risque de l'avertissement demeure inchangé lors de la survenance d'une cause d'interruption prévue en vertu de ce contrat. Toutefois, si le niveau de risque d'un avertissement a été modifié de façon à préciser d'éviter tout voyage durant le séjour de la personne assurée à l'endroit visé par cet avertissement ou durant sa croisière, la personne assurée doit alors prendre les dispositions nécessaires pour se conformer à cet avertissement dans les 14 jours suivant la date de modification du niveau de risque, à défaut de quoi, aucuns frais engagés par la personne assurée ne sont admissibles, et ce, quelle que soit la cause.

- e) 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;
- f) 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;
- g) l'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conséquences qui s'ensuivent;

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

4.2.3.5 Délai pour demander l'annulation

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

Toutefois, le présent délai pour demander l'annulation ne s'applique pas s'il est démontré, à la satisfaction de l'Assureur, 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.

Si le niveau de risque d'un avertissement gouvernemental canadien aux voyageurs est modifié, la personne assurée doit contacter l'Assisteur 72 heures avant la date de versement du dépôt requis pour ses frais de voyage payés d'avance ou 72 heures avant la date de son départ en voyage, selon le cas.

4.2.3.6 Coordination

Cette assurance est une assurance dite « second payeur ». L'Assureur 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*.

4.2.4 Mutilation accidentelle

4.2.4.1 Montant d'assurance

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 d'assurance
– 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 œil	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, l'Assureur a le droit de faire examiner la personne assurée.

En aucun temps la somme des indemnités payables pour l'ensemble des pertes subies par la personne assurée en vertu de la garantie d'assurance en cas de mutilation accidentelle ne peut être supérieure à 50 000 \$.

4.2.4.2 Exclusions et réduction de la garantie 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 :

- a) 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.

- b) En raison d'une guerre déclarée ou non ou de la participation active de la personne assurée à une insurrection réelle ou appréhendée.
- c) En raison d'une tentative de suicide ou du 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.
- d) 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.
- e) Pour une condition survenue alors que la personne assurée est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays.
- f) En raison d'une maladie se manifestant lors d'un accident mais ne résultant pas de cet accident.
- g) À la suite d'un traitement médical ou dentaire, d'une intervention chirurgicale ou d'une anesthésie.
- h) 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.

Les services et fournitures suivants sont admissibles pourvu qu'ils soient médicalement requis, prescrits par un médecin et nécessaires au traitement de la personne assurée :

4.2.5 Médicaments

a) Définitions

Les définitions suivantes s'appliquent à la présente clause.

- **Liste de médicaments sous réserve d'une autorisation préalable :** La liste de médicaments sous réserve d'une autorisation préalable est une liste de médicaments, établie et pouvant être révisée en tout temps par l'Assureur, pour lesquels la personne assurée doit obtenir une autorisation avant qu'ils puissent être admissibles en vertu du présent contrat.
- **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

- L'Assureur rembourse les services pharmaceutiques et les médicaments prévus par les garanties du Régime général d'assurance médicaments, tel qu'établi en vertu de la *Loi sur l'assurance médicaments* (L.R.Q., c. A-29.01).
- Sous réserve des exclusions ci-après, sont également remboursés les médicaments portant un code d'identification numérique (DIN) valide délivré par Santé Canada, 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 et conformément aux indications thérapeutiques du fabricant ou, à défaut de celles-ci, aux indications des autorités gouvernementales compétentes; 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 médicaments doivent être approuvés et reconnus par l'Assureur pour leur efficacité et leur valeur thérapeutique. En ce qui concerne spécifiquement les médicaments inclus dans la liste de médicaments sous réserve d'une autorisation préalable, ils doivent répondre aux critères déterminés par l'Assureur. À cette fin, la personne assurée doit faire remplir à ses frais, par un professionnel de la santé, le formulaire *Demande d'évaluation pour un médicament en autorisation préalable*. Ce formulaire est disponible auprès de l'Assureur ou de l'administrateur du régime.

Sont également admissibles les frais suivants :

- 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 pour l'achat d'un **stérilet**.

Aux fins de la présente assurance médicaments, il est entendu que l'Assureur considère tout produit satisfaisant aux précédentes conditions comme un médicament.

c) Substitution générique pour les médicaments innovateurs (de marque)

Seuls les frais pour l'achat du médicament le moins cher équivalent au médicament prescrit sont admissibles, et ce, même si le professionnel de la santé a inscrit sur l'ordonnance une mention à l'effet de ne pas substituer.

S'il existe une contre-indication médicale liée à la prise du médicament générique et que la personne assurée désire obtenir le remboursement du coût du médicament innovateur (de marque), elle doit faire remplir à ses frais, par un professionnel de la santé, le formulaire *Demande de remboursement pour médicaments de marque*. Ce formulaire est disponible auprès de l'Assureur. Par la suite, la personne assurée doit transmettre ce formulaire à l'Assureur pour analyse.

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 l'Assureur, 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, de l'impuissance ou de toute autre dysfonction sexuelle;
- toute substance utilisée dans le but d'insémination, gelées et mousses à but contraceptif;
- les médicaments fournis au cours d'une hospitalisation;
- les traitements ou médicaments à titre expérimental.

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

Enfin, advenant l'approbation par Santé Canada d'un nouveau médicament pouvant affecter le coût de la garantie de façon importante, l'Assureur se réserve le droit, 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.

4.2.6 Orthophoniste, ergothérapeute et audiologiste

Les honoraires d'orthophonistes, ergothérapeutes et audiologistes s'ils sont membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestation.

4.2.7 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 à la maison de la personne assurée ou qui est un proche parent.

Ces honoraires sont admissibles selon le régime d'assurance retenu par la personne adhérente, soit :

- régime d'assurance maladie 1 : jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 5 000 \$ par année civile, par personne assurée.
- régime d'assurance maladie 2 : jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 5 000 \$ par année civile, par personne assurée.
- régime d'assurance maladie 3 et régime d'assurance maladie 4 : jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 10 000 \$ par année civile, par personne assurée.

4.2.8 Fauteuil roulant ou lit d'hôpital

Les frais de location ou d'achat, lorsque ce dernier mode est jugé plus économique par l'Assureur, 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.

4.2.9 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.

4.2.10 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.

4.2.11 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.

4.2.12 Membres artificiels et prothèses externes

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

4.2.13 Prothèse capillaire

Les frais d'achat d'une prothèse capillaire à la suite de traitements de chimiothérapie, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal viager de 300 \$, par personne assurée.

4.2.14 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 des prix de l'Association nationale des orthésistes du pied.

4.2.15 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.

4.2.16 Bas de soutien

Les frais d'achat de bas de soutien, jusqu'à concurrence d'un maximum de 3 paires par année civile, par personne assurée.

4.2.17 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.

Ces frais sont admissibles selon le régime d'assurance retenu par la personne adhérente, soit :

- régime d'assurance maladie 2 : jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 240 \$ par période de 36 mois consécutifs, par personne assurée.
- régime d'assurance maladie 3 et régime d'assurance maladie 4 : jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 400 \$ par période de 36 mois consécutifs, par personne assurée.

4.2.18 Neurostimulateur transcutané

Les frais d'achat, d'ajustement, de remplacement ou de réparation d'un neurostimulateur transcutané, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 800 \$ par période de 60 mois consécutifs, par personne assurée.

4.2.19 Appareil auditif

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

Ces frais sont admissibles selon le régime d'assurance retenu par la personne adhérente, soit :

- régime d'assurance maladie 2 : jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 560 \$ par période de 48 mois consécutifs, par personne assurée.
- régime d'assurance maladie 3 et régime d'assurance maladie 4 : jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 800 \$ par période de 48 mois consécutifs, par personne assurée.

4.2.20 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, l'Assureur 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.

4.2.21 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.

4.2.22 Frais de transport par avion d'un malade alité

- a) Les frais de transport par avion d'un malade alité occupant l'équivalent de 2 sièges individuels lorsqu'une partie du trajet doit s'effectuer par ce moyen.
- b) 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.

- c) Les frais de transport pour le retour au domicile immédiatement après une hospitalisation.

4.2.23 **Physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique, thérapeute du sport**

Les honoraires de physiothérapeutes, de thérapeutes en réadaptation physique et de thérapeutes du sport, s'ils sont membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative ou d'une association professionnelle reconnue par l'Assureur. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestation.

Ces honoraires sont admissibles selon le régime d'assurance retenu par la personne adhérente, soit :

- régime d'assurance maladie 2 : jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 60 \$ par traitement et d'un maximum de 15 traitements par année civile, par personne assurée. **Ces maximums s'appliquent pour l'ensemble de ces professionnels.**
- régime d'assurance maladie 3 et régime d'assurance maladie 4 : jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 72 \$ par traitement et d'un maximum de 15 traitements par année civile, par personne assurée. **Ces maximums s'appliquent pour l'ensemble de ces professionnels.**

4.2.24 **Psychologue, psychanalyste, psychiatre, psychothérapeute, psychoéducateur, travailleur social et conseiller en orientation**

Les honoraires de psychologues, psychanalystes, psychiatres, psychothérapeutes, psychoéducateurs, travailleurs sociaux et conseillers en orientation membres en règle de leur ordre professionnel reconnu par l'autorité législative ou d'une association professionnelle reconnue par l'Assureur, à raison d'un traitement par jour. 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 prestation.

Ces honoraires sont admissibles selon le régime d'assurance retenu par la personne adhérente, soit :

- régime d'assurance maladie 2 : jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 84 \$ par traitement et d'un maximum de 15 traitements par année civile, par personne assurée. **Ces maximums s'appliquent pour l'ensemble de ces professionnels.**
- régime d'assurance maladie 3 et régime d'assurance maladie 4 : jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 84 \$ par traitement et d'un maximum de 25 traitements par année civile, par personne assurée. **Ces maximums s'appliquent pour l'ensemble de ces professionnels.**

4.2.25 Homéopathe

Les honoraires d'homéopathes, s'ils sont membres en règle d'une association professionnelle reconnue par l'Assureur, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 56 \$ par traitement et d'un remboursement maximal de 720 \$ par année civile, par personne assurée incluant les frais de médicaments homéopathiques obtenus sur ordonnance d'un homéopathe ou d'un médecin sont couverts. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestations.

4.2.26 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 jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 000 \$ par année civile, par personne assurée :

- 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 avec 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.

Les services et fournitures suivants sont admissibles pourvu qu'ils soient médicalement requis et nécessaires au traitement de la personne assurée :

4.2.27 **Acupuncteur**

Les honoraires d'acupuncteurs, s'ils sont membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestation.

Ces honoraires sont admissibles selon le régime d'assurance retenu par la personne adhérente, soit :

- régime d'assurance maladie 2 : jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 52 \$ par traitement et d'un maximum de 15 traitements par année civile, par personne assurée.
- régime d'assurance maladie 3 et régime d'assurance maladie 4 : jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 64 \$ par traitement et d'un maximum de 15 traitements par année civile, par personne assurée.

4.2.28 **Chiropraticien**

Les honoraires de chiropraticiens, s'ils sont membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à une prestation. Les radiographies sont admissibles et sujettes à un remboursement maximal de 40 \$ par année civile, par personne assurée.

Ces honoraires sont admissibles selon le régime d'assurance retenu par la personne adhérente, soit :

- régime d'assurance maladie 2 : jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 48 \$ par traitement et d'un maximum de 20 traitements par année civile, par personne assurée.
- régime d'assurance maladie 3 et régime d'assurance maladie 4 : jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 56 \$ par traitement et d'un maximum de 20 traitements par année civile, par personne assurée.

4.2.29 **Podiatre et podologue**

Les honoraires de podiatres et de podologues, s'ils sont membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestation.

Ces honoraires sont admissibles selon le régime d'assurance retenu par la personne adhérente, soit :

- régime d'assurance maladie 2 : jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 52 \$ par traitement et d'un maximum de 15 traitements par année civile, par personne assurée. **Ces maximums s'appliquent pour l'ensemble de ces professionnels.**
- régime d'assurance maladie 3 et régime d'assurance maladie 4 : jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 64 \$ par traitement et d'un maximum de 15 traitements par année civile, par personne assurée. **Ces maximums s'appliquent pour l'ensemble de ces professionnels.**

4.2.30 Ostéopathe

Les honoraires d'ostéopathes, s'ils sont membres en règle d'une association professionnelle reconnue par l'Assureur. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestation jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 76 \$ par traitement et d'un maximum de 15 traitements par année civile, par personne assurée.

4.2.31 Massothérapeute, kinésithérapeute et orthothérapeute (MKO)

Les honoraires de massothérapeutes, de kinésithérapeutes et d'orthothérapeutes, s'ils sont membres en règle d'une association professionnelle reconnue par l'Assureur, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 64 \$ par traitement et d'un maximum de 15 traitements par année civile, par personne assurée. **Ces maximums s'appliquent pour l'ensemble de ces professionnels.** Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestation.

4.2.32 Diététiste

Les honoraires de diététistes, s'ils sont membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 64 \$ par traitement et d'un maximum de 15 traitements par année civile, par personne assurée. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestation.

4.2.33 Cure de désintoxication

Les frais engagés pour un séjour en clinique privée, spécialisée dans le traitement de l'alcoolisme ou de toxicomanie et reconnue comme tel excluant toutefois le tabagisme, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 80 \$ par jour et d'un maximum de 30 jours par année civile, par personne assurée. Les frais de séjour dans une clinique spécialisée en réhabilitation de joueurs compulsifs sont également admissibles.

4.2.34 **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, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre à deux lits, pourvu que l'occupation ait débuté en cours d'assurance. Ces frais sont limités à 180 jours par année civile, par personne assurée. Cependant, les frais d'aide aux activités de la vie quotidienne sont exclus.

4.2.35 **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, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre à deux lits, 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. Cependant, ces frais sont limités à une période maximale de 180 jours par année civile, par personne assurée.

4.2.36 **Radiographies et analyses de laboratoire**

Les frais pour le sang, le plasma sanguin et les transfusions de même que les frais de radiographies ou d'analyses de laboratoire pour fins de prévention ou de diagnostic effectuées à l'extérieur d'un centre hospitalier, à l'exception des frais pour la conservation ou la congélation de sang et plasma.

4.2.37 **Électrocardiogrammes, ultrasons, traitements au radium et aux rayons X**

Les frais d'électrocardiogrammes, d'examens 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.

4.2.38 **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.

Ces frais sont admissibles selon le régime d'assurance retenu par la personne adhérente, soit :

- régime d'assurance maladie 2 : jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 500 \$ par année civile, par personne assurée.
- régime d'assurance maladie 3 et régime d'assurance maladie 4 : jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 600 \$ par année civile, par personne assurée.

4.2.39 Prothèse mammaire

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

4.2.40 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, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 5 000 \$ par accident, par personne assurée.

4.2.41 Chirurgie d'affirmation de genre

L'Assureur rembourse les frais engagés pour une intervention chirurgicale effectuée par un médecin pour la personne assurée visant à modifier les caractéristiques sexuelles de la personne assurée afin de les harmoniser avec le genre ressenti par celle-ci. Les frais d'épilation par électrolyse ou par laser sont également admissibles.

Les frais sont admissibles si la totalité des conditions suivantes est satisfaite :

- a) La personne assurée doit avoir reçu un diagnostic de dysphorie de genre par un médecin;
- b) L'intervention chirurgicale ou l'épilation doit être effectuée au Canada;
- c) L'intervention chirurgicale ou l'épilation ne doit pas être couverte par le régime public d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée.

4.2.42 Échographies

Les frais d'échographies (autres que fœtales) effectuées à l'extérieur d'un centre hospitalier, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 300 \$ par année civile, par personne assurée.

4.2.43 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, sont admissibles jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 400 \$ par personne assurée, par année civile pour l'ensemble de ces frais, 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;

4.2.44 Naturopathe

Les honoraires de naturopathes, s'ils sont membres en règle d'une association professionnelle reconnue par l'Assureur, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 56 \$ par traitement et d'un maximum de 20 traitements par année civile, par personne assurée. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestations.

4.2.45 Soutiens-gorge postopératoires

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

4.2.46 Examens de la vue

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

4.2.47 Chirurgie oculaire

Les frais de chirurgie oculaire effectuée par un ophtalmologiste afin d'améliorer l'acuité visuelle.

Sont également admissibles les frais pour l'achat d'accessoires requis lors d'une chirurgie oculaire.

4.2.48 Lentilles cornéennes

Les frais d'achat de lentilles cornéennes sur recommandation d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste afin d'améliorer l'acuité visuelle.

Exclusion : les frais pour les lentilles cornéennes requises à la suite d'une maladie ou d'une chirurgie pour cataracte ne sont pas admissibles à un remboursement en vertu de la présente protection.

4.2.49 Lunettes

Les frais d'achat de lunettes sur recommandation d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste afin d'améliorer l'acuité visuelle.

4.3 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 du présent régime les produits et services décrits et aucun remboursement n'est effectué par l'Assureur pour les frais subis lors des événements suivants :

4.3.1 Pour des vaccins préventifs.

4.3.2 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. Cette exclusion s'applique au régime d'assurance maladie 1, 2 et 3.

4.3.3 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.

4.3.4 Pour des injections dans le cadre d'une cure d'amaigrissement.

4.3.5 Pour une chirurgie, des traitements ou des prothèses à des fins esthétiques, sauf à la suite d'un accident.

4.3.6 Pour des soins prodigués principalement aux fins d'esthétique, les lunettes de protection ou de soleil sans prescription et les soins prodigués gratuitement.

4.3.7 Pour tout produit ou service non médicalement requis.

4.3.8 Pour des prothèses capillaires, sauf à la suite de traitements de chimiothérapie. Cette exclusion s'applique au régime d'assurance maladie 1 seulement.

4.3.9 Pour un examen de la vue ou de l'ouïe.

4.3.10 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.

- 4.3.11 Pour des soins et services administrés par un proche parent de la personne assurée ou par une personne qui réside avec cette dernière.
- 4.3.12 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.
- 4.3.13 Pour une condition survenue alors que la personne assurée est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays.
- 4.3.14 En raison d'une guerre déclarée ou non, ou de la participation active à une insurrection réelle ou appréhendée.
- 4.3.15 Pour une condition survenue lors de la participation de la personne assurée à un acte criminel ou réputé tel.
- 4.3.16 Pour tous frais relatifs à l'insémination.
- 4.3.17 Pour tous frais relatifs au traitement de l'infertilité.
- 4.3.18 Pour tout soin, service ou fourniture de nature expérimentale.
- 4.3.19 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 exigés par la RAMQ.

Pour la garantie d'assurance voyage, les exclusions et réductions stipulées à l'article 4.2.2.5 s'appliquent en plus de celles stipulées au présent article.

Pour la garantie d'assurance annulation de voyage, seules les exclusions et réductions stipulées à l'article 4.2.3.4 s'appliquent.

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 tenu 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.

4.4 Demande de prestations

L'Assureur est tenu de payer en vertu du présent régime s'il y a eu présentation d'une demande de prestations avant l'expiration d'un délai de 12 mois suivant la date à laquelle les frais admissibles ont été engagés. Les frais sont considérés comme engagés à la date à laquelle les services ont été rendus ou les articles ont été fournis.

Le délai stipulé ci-dessus est de rigueur. Toutefois, si la personne adhérente prouve à la satisfaction de l'Assureur qu'elle était dans l'impossibilité d'agir avant l'expiration du délai et que la demande fut présentée dès qu'a cessé l'empêchement, alors la personne assurée pourra bénéficier de la présente garantie d'assurance.

4.5 Coordination des prestations

Le montant total des prestations versées en vertu de ce régime, de d'autres régimes d'assurance ou de régimes étatiques s'appliquant à une même personne ne peut jamais excéder le montant des frais assurés effectivement engagés.

Si la personne assurée en vertu du présent contrat est aussi assurée en vertu d'un autre régime, le remboursement initial avant application de la coordination est la responsabilité du régime auquel la personne assurée n'est pas inscrite comme personne à charge. Par la suite, les frais non remboursés sont payables par le régime auquel la personne assurée est inscrite comme personne à charge.

Dans le cas des enfants à charge, le remboursement initial, avant application de la coordination, est la responsabilité du régime de la personne conjointe assurée dont l'anniversaire de naissance arrive en premier au cours de l'année civile. Par la suite, les frais non remboursés sont la responsabilité du régime de l'autre personne conjointe.

4.6 Renseignements

L'Assureur peut exiger tous renseignements, détails et dossiers concernant le diagnostic, le traitement ou les services rendus à chaque personne assurée soit avant ou après la date d'entrée en vigueur de son assurance, et la personne assurée convient, comme condition de la responsabilité de l'Assureur en vertu du présent régime, de lui fournir ou de lui faire fournir tous ces renseignements, détails et dossiers et d'autoriser tout centre hospitalier, ou toute personne rendant ou ayant rendu ces services à les fournir directement à l'Assureur. Tous ces renseignements sont considérés strictement confidentiels par l'Assureur.

4.7 Renonciation à la responsabilité

Le paiement des prestations en vertu de ce contrat libère l'Assureur de toute responsabilité pour tout acte ou omission de tout centre hospitalier ou de toute personne rendant n'importe lequel des services mentionnés dans ce contrat.

4.8 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, l'Assureur renonce au paiement de toute prime à son égard qui vient à échéance après l'expiration d'une période de 52 semaines.

L'exonération des primes se termine à la première des dates suivantes :

- a) Pour une personne adhérente devenue invalide avant le 1^{er} janvier 2014 :
 - i) le jour du 61^e anniversaire de naissance de la personne adhérente si elle est exonérée depuis au moins 36 mois pour la même invalidité totale;
 - ii) 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:
 - i) 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 l'Assureur et doit présenter sa demande d'adhésion dans les 90 jours suivant cette date;
 - ii) 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;
- c) la fin de l'invalidité totale;
- d) la date de la 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.

4.9 Droit de transformation

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 alors émis par l'Assureur dans ces circonstances. Pour ce faire, la personne adhérente doit soumettre une demande écrite à l'Assureur 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 au contrat, 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.

4.10 Modalité de paiement

Pour l'achat de médicaments, la personne adhérente peut se servir de la carte de paiement automatique relative au service de paiement automatisé direct.

4.11 Fin de l'assurance

4.11.1 Le régime d'assurance maladie de toute personne adhérente se termine à la première des dates suivantes :

4.11.1.1 La date de la fin du contrat.

4.11.1.2 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 de l'article 2.10 et qui a cessé le versement de la prime avant la fin de son interruption de travail.

4.11.1.3 Dans le cas où la prime n'est pas payée, sous réserve de l'article 4.8 « Exonération des primes en cas d'invalidité totale », 30 jours après l'envoi d'un avis à cet effet par l'Assureur 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, l'Assureur s'engage à ne pas recourir à la présente disposition sans un préavis écrit de 6 mois transmis au Preneur.

4.11.1.4 La date à laquelle la personne adhérente cesse d'être une personne employée admissible pour une raison autre que la retraite, sous réserve de l'article 4.8 « Exonération des primes en cas d'invalidité totale ». Toutefois, 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 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.

4.11.1.5 La date à laquelle le syndicat auquel appartient la personne adhérente cesse de participer au présent régime. Pour la personne employée de l'APRFAE et pour la personne qui occupe une fonction de cadre, la date à laquelle la FAE cesse de participer au présent régime.

- 4.11.1.6 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 10 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.
- 4.11.2 L'assurance des personnes à charge se termine à la première des dates suivantes :
 - 4.11.2.1 La date de la fin de l'assurance de la personne adhérente.
 - 4.11.2.2 La date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge.
 - 4.11.2.3 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 selon les dispositions de l'article 2.3.7.2.

ARTICLE 5 - RÉGIME D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES

<u>RÉGIME D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES</u> <u>DU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE 4</u>	
Franchise (modules B, C et D)	Individuel : 25 \$ Monoparental : 50 \$ Familial : 75 \$
Maximum annuel de remboursement (module A, B, C et D)	1 ^{ère} année civile : 750 \$ 2 ^{ème} année civile et suivantes : 1 000 \$ par année
Module A soins dentaires : Frais de prévention	100 %
- Fréquence : examen de rappel	1 examen de rappel ou périodique par période de 9 mois
Module B soins dentaires : Frais de restauration de base	80 %
Module C soins dentaires : Frais de restauration majeure	60 %
Module D soins dentaires : Frais de restauration complexe et prothèses	50 %
Guide des tarifs	De l'année courante

5.1 Frais admissibles

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

Lorsque le guide des tarifs des actes bucco-dentaires n'est pas émis une année donnée, le terme « tarifs des actes bucco-dentaires » peut également se rapporter à un guide de tarifs ajustés alors établi par l'Assureur.

5.2 Modalités de remboursement

L'Assureur paie pour l'ensemble de ces protections :

- 100 % des frais de prévention;
- 80 % des frais de restauration de base;
- 60 % des frais de restauration majeure;
- 50 % des frais de restauration complexe.

Les frais de prévention, de restauration de base, de restauration majeure et de restauration complexe sont limités à un remboursement de 750 \$ par personne assurée pour la première année civile et de 1 000 \$ par personne assurée pour les années suivantes.

Une franchise annuelle est applicable sur les frais de restauration de base, majeure et complexe. Elle est de 25 \$ pour la personne adhérente détenant un statut de protection individuel, de 50 \$ pour la personne adhérente détenant un statut de protection monoparental et de 75 \$ pour la personne adhérente détenant un statut de protection familial.

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

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

5.3 Description des frais de prévention

5.3.1 Diagnostic :

- examen buccal clinique :
 - a) examen complet, jusqu'à concurrence d'un examen par période de 36 mois consécutifs;
 - b) examen de rappel ou périodique, jusqu'à concurrence d'un examen par période de 9 mois consécutifs;
 - c) examen dentaire pour les enfants à charge âgés de moins de 10 ans, non remboursable par le RAMQ, jusqu'à concurrence d'un examen par période de 12 mois consécutifs;
 - d) examen d'urgence;
 - e) examen d'un aspect particulier, jusqu'à concurrence d'un examen par période de 6 mois consécutifs;

- f) examen parodontal complet, jusqu'à concurrence d'un examen par période de 36 mois consécutifs.
- radiographies :
 - a) radiographies intra-orales :
 - i) radiographie périapicale;
 - ii) radiographie occlusale;
 - iii) radiographie interproximale;
 - b) radiographies extra-orales :
 - i) pellicule extra-orale;
 - ii) examen des sinus;
 - iii) sialographie;
 - iv) substance radio-opaque;
 - v) articulation temporo-mandibulaire;
 - vi) pellicule panoramique;
 - vii) pellicules céphalométriques.

Limitation : une seule séance de radiographies sera remboursable par période de 6 mois consécutifs; à l'exception d'une séance de radiographies effectuées lors d'un examen d'urgence. De plus, la pellicule panoramique et la série complète de pellicules périapicales et interproximales ne seront remboursables qu'une fois par période de 36 mois consécutifs.

5.3.2 Modèles de diagnostic :

- non monté, maxillaire supérieur;
- non monté, maxillaire inférieur;
- montés.

5.3.3 Prévention :

- polissage de la partie coronaire des dents (prophylaxie), jusqu'à concurrence d'un traitement par période de 9 mois consécutifs;
- détartrage parodontal, jusqu'à concurrence d'un traitement par période de 9 mois consécutifs relativement à l'ensemble de ces actes dentaires;
- application topique de fluorure pour des personnes à charge âgées de 14 ans et moins, jusqu'à concurrence d'un traitement par période de 9 mois consécutifs;
- finition d'une obturation;

- ablation de matériau obturateur sous-gingival nécessitant anesthésie, sans lambeau, par dent;
- scellants des puits et fissures pour des personnes à charge âgées de 14 ans et moins;
- meulage des dents :
 - a) meulage interproximal des dents;
 - b) améloplastie, chaque dent.

5.3.4 Correction des habitudes buccales.

5.3.5 Appareils de maintien d'espace :

- sur bagues;
- sur couronne en acier;
- appareil amovible;
- avec mordançage à l'acide.

5.3.6 Services généraux complémentaires, anesthésie locale;

5.4 Description des frais de restauration de base

5.4.1 Restauration :

- dents primaires :
 - a) antérieure ou postérieure en amalgame conventionnel;
 - b) antérieure ou postérieure en amalgame lié par mordançage;
 - c) antérieure en composite lié par mordançage;
 - d) postérieure en composite lié par mordançage;
- dents permanentes :
 - a) antérieure et prémolaire en amalgame conventionnel;
 - b) molaire en amalgame conventionnel;
 - c) antérieure et prémolaire en amalgame lié par mordançage;

- d) molaire en amalgame lié par mordançage;
- e) antérieure en composite lié par mordançage;
- f) facette (antérieure et prémolaire);
- g) prémolaire en composite lié par mordançage, jusqu'à concurrence du montant payable pour une prémolaire en amalgame lié par mordançage;
- h) molaire en composite lié par mordançage, jusqu'à concurrence du montant payable pour une molaire en amalgame lié par mordançage;
- tenons, pour restauration (en amalgame ou en composite);

5.4.2 Chirurgie buccale :

- ablation d'une dent ayant fait éruption (sans complication);
- ablations chirurgicales :
 - a) dent ayant fait éruption (complexe);
 - b) dent incluse;
 - c) racines résiduelles;
 - d) exérèse d'une ou de portions d'une dent fracturée;
 - e) exposition chirurgicale d'une dent;
- correction et remodelage des tissus buccaux :
 - a) alvéolectomie;
 - b) alvéoloplastie;
 - c) stomatoplastie;
 - d) ostéoplastie;
 - e) tubéroplastie;
 - f) ablation de tissu hyperplasique (par radiochirurgie ou par dissection);
 - g) ablation de surplus de muqueuse (par radiochirurgie ou par dissection);
 - h) reconstruction du procès alvéolaire avec un matériau synthétique biocompatible;

- i) extension des replis muqueux avec épithélialisation secondaire (incluant vestibuloplastie);
 - j) extension des replis muqueux avec greffe muqueuse ou épidermique;
- ablation d'une tumeur ou d'un kyste :
 - a) ablation d'une tumeur;
 - b) ablation et curetage d'un kyste ou d'un granulome intra-osseux;
- incision et drainage chirurgicaux;
- ablation d'un corps étranger dans le tissu osseux ou le tissu mou;
- frénectomie;
- traitement d'une hémorragie.

5.5 Description des frais de restauration majeure

5.5.1 Endodontie :

- carie / trauma / contrôle de la douleur :
 - a) pansement sédatif;
 - b) meulage et polissage d'une dent traumatisée;
 - c) recimentation d'un fragment de dent brisé;
- urgence endodontique :
 - a) pulpotomie;
 - b) ouverture et drainage (acte d'urgence distinct du traitement de canal);
 - i) ouverture à travers une dent naturelle;
 - ii) ouverture à travers une couronne en métal ou en porcelaine;
 - c) pulpectomie (acte d'urgence distinct du traitement de canal);
 - d) meulage sélectif pour soulager une occlusion traumatique;
 - e) réimplantation d'une dent avulsée;
 - f) reposition d'une dent déplacée par traumatisme;

- préparation de la dent en vue d'un traitement;
- thérapie canalaire :
 - a) traitement de canal :
 - i) un canal;
 - ii) deux canaux;
 - iii) trois canaux;
 - iv) quatre canaux;
 - v) canal additionnel;
 - b) apexification :
 - i) un canal;
 - ii) deux canaux;
 - iii) trois canaux;
 - iv) quatre canaux ou plus;
- réparation de perforation de chambre pulpaire, de racine ou d'un défaut de résorption par une approche non chirurgicale, par dent;
- chirurgie endodontique périapicale :
 - a) apéctomie (acte distinct du traitement de canal);
 - b) apéctomie et traitement de canal conjoints avec ou sans obturation rétrograde;
 - c) apéctomie et obturation rétrograde (acte distinct du traitement de canal);
 - d) amputation de racine;
 - e) réimplantation intentionnelle;
 - f) hémisection;
- blanchiment d'une dent effectué au cabinet par le dentiste, jusqu'à concurrence d'un maximum global de 10 séances par année civile, par personne assurée pour toutes les dents, dents dévitalisées.

5.5.2 Parodontie :

- gestion ou traitement d'une inflammation, d'une infection aiguë ou d'autres affections;
- application d'un désensibilisant, jusqu'à concurrence d'un maximum global de 10 applications par année civile, par personne assurée pour toutes les dents;

- chirurgie parodontale :
 - a) curetage gingival et surfaçage radiculaire;
 - b) gingivoplastie et/ou gingivectomie;
 - c) fibrotomie;
 - d) approche par lambeau avec ostéoplastie et/ou ostéoectomie;
 - e) greffe :
 - i) tissus mous;
 - ii) tissus osseux;
 - f) greffe gingivale au moyen d'un greffon allogène ou xénogène;
 - g) Wedge proximal (mésial ou distal);
 - h) chirurgie exploratoire, avec approche par lambeau;
 - i) allongement de la couronne clinique, avec approche par lambeau et correction par ostéoplastie et/ou ostéoectomie;
 - j) visite de contrôle postopératoire pour changer un pansement;
- traitements parodontaux d'appoint :
 - a) jumelages ou ligatures, provisoires;
 - b) jumelages permanents;
 - c) équilibrage de l'occlusion;
 - d) appareil parodontal (pour contrôler le bruxisme);
 - e) irrigation parodontale sous-gingivale;

5.6 Description des frais de restauration complexe et prothèses

5.6.1 Prothèses amovibles :

- prothèse complète;
- prothèse complète immédiate;
- prothèse complète immédiate (de transition);
- prothèse complète hybride;
- prothèse partielle acrylique (immédiate, de transition ou permanente);
- prothèse partielle avec base coulée, alliage chrome-cobalt, appuis et crochets coulés et/ou façonnés;

- prothèse complète avec prothèse partielle amovible sur arcade opposée, avec base coulée, alliage chrome-cobalt, avec ou sans selles libres;
- prothèse partielle amovible coulée avec attaches de précision;
- prothèse partielle coulée de type semi-précision;
- prothèse partielle hybride, base coulée;
- réfection d'une prothèse partielle (lorsque la structure métallique ou le squelette est conservé).

5.6.2 Ajustement d'une prothèse :

- ajustements mineurs à la condition que ces ajustements soient prodigués plus de 6 mois après la pose initiale de la prothèse;
- remontage et équilibrage d'une prothèse complète ou partielle.

5.6.3 Réparations d'une prothèse complète ou partielle :

- réparation d'une prothèse complète sans empreinte;
- réparation d'une prothèse complète avec empreinte;
- ajouts de structure à une prothèse partielle;
- remplacement des dents d'une prothèse;
- récupération de hauteur verticale par l'ajout d'acrylique à une prothèse existante.

5.6.4 Rebasage et regarnissage :

- regarnissage d'une prothèse complète ou partielle;
- rebasage (jump);
- garnissage temporaire thérapeutique.

5.6.5 Supplément pour une restauration (en amalgame ou en composite) sous le crochet d'une prothèse partielle.

5.7 Exclusions et réduction de la garantie

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

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

- 5.7.3 Les traitements dentaires payables par une garantie d'assurance maladie à laquelle la personne assurée a adhéré.
- 5.7.4 Les traitements et articles dentaires qui ne sont pas requis au point de vue dentaire selon les normes reconnues de l'art dentaire ou qui ne répondent pas à ces normes.
- 5.7.5 Les traitements dentaires effectués principalement aux fins d'esthétique, y compris notamment la transformation ou l'extraction et le remplacement de dents saines en vue d'en modifier l'apparence.
- 5.7.6 Les traitements dentaires nécessaires à la suite d'une blessure que la personne assurée s'est infligée volontairement, qu'elle soit saine d'esprit ou non, ou par suite d'une guerre ou de la participation active à une insurrection réelle ou appréhendée.
- 5.7.7 Les honoraires facturés par un dentiste pour un rendez-vous non respecté par la personne assurée, pour remplir des formulaires de demande de prestations requis par l'Assureur, pour des informations additionnelles requises par l'Assureur; pour le temps de déplacement, le coût de son transport et les conseils donnés par tout moyen de télécommunication.
- 5.7.8 Les honoraires facturés par un dentiste pour un plan de traitement, comprenant le temps supplémentaire requis pour donner des explications dû à la complexité du traitement ou le temps supplémentaire demandé par la personne assurée pour obtenir des explications, pour le matériel diagnostique provenant d'une autre source, pour une consultation avec la personne assurée ou pour une consultation avec un autre dentiste.
- 5.7.9 Les honoraires facturés par un dentiste pour l'analyse d'une diète alimentaire et les recommandations pour l'instruction initiale ainsi que la reprise des conseils d'hygiène buccale, pour un programme de contrôle de la plaque dentaire et pour tous protecteurs buccaux.
- 5.7.10 Les implants dentaires ainsi que les chirurgies reliées aux implants.
- 5.7.11 Les traitements dentaires administrés par un proche parent de la personne assurée ou par une personne qui réside avec ce dernier.
- 5.7.12 Les frais engagés alors que la présente garantie n'est pas en vigueur.

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

5.8 Demande de prestations

L'Assureur est tenu de payer en vertu du présent régime s'il y a eu présentation d'une demande de prestations avant l'expiration d'un délai de 12 mois suivant la date à laquelle les frais admissibles ont été engagés. Les frais sont considérés comme engagés à la date à laquelle les services ont été rendus ou les articles ont été fournis.

Le délai stipulé ci-dessus est de rigueur. Toutefois, si la personne adhérente prouve à la satisfaction de l'Assureur qu'elle était dans l'impossibilité d'agir avant l'expiration du délai et que la demande fut présentée dès qu'a cessé l'empêchement, alors la personne assurée pourra bénéficier de la présente garantie d'assurance.

5.9 Coordination des prestations

Le montant total des prestations versées en vertu de ce contrat, en vertu d'autres régimes d'assurance ou de régimes étatiques s'appliquant à une même personne ne peut jamais excéder le montant des frais assurés effectivement engagés.

Si la personne assurée en vertu du présent contrat est aussi assurée en vertu d'un autre régime, le remboursement initial avant application de la coordination est la responsabilité du régime auquel la personne assurée n'est pas inscrite comme personne à charge. Par la suite, les frais non remboursés sont payables par le régime auquel la personne assurée est inscrite comme personne à charge.

Dans le cas des enfants à charge, le remboursement initial, avant application de la coordination, est la responsabilité du régime de la personne conjointe assurée dont l'anniversaire de naissance arrive en premier au cours de l'année civile. Par la suite, les frais non remboursés sont la responsabilité du régime de l'autre personne conjointe.

5.10 Renseignements

L'Assureur peut exiger tous renseignements, détails et dossiers concernant le diagnostic, le traitement ou les services rendus à chaque personne assurée, soit avant ou après la date d'entrée en vigueur de son assurance, et la personne assurée convient, comme condition de la responsabilité de l'Assureur en vertu du présent régime, de lui fournir ou de lui faire fournir tous ces renseignements, détails et dossiers et d'autoriser tout centre hospitalier, ou toute personne rendant ou ayant rendu ces services à les fournir directement à l'Assureur. Tous ces renseignements sont considérés strictement confidentiels par l'Assureur.

5.11 Renonciation à la responsabilité

Le paiement des prestations en vertu de ce contrat libère l'Assureur de toute responsabilité pour tout acte ou omission de toute personne rendant n'importe lequel des services mentionnés dans ce contrat.

5.12 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, l'Assureur renonce au paiement de toute prime à son égard qui vient à échéance après l'expiration d'une période de 52 semaines, tant que dure l'invalidité totale.

L'exonération des primes se termine à la première des dates suivantes :

- a) Pour une personne adhérente devenue invalide entre le 1^{er} janvier 2006 et le 31 décembre 2008:
 - i) le jour du 61^e anniversaire de naissance de la personne adhérente si elle est exonérée depuis au moins 36 mois pour la même invalidité totale;
 - ii) le jour du 65^e anniversaire de naissance de la personne adhérente;
- b) Pour une personne adhérente devenue invalide le ou après le 1^{er} janvier 2009 :
 - i) le dernier jour d'une période de 12 mois pour la même invalidité totale;
 - ii) le jour du 65^e anniversaire de naissance de la personne adhérente;
- c) la fin de l'invalidité totale;
- d) la date de la 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.

5.13 Modalité de paiement

La personne adhérente peut se servir de la carte de paiement automatique relative au service de paiement automatisé.

5.14 Fin de l'assurance

5.14.1 La garantie d'assurance soins dentaires de toute personne adhérente se termine à la première des dates suivantes :

5.14.1.1 La date de la fin du contrat.

5.14.1.2 La date à laquelle la personne adhérente termine son emploi pour une autre raison que la retraite.

- 5.14.1.3 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 de l'article 2.10 et qui a cessé le versement de la prime avant la fin de son interruption de travail.
 - 5.14.1.4 La date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée, sous réserve de l'article 5.12 « 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, l'Assureur s'engage à ne pas recourir à la présente disposition sans un préavis écrit de 6 mois transmis au Preneur.
 - 5.14.1.5 La date de mise à la retraite de la personne adhérente.
 - 5.14.1.6 La date de son 65^e anniversaire de naissance pour une personne adhérente devenue invalide avant l'âge de 65 ans.
 - 5.14.1.7 Après l'expiration d'une période de 6 mois pour une personne adhérente devenue invalide à l'âge de 65 ans ou après et qui n'est pas de retour au travail à plein temps.
- 5.14.2 L'assurance des personnes à charge se termine à la première des dates suivantes :
- 5.14.2.1 La date de la fin de l'assurance de la personne adhérente.
 - 5.14.2.2 La date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge.
 - 5.14.2.3 La date à laquelle la personne adhérente change son statut de protection familial ou monoparental en un statut de protection individuel.

ARTICLE 6 - RÉGIME D'ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE

Cet article n'est pas disponible car son contenu ne s'adresse pas à l'ensemble des personnes assurées.

ARTICLE 7 - RÉGIME D'ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Sur réception et approbation par l'Assureur des preuves établissant qu'une personne adhérente, en vertu du présent contrat, est devenu invalide tel que défini aux présentes, et après expiration du délai de carence défini à l'article 7.2, l'Assureur verse à cette personne adhérente des prestations mensuelles dont le montant est déterminé ci-après :

7.1 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 l'Assureur;
- Le refus de se soumettre à un examen médical tel que demandé par l'Assureur;
- Le décès de la personne adhérente.

7.2 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.

7.3 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.

Le montant de la prestation en cas d'invalidité est fractionné, le cas échéant, à raison de 1/30 de la prestation mensuelle pour chaque jour d'invalidité totale au cours de ce mois.

Pour la semaine de prestations coïncidant avec la journée du retour au travail, la prestation payable sera proportionnelle au nombre d'heures de travail effectivement perdues.

7.4 Réduction des prestations

Le montant des prestations décrites à l'article 7.3 est réduit de la somme des montants suivants :

- 7.4.1 Tout traitement reçu de l'employeur, excluant les jours de vacances et les congés de maladie monnayables.
- 7.4.2 De 80 % du montant de toute rente de retraite payable par le Régime de retraite des enseignants (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.
- 7.4.3 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.

- 7.4.4 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 compte de retraite immobilisé (CRI), l'Assureur 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 du présent article, 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.
- 7.4.5 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, y compris une rente de retraite du Régime de rentes du Québec que la personne adhérente reçoit ou est en droit de recevoir en raison de son invalidité totale, et ce, avant tout partage ou retenue de quelque nature que ce soit. Cela comprend les prestations de rente d'invalidité 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 l'Assureur.
- Une personne adhérente invalide qui a droit à la rente d'invalidité du Régime de rentes du Québec et qui demande sa rente de retraite du Régime de rentes du Québec est présumé recevoir la rente d'invalidité et, s'il y a lieu, la rente de retraite pour 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.
- 7.4.6 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 l'Assureur, moins les impôts fédéral et provincial payables sur ces prestations.
- 7.4.7 De 95 % du montant net mensuel initial de toute rente payable en relation avec l'invalidité concernée, par le Régime de retraite des enseignants (RRE), par le Régime de retraite des fonctionnaires (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.
- 7.4.8 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 l'Assureur. 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 du présent article, la personne qui occupe un travail rémunérateur et qui n'en a pas avisé l'Assureur 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 articles 7.4.2, 7.4.3, 7.4.5 et 7.4.6, la personne adhérente a l'obligation de présenter une demande de prestations auprès de l'autorité concernée si l'Assureur l'exige et le défaut de la personne adhérente de s'exécuter entraînera les réductions du montant des prestations, décrites à ces articles. 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 articles 7.4.2, 7.4.3, 7.4.5 et 7.4.6 provenant de l'indexation du coût de la vie ne réduit le montant de la prestation payable en vertu de ce régime.

7.5 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 %.

7.6 Exclusions et réduction du régime

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

7.6.1 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.

7.6.2 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 débuter à la date prévue du départ ou à la date de l'accouchement, selon la première éventualité.
- Période pendant 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*.

7.6.3 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 l'Assureur.

7.6.4 Aucune prestation n'est payable 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.

7.7 Programme de réadaptation

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

7.8 Services de soutien (TANDEM)

7.8.1 En cas de problèmes personnels pouvant affecter l'équilibre ou la santé psychologique et un fonctionnement normal, l'Assureur fournit aux personnes assurées un service d'aide et de consultation selon les modalités et pour les raisons suivantes :

- a) service d'aide aux personnes assurées ayant des difficultés de relation de couple et/ou familiales;
- b) service d'aide aux personnes assurées ayant des difficultés reliées au travail;
- c) service d'aide aux personnes assurées ayant des difficultés personnelles : perte d'intérêt, fatigue, stress, insomnies, épuisement professionnel;
- d) service d'aide aux personnes assurées abusant d'alcool, de drogues et/ou de médicaments.

Ce service est un service d'orientation et d'intervention à court terme. Il peut être étendu à 12 heures par personne assurée, par année pour l'ensemble des services mentionnés.

7.8.2 Terminaison des Services de soutien (TANDEM)

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

7.9 Exonération des primes en cas d'invalidité totale

Si, avant la retraite, une personne adhérente est atteinte d'invalidité totale, conformément à la définition d'invalidité applicable, alors que ce régime est en vigueur, l'Assureur renonce au paiement de toute prime à son égard qui vient à échéance après l'expiration d'une période de 52 semaines, tant que dure l'invalidité totale.

L'exonération des primes se termine à la première des dates suivantes :

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

7.10 Fin de l'assurance

Le régime d'assurance invalidité de longue durée se termine à la première des dates suivantes :

7.10.1 La date de la fin du contrat, sous réserve de toutes lois applicables.

7.10.2 La date à laquelle la personne adhérente termine son emploi, sous réserve de l'article 7.9 « Exonération des primes en cas d'invalidité totale ». Toutefois, 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 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.

7.10.3 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 de l'article 2.10 et qui a cessé le versement de la prime avant la fin de son interruption de travail.

7.10.4 La date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée, sous réserve de l'article 7.9 « 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, l'Assureur s'engage à ne pas recourir à la présente disposition sans un préavis écrit de 6 mois transmis au Preneur.

7.10.5 La date à laquelle la personne adhérente exerce son droit de renonciation, selon les dispositions du présent contrat.

7.10.6 La date à laquelle le syndicat auquel appartient la personne adhérente met fin au présent régime. Pour la personne employée de l'APRFAE et pour la personne qui occupe une fonction de cadre, la date à laquelle la FAE met fin au présent régime.

7.10.7 La date du 63^e anniversaire de naissance de la personne adhérente.

7.10.8 La date de mise à la retraite de la personne adhérente.

ARTICLE 8 - TAUX DE PRIME - PAIEMENT DES PRIMES - DÉLAI DE GRÂCE

Cet article n'est pas disponible car son contenu ne s'adresse pas à l'ensemble des personnes assurées.

ARTICLE 9 - RÉSILIATION DU PRÉSENT CONTRAT

9.1 Non paiement de la prime

À défaut du paiement d'une prime avant l'expiration du délai de grâce, l'Assureur se réserve le droit de résilier ce contrat à compter de la date d'échéance de la prime impayée.

9.2 Préavis

L'Assureur peut résilier ce contrat à toute date de renouvellement en donnant un préavis écrit au Preneur du contrat au moins 120 jours avant la date de renouvellement. Le Preneur du contrat peut résilier ce contrat en tout temps en donnant un préavis écrit à l'Assureur d'au moins 30 jours. À défaut de tel préavis du Preneur ou de l'Assureur, le présent contrat se renouvelle automatiquement à son échéance.

ARTICLE 10 - **MODIFICATION AU CONTRAT**

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

ARTICLE 11 - STIPULATIONS DIVERSES

- 11.1 Tout avis ou préavis donné par l'Assureur au Preneur est suffisant si l'Assureur l'envoie par la poste au Preneur à la dernière adresse qui figure au dossier de l'Assureur. Tout avis ou préavis donné par le Preneur du contrat est suffisant s'il l'envoie par la poste à l'Assureur à l'adresse de son siège social à Québec (Québec). Aucun représentant en assurance et aucun représentant de l'Assureur ne sont autorisés à apporter des modifications au présent contrat ou à rayer une quelconque disposition. Toute modification doit être approuvée par écrit par l'Assureur.
- 11.2 Toute action en justice au sujet d'une demande de prestations en vertu de ce contrat peut être intentée contre l'Assureur pourvu qu'elle soit faite dans les 36 mois suivant le moment où le droit d'action prend naissance, mais pas avant un délai de 60 jours après que la preuve de perte et les rapports, documents ou informations éventuellement exigés par l'Assureur n'aient été produits à ce dernier.
- 11.3 La personne adhérente subroge l'Assureur dans tous ses droits contre l'auteur du dommage ayant entraîné ouverture aux versements de prestations en vertu du présent contrat, et ce, jusqu'à concurrence des sommes versées par l'Assureur à la personne adhérente.
- 11.4 Pour les fins d'administration du présent contrat, toutes les personnes assurées sont présumées couvertes par le régime public d'assurance maladie de leur province de résidence. Les prestations payables en vertu des garanties d'assurance maladie et soins dentaires sont par conséquent réduites de toute prestation payable par un tel régime, que la personne assurée en ait fait la demande ou non. Toutefois, les personnes employées affectées à l'étranger pour des raisons professionnelles et expressément identifiées comme tel par leur employeur, ainsi que leurs personnes à charge, ne sont pas visées par cette disposition.
- 11.5 Toute erreur ou omission affectant le montant des primes est corrigée sitôt découverte et un ajustement des primes est effectué. Cependant, si une erreur ou omission remet en cause la vigueur de l'assurance ou affecte le montant d'assurance en vigueur, les données exactes sont alors utilisées pour déterminer si l'assurance est en vigueur et établir le montant d'assurance en vigueur, conformément aux termes du présent contrat.
- Aucune erreur de la part du Preneur ou de l'Assureur dans la tenue des registres concernant l'assurance, ni aucun délai dans la compilation de tels registres ne peut invalider l'assurance en vigueur conformément aux articles du présent contrat ou ne peut continuer l'assurance terminée conformément aux articles du présent contrat.
- 11.6 Tout paiement au présent contrat est effectué en monnaie ayant cours légal au Canada, au siège social de l'Assureur.
- 11.7 Le Preneur est tenu de fournir à l'Assureur pendant la durée du présent contrat, tout renseignement que l'Assureur peut lui demander pour l'application du présent contrat.

- 11.8 Le Preneur doit permettre à l'Assureur d'examiner ses registres de paies ou tous autres dossiers concernant ses personnes employées qui pourraient concerner l'adhésion ou l'admissibilité au présent contrat des personnes employées et des personnes à charge admissibles.
- 11.9 Les droits des personnes assurées en vertu de ce contrat sont incessibles et insaisissables. Aucune cession par une personne assurée, soit du droit aux prestations ou du droit au paiement de prestations en vertu de ce contrat, ne liera l'Assureur.
- 11.10 Les droits aux prestations d'une personne assurée cessent automatiquement si cette personne assurée obtient ou tente d'obtenir, ou aide toute personne à obtenir ou à essayer d'obtenir, sans droit, toute prestation en vertu de ce contrat. De plus, l'Assureur sera immédiatement dégagé de toute responsabilité quant aux frais autrement admissibles engagés après la date de cessation des droits de la personne assurée.
- 11.11 La nullité de l'une des clauses, ou d'une partie de clause, du présent contrat n'entraînera pas la nullité complète de tout le contrat, mais seulement la nullité de la clause ou de la partie de la clause concernée.
- 11.12 L'emploi de titres, de paragraphes, d'articles et d'alinéas n'est qu'à titre indicatif et pour fins de référence. Un tel emploi ne peut restreindre les droits des parties dans l'interprétation du présent contrat, ce dernier devant toujours s'interpréter dans son ensemble et comme une entité.
- 11.13 Toute personne détenant un permis de représentant en assurance collective, à l'exception des personnes employées de l'Assureur, qui a participé à la conclusion de ce contrat est réputée être la mandataire du Preneur.
- 11.14 Pour l'interprétation du présent contrat, la forme masculine utilisée désigne tant le masculin que le féminin.
- 11.15 L'échéance ou l'annulation d'une des protections prévues au présent contrat n'est opposable à aucune demande de prestations fondée sur un événement survenu alors que le présent contrat était en vigueur ou sur un décès consécutif à une invalidité survenue alors que le présent contrat était en vigueur.
- 11.16 L'échéance ou l'annulation d'une des protections prévues au présent contrat n'est opposable à aucune demande de prestations fondée:
- a) sur le décès ou la mutilation résultant d'un accident survenu alors que le présent contrat était en vigueur;
 - b) sur une invalidité survenue ou une maladie contractée alors que le présent contrat était en vigueur;
- 11.17 L'échéance ou l'annulation d'une ou des garanties d'assurance invalidité prévues au présent contrat n'est opposable à aucune demande de prestations fondée sur une invalidité totale survenue avant l'échéance ou l'annulation et l'Assureur demeure tenu d'indemniser la personne adhérente de la perte de salaire lorsque l'invalidité subsiste après l'expiration du présent contrat.

ARTICLE 12 - CONTRAT

Le présent contrat, les avenants, le cahier des charges, la soumission de l'Assureur, les ententes intervenues entre-temps, les demandes d'adhésion des personnes adhérentes et les preuves d'assurabilité requises, le cas échéant, constituent le contrat tout entier entre les parties contractantes. En cas de contradiction, les termes et dispositions du présent contrat prévalent sur le cahier des charges et les documents d'appel d'offres et sur tout document ou dépliant explicatif remis aux personnes assurées.

De plus, le présent contrat doit être considéré comme une consolidation et, occasionnellement, une reformulation des avenants, des ententes écrites et du contrat initial entré en vigueur le 13 septembre 2006. Il ne confère aucun droit nouveau rétroactivement et les dispositions contractuelles applicables à un sinistre, demeurent celles en vigueur au moment de la survenance de ce sinistre.

De plus, le 31 décembre 2017 ne doit pas être considéré comme une date de fin de contrat, à toutes fins que de droit, mais comme la fin d'une année d'assurance.

ANNEXE

Cette annexe n'est pas disponible car son contenu ne s'adresse pas à l'ensemble des personnes assurées.