



La Capitale

(Assureur)



Le Comité paritaire intersectoriel FTQ
(Preneur)

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE Contrat 6000 – FTQ Secteur scolaire

offert aux personnes salariées
représentées par



Union des employés et employées de service
SECTION LOCALE 800

SCFP / Syndicat canadien
de la fonction publique



Régime modifié le 1^{er} janvier 2016

**LES RÉGIMES D'ASSURANCE COLLECTIVE DU CONTRAT 6000
SONT OFFERTS AUX PERSONNES SALARIÉES MEMBRES
DE L'UN DES SYNDICATS AFFILIÉS À LA FTQ SUIVANTS :**

▪ **SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX**

Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP)

Syndicat québécois des employés et employées de service, section locale 298 (SQEES)

Syndicat des employées et employés professionnels-les et de bureau – Québec (SEPB-Québec)

▪ **SECTEUR DE L'ENSEIGNEMENT PRIMAIRE ET SECONDAIRE**

Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP)

Union des employés et des employées de service (UES-800)

Syndicat des employées et employés professionnels-les et de bureau – Québec (SEPB-Québec)

▪ **SECTEUR DE L'ENSEIGNEMENT COLLÉGIAL**

Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP)

▪ **ORGANISMES**

SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DES INFRASTRUCTURES (SQI)

SOCIÉTÉ DE DÉVELOPPEMENT DES ENTREPRISES CULTURELLES (SODEC)

MUSÉE NATIONAL DES BEAUX-ARTS DU QUÉBEC

SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE D'INFORMATION JURIDIQUE (SOQUIJ)

LA FÉDÉRATION DES COMMISSIONS SCOLAIRES DU QUÉBEC (FCSQ)

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ)

Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP)

RÉGIE DE L'ÉNERGIE

Syndicat des employées et employés professionnels-les
et de bureau – Québec (SEPB-Québec)

**CETTE BROCHURE S'ADRESSE AUX PERSONNES SALARIÉES
TRAVAILLANT DANS LES ÉTABLISSEMENTS REPRÉSENTÉS PAR :**

▪ **SECTEURS DE L'ENSEIGNEMENT PRIMAIRE, SECONDAIRE
ET COLLÉGIAL**

Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS)

La Fédération des commissions scolaires du Québec (FCSQ)

Association des commissions scolaires anglophones du Québec (ACSAQ)

Fédération des cégeps



VOTRE RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

IMPORTANT

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

Cette brochure ne mentionne pas toutes les clauses concernant les définitions, l'admissibilité, l'adhésion, le début et la fin de l'assurance et autres stipulations diverses. Toutefois, pour en connaître davantage le contenu, vous pouvez consulter le guide administratif disponible chez votre employeur ou obtenir une copie de la police en communiquant avec le représentant syndical local.

Cette brochure est produite à titre d'information et ne change en rien les dispositions et conditions du contrat.

Le format électronique de cette brochure est disponible au www.lacapitale.com, sous la rubrique « Pour les particuliers / Assurance collective / Information aux assurés »



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

La forme masculine est utilisée pour faciliter la lecture du document ; elle désigne autant le féminin que le masculin.

TABLE DES MATIÈRES

RÉGIMES D'ASSURANCE	9
Sommaire des régimes	9
Régime d'assurance maladie de base – Volet complet	13
Régime d'assurance maladie de base – Volet réduit	19
Régime optionnel d'assurance maladie complémentaire – Option I	22
Régime optionnel d'assurance soins dentaires – Option II	24
Régime optionnel d'assurance vie du participant actif et de la personne retraîtée – Option III	35
1. Participant actif	35
a) Assurance vie de base du participant	35
b) Assurance vie additionnelle du participant	35
c) Assurance en cas de mort ou mutilation accidentelles du participant ..	36
d) Assurance vie du conjoint et des enfants à charge du participant	37
e) Assurance vie additionnelle du conjoint du participant	37
2. Participant retraité	38
a) Assurance vie de la personne retraitée	38
b) Assurance vie du conjoint et des enfants à charge de la personne retraitée	38
c) Assurance vie additionnelle du conjoint de la personne retraitée	39
3. Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale	39
RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	41
PROCÉDURE POUR RÉCLAMER	63
ASSURANCE VOYAGE	67
ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE	75

Régimes
d'assurance

Renseignements
généralux

Procédure
pour réclamer

Assurance
voyage

Assurance annulation
de voyage

RÉGIMES D'ASSURANCE

Sommaire des régimes

Les tableaux suivants présentent brièvement les garanties prévues aux régimes d'assurance collective offerts aux participants actifs et retraités ainsi qu'un sommaire des prestations payables en vertu du contrat 6000. Afin d'obtenir une description complète des régimes, veuillez consulter les pages qui s'y rapportent.

PARTICIPANT ACTIF

Régime d'assurance maladie de base – Volet complet (page 13) (Participation obligatoire)	
Médicaments et autres frais	80 % des premiers 2 500 \$ de frais admissibles et 100 % de l'excédent
Service de paiement automatisé	Direct
▪ Appareil auditif ou prothèse auditive ▪ Appareil d'autocontrôle de la coagulation (CoaguChek)	100 %, jusqu'à concurrence des maximums indiqués aux pages 16 et 17
Assurance annulation de voyage	100 %, maximum par voyage, par personne assurée : 5 000 \$
Assurance voyage	100 %, maximum viager 5 000 000 \$
▪ Cure de désintoxication ▪ Glucomètre ▪ Hospitalisation en chambre à deux lits ▪ Stérilet	100 %, jusqu'à concurrence des maximums indiqués aux pages 16 et 17

Régime d'assurance maladie de base – Volet réduit (page 19) (Participation obligatoire)	
Médicaments	71 % des premiers 2 586 \$ de frais admissibles et 100 % de l'excédent
Service de paiement automatisé	Direct
Assurance annulation de voyage	100 %, maximum par voyage, par personne assurée : 5 000 \$
Assurance voyage	100 %, maximum viager 5 000 000 \$
Honoraires de dentiste en cas d'accident aux dents naturelles	71 % des premiers 2 586 \$ de frais admissibles et 100 % de l'excédent

PARTICIPANT ACTIF

Régime d'assurance maladie complémentaire (option I) (page 22) (Participation facultative d'une durée minimale de 36 mois)

Professionnels de la santé

Chiropraticien	80 %, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 20 \$ par traitement et de 400 \$ par année civile
Infirmier ou infirmier auxiliaire	80 %, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 200 \$ par jour et de 4 000 \$ par année civile
Homéopathe, ostéopathe, naturopathe, acupuncteur ou diététiste	80 %, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 20 \$ par traitement et de 400 \$ par année civile, par spécialiste
Physiothérapeute et thérapeute en réadaptation physique	80 %, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 20 \$ par traitement et de 400 \$ par année civile, pour l'ensemble de ces spécialistes
Podiatre et infirmier en hygiène des pieds	80 %, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 20 \$ par traitement et de 400 \$ par année civile, pour l'ensemble de ces spécialistes
Kinésithérapeute, orthothérapeute, kinothérapeute et massothérapeute	80 %, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 20 \$ par traitement et de 400 \$ par année civile, pour l'ensemble de ces spécialistes
Psychologue, psychiatre, psychanalyste, psychothérapeute et travailleur social	50 %, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 500 \$ par année civile, pour l'ensemble de ces spécialistes

Autres frais

Radiographies	80 %, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 40 \$ par année civile
Échographies (sauf fœtales) et thermographies	80 %, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 400 \$ par année civile, pour l'ensemble de ces frais

PARTICIPANT ACTIF**Régime d'assurance soins dentaires (option II) (page 24)
(Participation facultative d'une durée minimale de 36 mois)**

Frais de diagnostic, de prévention, de restauration de base et de restauration majeure	80 %*
Prothèses fixes	50 %* * Jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 000 \$ par année civile, pour l'ensemble de ces frais
Prothèses amovibles	80 %, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 000 \$ par année civile, 1 remplacement par période de 4 années consécutives
Service de paiement automatisé	Direct

**Régime d'assurance vie (option III) (page 35)
(Participation facultative)**

Assurance vie de base du participant	Moins de 65 ans : 1 fois le salaire 65 ans ou plus : ½ fois le salaire
Assurance en cas de mort ou mutilation accidentelles du participant	Moins de 65 ans : 1 fois le salaire 65 ans ou plus : ½ fois le salaire
Assurance vie additionnelle du participant	1 à 5 fois le salaire
Assurance vie du conjoint	5 000 \$
Assurance vie des enfants à charge	2 500 \$
Assurance vie additionnelle du conjoint	1 à 20 tranches de 5 000 \$

Ce régime prévoit le paiement anticipé d'une prestation en cas de maladie en phase terminale.

PARTICIPANT RETRAITÉ**Régime d'assurance vie (option III) (page 38)
(Participation facultative)**

Au moment de la retraite, le participant peut adhérer au régime d'assurance vie collective des participants retraités pour les garanties qu'il détenait en vertu du régime d'assurance vie des participants actifs immédiatement avant la date de sa retraite.

Toute demande d'adhésion doit être présentée dans les **30 jours** suivant la date du départ à la retraite. Le formulaire est disponible auprès de l'employeur ou dans le site Internet de l'Assureur au www.lacapitale.com, sous la rubrique « Pour les particuliers/Assurance collective/Information aux assurés/Comité paritaire intersectoriel FTQ (groupe 6000) ».

PARTICIPANT RETRAITÉ (suite)

TABLEAU DES PROTECTIONS D'ASSURANCE VIE

Assurance vie de la personne retraitée	1 à 20 tranches de 5 000 \$, jusqu'à concurrence du montant détenu avant la retraite
Assurance vie du conjoint	5 000 \$
Assurance vie des enfants à charge	2 500 \$
Assurance vie additionnelle du conjoint	1 à 20 tranches de 5 000 \$, jusqu'à concurrence du montant détenu avant la retraite

Ce régime prévoit le paiement anticipé d'une prestation en cas de maladie en phase terminale.

Produit individuel d'assurance maladie et soins de santé – Police 3992 (Participation facultative)

Le participant qui prend sa retraite et qui n'est pas admissible à un autre régime collectif d'assurance maladie comportant la couverture des médicaments doit obligatoirement s'inscrire auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Il peut également adhérer au produit individuel d'assurance maladie et soins de santé – Police 3992, lequel comporte également une assurance voyage et une assurance annulation de voyage. Le participant a la possibilité de choisir entre 3 régimes soit, Base, Intermédiaire ou Supérieur. Un bloc complémentaire optionnel est également offert pour la couverture des soins dentaires et oculaires de même que pour le remboursement de la franchise et de la coassurance exigibles sur les médicaments admissibles auprès du Régime public d'assurance médicaments du Québec offert par la RAMQ.

Toute demande d'adhésion doit être présentée dans les **60 jours** suivant la date du départ à la retraite ou suivant la date de la terminaison du régime ayant permis l'exemption. Après ce délai, des preuves d'assurabilité seront exigées.

Les documents nécessaires à l'adhésion (dépliant et formulaire d'adhésion) sont disponibles auprès de l'employeur ou sur le site Internet de l'Assureur au www.lacapitale.com, sous la rubrique « Pour les particuliers/Assurance collective/ Information aux assurés/ Comité paritaire intersectoriel FTQ (groupe 6000) ».

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DE BASE

Volet complet

Participation obligatoire

Les frais admissibles sont les frais raisonnables selon la gravité du cas, la pratique courante de la médecine et les tarifs usuels, engagés par une personne assurée par suite d'accident, de maladie, de grossesse ou d'intervention chirurgicale liée à la planification familiale, de don d'organe ou de moelle osseuse.

1. Les frais décrits ci-après sont remboursés à 80 % pour le participant et ses personnes à charge, le cas échéant, puis à 100 % lorsque l'ensemble de ces frais excède 2 500 \$ au cours d'une même année civile.

- a) Les frais pour les **médicaments prescrits** sur ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste, vendus par un pharmacien licencié ou par un médecin dûment autorisé, sous réserve des exclusions apparaissant ci-après. Nous entendons par médicament, les produits inclus dans la liste de médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ou dans la liste de médicaments de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (l'AQPP) à l'exception des médicaments codés « V » ou « Z ».

Les produits suivants ne sont pas considérés comme médicaments :

- les produits considérés comme étant des substituts de nourriture, les produits cosmétiques, les savons, les huiles de teint, les émoullients épidermiques, les shampoings et autres produits pour le cuir chevelu sauf sur recommandation médicale jugée satisfaisante par l'Assureur ;
- les substances ou aliments diététiques ;
- les médicaments homéopathiques ;
- les substances utilisées dans le but d'insémination, les gelées et mousses à but contraceptif et prophylactique ;
- les vaccins préventifs ;
- les injections dans le cadre d'une cure d'amaigrissement ;
- les laxatifs et antiacides stomacaux d'usage courant, sauf sur recommandation médicale jugée satisfaisante par l'Assureur ;

- les médicaments ou substances servant au traitement de l'impuissance ;
- les médicaments administrés principalement à titre préventif ;
- les produits antitabac (sauf ceux figurant sur la liste de la RAMQ) ;
- les médicaments administrés à des fins esthétiques, sauf si requis à cause d'un accident.

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

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

- d'en limiter le remboursement selon les critères prévus par le règlement de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec, s'il est inscrit à titre de médicament d'exception à la liste en vertu de l'article 60 de la loi ;
 - de l'exclure ou d'établir des critères de remboursement, s'il n'est pas inscrit à ladite liste.
- b) Le transport par **ambulance** (aller et retour au centre hospitalier), y compris le transport aérien ou ferroviaire en cas d'urgence ou lorsque requis médicalement.
 - c) Les frais d'achat ou de remplacement de **membres artificiels, prothèses externes, bandages herniaires, bandages spéciaux (brûlures graves), corsets, béquilles, attelles, plâtres, yeux artificiels, bas de soutien** avec un taux de compression de 13 mm Hg et plus (maximum de 4 paires par année civile), engagés sous recommandation médicale et requis par la condition physique de la personne assurée. Aux fins des présentes, les prothèses capillaires et mammaires ne sont pas considérées comme des prothèses externes.
 - d) Les frais en excédent des frais payables par la RAMQ pour l'achat de **prothèses mammaires** à la suite d'une mastectomie, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 500 \$ par 24 mois consécutifs, par personne assurée.
 - e) Les frais d'achat d'une **prothèse capillaire** initiale requise à la suite de traitements de chimiothérapie ou par radiothérapie, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 700 \$ par année civile, par personne assurée.
 - f) Les frais d'achat, de location ou de remplacement de **toute fourniture ou tout équipement requis par la condition physique** de la personne assurée, fabriqués par un orthésiste-prothésiste ou un autre professionnel spécialisé dans la fabrication de tels équipements ou fournitures et prescrits par un médecin (exemple : vêtement de compression pour brûlé, orthèse autre que plantaire, genouillère, appareil pour asthmatique). Ces fournitures ou équipements sont remboursables 1 fois par année civile, par personne assurée.

- g) Les frais de location, de réparation ou d'achat, si ce dernier mode est jugé plus économique, d'un **fauteuil roulant**, d'un **lit d'hôpital** (excluant le matelas) et d'un **appareil respiratoire**.
- h) Les frais engagés pour les fournitures et services suivants rendus sous surveillance ou sur ordonnance médicale et non autrement remboursables :
- **audiologie** ;
 - **bâtonnets, seringues et aiguilles dans le cas de diabète** ;
 - **ergothérapie** ;
 - **examens de laboratoire** ;
 - **médicaments injectables, à l'exception des honoraires professionnels** ;
 - **orthophonie** ;
 - **oxygénothérapie**.
- i) Les frais pour la substance utilisée pour les **injections sclérosantes, à l'exception des honoraires professionnels**, si le traitement est médicalement requis ; sujet à un remboursement maximal de 30 \$ par traitement et de 10 traitements par année civile, par personne assurée.
- j) Les services professionnels d'un **dentiste**, pour réparer des dommages accidentels à des dents naturelles subis après le début de l'assurance, à la condition que les services soient rendus dans les 12 mois suivant la date de l'accident.
- k) Les frais d'achat de **chaussures orthopédiques** conçues et fabriquées sur mesure pour une personne assurée, à partir d'un moulage, dans le but de corriger un défaut du pied, de chaussures ouvertes, évasées ou droites, ainsi que les chaussures nécessaires au maintien des attelles dites de Denis Browne, jusqu'à concurrence d'un maximum de 3 paires par année civile, par personne assurée. Le coût des **additions ou modifications faites à des chaussures** est également admissible. Ces équipements doivent être fabriqués par un laboratoire orthopédique spécialisé licencié en vertu de la Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q., chapitre P.35).
- l) Les frais d'achat d'**orthèses plantaires**, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 525 \$, par année civile, par personne assurée, pour un adulte ou un enfant. Ces orthèses doivent être fabriquées par un laboratoire orthopédique spécialisé licencié en vertu de la Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q., chapitre P.35).
- m) Les frais pour un **examen de la vue** effectué par un ophtalmologiste ou un optométriste, pour les personnes assurées âgées de 18 à 64 ans, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 40 \$ par période de 24 mois consécutifs, par personne assurée.

n) **Transport et hébergement pour régions éloignées**

Lorsque sur ordonnance médicale, une personne assurée doit se déplacer à l'extérieur de sa région pour consulter ou recevoir des traitements d'un médecin spécialiste non disponible dans sa région, 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 transport public (autobus, avion, bateau et train) ou en automobile si la situation nécessite un déplacement aller-retour d'au moins 400 kilomètres entre le lieu de résidence de la personne assurée et le lieu de consultation ou de réception des traitements du médecin spécialiste. Toutefois, relativement aux frais de déplacement en automobile, les frais admissibles sont égaux à ceux qui auraient été engagés si le moyen de transport utilisé avait été l'autobus.
- Les frais de logement engagés dans un établissement public jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 60 \$ par jour, à la condition que la consultation ou le traitement nécessite un séjour.

Les frais admissibles doivent être engagés pour consultation ou traitement à l'intérieur de la province de Québec et ils sont remboursés sur production de factures acquittées sauf pour le transport, s'il est fait en automobile.

Dans le cas où le participant détient une protection individuelle, les frais admissibles doivent être engagés pour le participant et s'appliquent explicitement à ce dernier.

Dans le cas où le participant détient une protection familiale ou monoparentale, les frais admissibles doivent être engagés pour le participant ou ses personnes à charge et s'appliquent explicitement à ce dernier ou ces dernières.

Cette protection permet la présence d'un accompagnateur si la situation le justifie.

Les frais remboursés sont les frais en excédent de ceux remboursés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

2. Les frais décrits ci-après sont remboursés à 100 %.

a) **Appareil auditif ou prothèse auditive**

Les frais engagés pour l'achat ou la réparation d'un appareil auditif ou d'une prothèse auditive, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 500 \$ par période de 36 mois consécutifs, par personne assurée.

b) Appareil d'autocontrôle de la coagulation (CoaguChek)

Les frais d'achat ou de réparation d'un appareil servant au contrôle de la coagulation si un tel appareil est requis par la condition médicale de la personne assurée et qu'il est obtenu sur recommandation médicale. Les frais sont limités à un remboursement maximal de 500 \$ par période de 60 mois consécutifs par personne assurée.

c) Assurance annulation de voyage

Une description complète de cette garantie est présentée à la page 75 de la brochure. Des maximums s'appliquent.

d) Assurance voyage

Une description complète de cette garantie est présentée à la page 67 de la brochure. Des maximums s'appliquent.

e) Cure de désintoxication

Dans le cas d'une cure de désintoxication reliée à l'alcoolisme ou à l'usage de drogues excluant tout traitement relié au tabagisme, des frais admissibles sont prévus pour un séjour dans une maison officiellement reconnue à cette fin, sous réserve d'un remboursement maximal de 40 \$ par jour et de 1 000 \$ par année civile, par personne assurée.

f) Glucomètre

Les frais engagés pour l'achat ou la réparation d'un glucomètre jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 250 \$ par période de 60 mois consécutifs, par personne assurée, sur présentation d'un rapport complet du médecin traitant attestant que la personne assurée est insulino-dépendante et que sa condition nécessite l'utilisation d'un tel appareil.

g) Hospitalisation en chambre à deux lits

Les frais hospitaliers engagés au Canada et en excédent de ce qui est payable par tout régime étatique d'assurance, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre à deux lits pour chaque jour d'hospitalisation selon les tarifs en vigueur dans la province où ils sont engagés et sans limites quant au nombre de jours.

h) Stérilet

Les frais d'achat d'un stérilet, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 100 \$ par période de 24 mois consécutifs, par personne assurée.

3. Exclusions

Sous réserve des dispositions de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec, aucune prestation n'est payable pour des frais engagés :

- pour l'achat de prothèses dentaires, lunettes, verres de contact ou leur ajustement ;
- pour l'examen de l'ouïe ;
- 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 voyage de santé ;
- du fait de mutilation volontaire en quelque état que ce soit ;
- pour des soins de chirurgie esthétique ;
- pour une condition survenue alors que la personne assurée est en service actif dans les forces armées ;
- pour des soins, services ou fournitures que la personne assurée n'est pas tenue de payer ;
- pour des frais payables en vertu de tout régime public ou privé, individuel ou collectif. Ces frais sont déduits de toutes prestations payables en vertu du présent régime ;
- par suite de la participation active à une insurrection réelle ou appréhendée ;
- par suite de la participation de la personne assurée à un acte criminel ;
- en cas d'hospitalisation pour soins prolongés. Les frais de séjour dans un centre d'accueil, incluant les centres hospitaliers fournissant le même type de service (hébergement) ou tout autre établissement ne sont pas admissibles au remboursement ;
- pour tout ticket modérateur, franchise ou coassurance exigé par tout régime public sur des produits et services admissibles en vertu du présent régime.

Ces exclusions s'appliquent également à la garantie d'assurance voyage et s'ajoutent à celles apparaissant dans la description de cette dernière.

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DE BASE

Volet réduit

Participation obligatoire

Les frais admissibles sont les frais raisonnables selon la gravité du cas, la pratique courante de la médecine et les tarifs usuels, engagés par une personne assurée par suite d'accident, de maladie, de grossesse ou d'intervention chirurgicale liée à la planification familiale, de don d'organe ou de moelle osseuse.

1. Les frais décrits ci-après sont remboursés à 71 % pour le participant et ses personnes à charge, le cas échéant, puis à 100 % lorsque l'ensemble de ces frais excède 2 586 \$ au cours d'une même année civile.

- a) Les frais pour les médicaments prescrits sur ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste, vendus par un pharmacien licencié ou par un médecin dûment autorisé, sous réserve des exclusions apparaissant ci-après. Nous entendons par médicament, les produits inclus dans la liste de médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ou dans la liste de médicaments de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (l'AQPP) à l'exception des médicaments codés « V » ou « Z ».

Les produits suivants ne sont pas considérés comme médicaments :

- les produits considérés comme étant des substituts de nourriture, les produits cosmétiques, les savons, les huiles de teint, les émoullients épidermiques, les shampoings et autres produits pour le cuir chevelu sauf sur recommandation médicale jugée satisfaisante par l'Assureur ;
- les substances ou aliments diététiques ;
- les médicaments homéopathiques ;
- les substances utilisées dans le but d'insémination, les gelées et mousses à but contraceptif et prophylactique ;
- les vaccins préventifs ;
- les injections dans le cadre d'une cure d'amaigrissement ;
- les laxatifs et antiacides stomacaux d'usage courant, sauf sur recommandation médicale jugée satisfaisante par l'Assureur ;

- les médicaments ou substances servant au traitement de l'impuissance ;
- les médicaments administrés principalement à titre préventif ;
- les produits antitabac (sauf ceux figurant sur la liste de la RAMQ) ;
- les médicaments administrés à des fins esthétiques, sauf si requis à cause d'un accident.

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

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

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

2. Les frais décrits ci-après sont remboursés à 71 % pour le participant et ses personnes à charge, le cas échéant, puis à 100 % lorsque l'ensemble de ces frais excède 2 586 \$ au cours d'une même année civile.

- a) Les services professionnels d'un dentiste, pour réparer des dommages accidentels à des dents naturelles subis après le début de l'assurance, à la condition que les services soient rendus dans les 12 mois suivant la date de l'accident.

3. Les frais décrits ci-après sont remboursés à 100 %.

a) Assurance annulation de voyage

Une description complète de cette garantie est présentée à la page 75 de la brochure. Des maximums s'appliquent.

b) Assurance voyage

Une description complète de cette garantie est présentée à la page 67 de la brochure. Des maximums s'appliquent.

4. Exclusions

Sous réserve des dispositions de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec, aucune prestation n'est payable pour des frais engagés :

- pour l'achat de prothèses dentaires, lunettes, verres de contact ou leur ajustement ;
- pour l'examen de l'ouïe ;
- 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 voyage de santé ;
- du fait de mutilation volontaire en quelque état que ce soit ;
- pour des soins de chirurgie esthétique ;
- pour une condition survenue alors que la personne assurée est en service actif dans les forces armées ;
- pour des soins, services ou fournitures que la personne assurée n'est pas tenue de payer ;
- pour des frais payables en vertu de tout régime public ou privé, individuel ou collectif. Ces frais sont déduits de toutes prestations payables en vertu du présent régime ;
- par suite de la participation active à une insurrection réelle ou appréhendée ;
- par suite de la participation de la personne assurée à un acte criminel ;
- en cas d'hospitalisation pour soins prolongés. Les frais de séjour dans un centre d'accueil, incluant les centres hospitaliers fournissant le même type de service (hébergement) ou tout autre établissement ne sont pas admissibles au remboursement ;
- pour tout ticket modérateur, franchise ou coassurance exigé par tout régime public sur des produits et services admissibles en vertu du présent régime.

Ces exclusions s'appliquent également à la garantie d'assurance voyage et s'ajoutent à celles apparaissant dans la description de cette dernière.

RÉGIME OPTIONNEL D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – Option I

Participation facultative d'une durée minimale de 36 mois

Les frais admissibles sont les frais raisonnables selon la gravité du cas et la pratique courante de la médecine, engagés par une personne assurée par suite d'accident, de maladie, de grossesse ou d'intervention chirurgicale reliée à la planification familiale, de don d'organe ou de moelle osseuse.

NOTE : Les professionnels de la santé doivent être membres en règle de leur ordre professionnel ou d'une association professionnelle ou doivent être reconnus par le Comité et l'Assureur. Ils doivent exercer dans les limites de leurs compétences au sens de la loi.

1. Les frais décrits ci-après sont remboursés à 80 %.

- a) Les services professionnels d'un **chiropraticien**, à raison d'un remboursement maximal de 20 \$ par traitement et de 400 \$ par année civile, par personne assurée. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestations.

L'examen initial rendu par le chiropraticien est admissible au même titre qu'un traitement, étant entendu qu'un seul de ces deux services donne lieu à des prestations s'ils sont reçus la même journée.

- b) Les services professionnels d'un **infirmier ou d'un infirmier auxiliaire**, pour des soins médicaux rendus au domicile de la personne assurée, à l'exception de toute personne qui habite normalement avec la personne assurée ou qui fait partie de sa famille, à raison d'un remboursement maximal de 200 \$ par jour et de 4 000 \$ par année civile, par personne assurée.
- c) Les services professionnels d'un **homéopathe**, d'un **ostéopathe**, d'un **naturopathe**, d'un **acupuncteur** ou d'un **diététiste**, à raison d'un remboursement maximal de 20 \$ par traitement et de 400 \$ par année civile, par personne assurée, par spécialiste. Un seul traitement par jour, par spécialiste, pour la même personne assurée, est sujet à prestations.

- d) Les services professionnels d'un **physiothérapeute** et d'un **thérapeute en réadaptation physique**, à raison d'un remboursement maximal de 20 \$ par traitement et de 400 \$ par année civile, par personne assurée, pour l'ensemble de ces spécialistes. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestations.
- e) Les services professionnels d'un **podiatre** et d'un **infirmier en hygiène des pieds**, à raison d'un remboursement maximal de 20 \$ par traitement et de 400 \$ par année civile, par personne assurée, pour l'ensemble de ces spécialistes. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestations.
- f) Les services professionnels d'un **kinésithérapeute**, d'un **orthothérapeute**, d'un **kinothérapeute** et d'un **massothérapeute**, à raison d'un remboursement maximal de 20 \$ par traitement et de 400 \$ par année civile, par personne assurée, pour l'ensemble de ces spécialistes. Un seul traitement par jour, par spécialiste, pour la même personne assurée, est sujet à prestations.
- g) Les frais de **radiographies** requises pour le traitement donné par un spécialiste couvert par le régime optionnel I à raison d'un remboursement maximal de 40 \$ par année civile, par personne assurée, pour l'ensemble des spécialistes couverts par ce régime.
- h) Les frais d'**échographies** et de **thermographies**, à l'exclusion des échographies fœtales, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 400 \$ par année civile, par personne assurée, pour l'ensemble de ces frais s'ils sont engagés sur prescription médicale.

2. Les frais décrits ci-après sont remboursés à 50 %.

Les services professionnels d'un **psychologue**, d'un **psychiatre**, d'un **psychanalyste**, d'un **psychothérapeute** et d'un **travailleur social professionnel** sont remboursés jusqu'à concurrence d'un montant maximal de 500 \$ par année civile, par personne assurée, pour l'ensemble de ces spécialistes. Un seul traitement par jour, par spécialiste, pour la même personne assurée, est sujet à prestations. Les services professionnels de psychiatres remboursables sont uniquement ceux rendus comme traitements de psychanalyse et dans la mesure où ces professionnels font partie de la Société canadienne de psychanalyse.

3. Exclusions

Les exclusions mentionnées au régime d'assurance maladie de base s'appliquent également au régime d'assurance maladie complémentaire.

RÉGIME OPTIONNEL D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES – Option II

Avant de s'engager dans une phase importante de traitements, le participant devrait s'informer auprès de l'Assureur des frais qui lui seront remboursés. Pour ce faire, il doit remplir le formulaire de l'Association dentaire canadienne ou de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec disponible chez le dentiste ou le formulaire « Demande de règlement pour soins dentaires » de l'Assureur qui est disponible auprès de son employeur ou en ligne en y inscrivant « Plan de traitement ».

Participation facultative d'une durée minimale de 36 mois

Les frais admissibles sont les frais raisonnablement rendus et recommandés par un dentiste et dont le coût n'excède pas les tarifs du guide de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec (ACDQ) en vigueur l'année précédant le moment où les services sont rendus.

L'Assureur rembourse 80 % des frais de diagnostic, de prévention, de restauration de base et de restauration majeure et 50 % des frais de prothèses fixes décrits ci-après, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 000 \$ par année civile, par personne assurée, pour l'ensemble de ces frais.

L'Assureur rembourse 80 % des frais de prothèses amovibles. Ces frais sont admissibles jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 000 \$ par année civile, par personne assurée. *Voir restrictions page 34.*

Les codes utilisés dans la description sont ceux du document intitulé « Nomenclature et tarifs des actes buccodentaires 2014 » de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec (ACDQ). Pour les années subséquentes, ces codes sont remplacés par leur équivalent dans les documents ultérieurs de l'Association. Tout nouveau numéro de code d'acte dentaire qui s'ajoute pendant la durée du contrat et qui touche les frais décrits ci-après est automatiquement reconnu.

1. Frais admissibles

Description des frais de diagnostic

- Examen buccal clinique
 - a) examen complet jusqu'à concurrence d'un examen par période de 9 mois consécutifs (01110, 01120, 01130)

- b) examen de rappel ou périodique jusqu'à concurrence d'un examen par période de 9 mois consécutifs (01200)
- c) examen dentaire pour les enfants à charge âgés de moins de 10 ans, non remboursable par le régime public de l'assurance maladie du Québec, jusqu'à concurrence d'un examen par période de 12 mois consécutifs (01250)
- d) examen d'urgence (01300)
- e) examen d'un aspect particulier jusqu'à concurrence d'un examen par période de 9 mois consécutifs (01400, 01600, 01700)
- f) examen parodontal complet jusqu'à concurrence d'un examen par période de 36 mois consécutifs (01500)

Limitation : un seul examen de rappel, d'un aspect particulier, périodique ou complet par période de 9 mois consécutifs est couvert. Toutefois, l'examen effectué par un spécialiste à la suite d'une recommandation d'un chirurgien dentiste (admissible selon le tarif des chirurgiens dentistes) n'est pas sujet à cette limitation.

– Radiographies

- a) radiographies intra-orales
 - i) radiographie périapicale (02111 à 02116)
 - ii) radiographie occlusale (02131, 02132)
 - iii) radiographie interproximale (02141 à 02144)
 - iv) radiographie des tissus mous (02151, 02152)
- b) radiographies extra-orales
 - i) pellicule extra-orale (02201, 02202)
 - ii) examen des sinus (02304)
 - iii) sialographie (02400)
 - iv) substance radio-opaque (02430)
 - v) articulation temporo-mandibulaire (02504)
 - vi) pellicule panoramique (02600)
 - vii) pellicule céphalométrique (02701, 02702)
- e) radiographie de la main et du poignet comme aide-diagnostic au traitement dentaire (02915)
- d) tomographie (02920, 02929)

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

- Tests et examens de laboratoire
 - a) culture bactériologique pour déterminer les agents pathologiques (04100)
 - b) culture bactériologique pour déterminer la susceptibilité à la carie (04201)
 - c) biopsie du tissu mou ou du tissu dur (04302, 04311, 04312)
 - d) tests cytologiques (04401, 04402)
- Modèles de diagnostic
 - a) non montés (04501, 04502)
 - b) montés (04510, 04520)
 - c) cirage diagnostique (04730)
- Présentation de cas / plan de traitement (05101)
- Consultation (04500, 05201)

Description des frais de prévention

- Polissage de la partie coronaire des dents (prophylaxie), jusqu'à concurrence d'un traitement par période de 9 mois consécutifs (11100, 11200, 11300)
- Détartrage parodontal, jusqu'à concurrence d'un traitement par période de 9 mois consécutifs relativement à l'ensemble de ces actes dentaires (43411 à 43414, 43417, 43419)
- Application topique de fluorure, jusqu'à concurrence d'un traitement par période de 9 mois consécutifs (12400)
- Analyse de la diète et recommandation (13100)
- Conseils d'hygiène buccale (13200, 13210)
- Programme de contrôle de la plaque dentaire (13220)
- Finition d'une obturation (13300)
- Ablation de matériau obturateur sous-gingival nécessitant anesthésie, sans lambeau, par dent (13301)
- Scellants des puits et fissures (13401, 13404)

- Protecteur buccal (13510)
- Meulage des dents
 - a) meulage interproximal des dents (13700)
 - b) améloplastie par dent (13715)
- Appareils de maintien d'espace
 - a) sur bagues (15108 à 15111, 15120)
 - b) sur couronne en acier (15200, 15210)
 - c) appareil amovible (15400, 15410)
 - d) avec mordançage à l'acide (15420)

Description des frais de restauration de base

RESTAURATION

- Dents primaires
 - a) antérieure ou postérieure en amalgame conventionnel (21101 à 21105)
 - b) antérieure ou postérieure en amalgame lié par mordançage (21121 à 21125)
 - c) antérieure en composite lié par mordançage (23311 à 23315)
 - d) postérieure en composite lié par mordançage (23411 à 23415)
- Dents permanentes
 - a) antérieure et prémolaire en amalgame conventionnel (21211 à 21215)
 - b) molaire en amalgame conventionnel (21221 à 21225)
 - c) antérieure et prémolaire en amalgame lié par mordançage (21231 à 21235)
 - d) molaire en amalgame lié par mordançage (21241 à 21245)
 - e) antérieure en composite (23111 à 23115, 23118)
 - f) facette (antérieure et prémolaire) (23121, 23122)
 - g) fermeture de diastème par dent (23124)
 - h) prémolaire en composite lié par mordançage (23210 à 23215)
 - i) molaire en composite lié par mordançage (23220 à 23225)
- Tenon pour restauration (en amalgame ou en composite) (21301 à 21304)

- Supplément pour une obturation sous la structure d'un appareil ou d'une prothèse amovible existante. Par restauration (en sus du code utilisé pour l'obturation) (21601)
- Aurification (24101, 24102)
- Incrustation
 - a) en métal (25100, 25200, 25300, 25500)
 - b) en porcelaine, en résine ou en céramique (25121 à 25123, 25521)
- Tenon de rétention dans l'incrustation (25601 à 25604)

CHIRURGIE BUCCALE

- Ablation d'une dent ayant fait éruption (sans complication) (71101, 71111)
- Ablations chirurgicales
 - a) dent ayant fait éruption (complexe) (72100, 72110)
 - b) dent incluse (72210, 72220, 72230, 72240)
 - c) racines résiduelles (72300, 72310, 72320)
 - d) exérèse d'une ou de portions d'une dent fracturée (72350)
 - e) exposition chirurgicale d'une dent (72410 à 72412)
 - f) déplacement chirurgical d'une dent (72430, 72440)
 - g) énucléation d'une dent (72450)
- Supplément pour points de suture, par séance. Ces frais ne sont admissibles que s'ils sont demandés conjointement avec des frais pour une ablation de dent ayant fait éruption (sans complication) (71121)
- Correction et remodelage des tissus buccaux
 - a) alvéolectomie (73020)
 - b) alvéoloplastie (73100, 73110)
 - c) stomatoplastie (73123)
 - d) ostéoplastie (73133 à 73135, 73140)
 - e) tubéroplastie (73150, 73151)
 - f) ablation de tissu hyperplasique (par radiochirurgie ou par dissection) (73171 à 73176)
 - g) ablation de surplus de muqueuse (par radiochirurgie ou par dissection) (73181 à 73186)
 - h) reconstruction du procès alvéolaire avec un matériau synthétique biocompatible (73360, 73361)

- i) extension des replis muqueux avec épithélialisation secondaire (incluant vestibuloplastie) (73381 à 73384)
- j) extension des replis muqueux avec greffe muqueuse ou épidermique (73401 à 73404)
- Ablation d'une tumeur ou d'un kyste
 - a) ablation d'une tumeur (74108, 74109)
 - b) ablation et curetage d'un kyste ou d'un granulome intra-osseux (74408 à 74410)
- Incision et drainage chirurgicaux (75100, 75101, 75110)
- Ablation d'un corps étranger dans le tissu osseux ou le tissu mou (75301, 75361)
- Frénectomie (77801 à 77803)
- Contrôle d'hémorragie (79400, 79401)
- Traitement post-chirurgical (79601, 79602)

SERVICES GÉNÉRAUX COMPLÉMENTAIRES

- Anesthésie locale (04470, 04471)
- Sédation consciente par inhalation (92311 à 92319)
- Sédation consciente par intraveineuse (92331 à 92339)
- Sédation consciente par voie orale ou percutanée (92421 à 92429)
- Visites professionnelles (94100, 94200, 94400)

Description des frais de restauration majeure

ENDODONTIE

- Carie / trauma / contrôle de la douleur
 - a) pansement sédatif / coiffage indirect (20111, 20121)
 - b) meulage et polissage d'une dent traumatisée (20131)
 - c) collage / cimentation (20161)
- Urgence endodontique
 - a) pulpotomie (32201, 32202, 32210)
 - b) ouverture à travers une dent naturelle et drainage (acte d'urgence distinct) (39201, 39202)

- c) pulpectomie à travers une dent naturelle (acte d'urgence distinct) (39901 à 39904)
- d) meulage sélectif pour soulager une occlusion traumatique (39970)
- e) réimplantation d'une dent avulsée (39981)
- f) reposition d'une dent déplacée par traumatisme (39985)
- Autres services endodontiques : supplément pour un traitement endodontique à travers une couronne métal et/ou porcelaine (32101, 32102)
- Préparation de la dent en vue d'un traitement (39100, 39110, 39120)
- Thérapie canalaire
 - a) traitement et retraitement de canal
 - i) un canal (33100 à 33102, 33110 à 33112)
 - ii) deux canaux (33200 à 33202, 33210 à 33212)
 - iii) trois canaux (33300 à 33302, 33310 à 33312)
 - iv) quatre canaux (33400 à 33402, 33410 à 33412)
 - v) canal additionnel (33475)
 - b) apexification
 - i) un canal (33521, 33531, 33541)
 - ii) deux canaux (33522, 33532, 33542)
 - iii) trois canaux (33523, 33533, 33543)
 - iv) quatre canaux ou plus (33524, 33534, 33544)
 - c) réparation de perforation (34511)
- Chirurgie endodontique périapicale
 - a) apéctomie (acte distinct du traitement de canal) (34101 à 34104)
 - b) apéctomie et traitement de canal conjoint avec ou sans obturation rétrograde (34111, 34112, 34114, 34115)
 - c) apéctomie et retraitement de canal conjoint avec ou sans obturation rétrograde (34171, 34172, 34174, 34175)
 - d) apéctomie et obturation rétrograde (acte distinct du traitement de canal) (34201 à 34203, 34212, 34215)
 - e) amputation de racine (34401, 34402)
 - f) réimplantation intentionnelle (34451 à 34453)

- g) hémisection (39230)
- Blanchiment d'une dent 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
 - a) dents dévitalisées (39410)
 - b) dents vivantes, au cabinet (97101, 97102)

PARODONTIE

- Soins d'une infection aiguë et autres lésions (41200)
- Application d'un désensibilisant, jusqu'à concurrence d'un maximum global de 10 applications par année civile par personne assurée pour toutes les dents (41300)
- Chirurgie parodontale
 - a) surfaçage radiculaire et curetage (42000, 42001)
 - b) gingivoplastie et/ou gingivectomie (42002, 42003, 42010)
 - c) fibrotomie (42330, 42331)
 - d) approche par lambeau avec ostéoplastie et/ou ostéoectomie (42100)
 - e) greffe
 - i) tissus mous (42200, 42300, 42301, 42560, 42561, 42565)
 - ii) gingivale (42570, 42575)
 - iii) tissus osseux (42611, 42700, 42711)
 - f) Wedge proximal (mésial ou distal) (42400)
 - g) chirurgie exploratoire, avec approche par lambeau (42441, 42451)
 - h) visite de contrôle postopératoire pour changer un pansement (42720)
- Traitements parodontaux d'appoint
 - a) jumelages ou ligatures, provisoires (43200, 43211, 43212, 43260)
 - b) jumelage avec appui métallique coulé lié par la méthode de mordantage à l'acide (43290)
 - c) ablation ou recimentation de jumelage, par dent (43295)
 - d) équilibrage de l'occlusion (43300, 43310)
 - e) appareil parodontal (pour contrôler le bruxisme) (43611, 43612, 43622, 43631)

- f) appareil intra-oral pour l'articulation temporo-mandibulaire (plaque occlusale) (43711, 43712, 43732, 43741)
- g) irrigation parodontale sous-gingivale (49211)
- h) application intra-sulculaire d'agent antimicrobien et/ou chimiothérapeutique à dégradation lente (49221, 49229)

PROTHÈSES FIXES

- Couronne individuelle
 - a) acrylique cuit (27100)
 - b) intermédiaire en acrylique (de transition) (27130, 27140, 27150)
 - c) porcelaine, acrylique, céramique, résine ou métal (27200, 27210, 27300, 27310)
 - d) actes complémentaires (27401, 27501, 27503, 28211)
- Autres services de restauration
 - a) réparation d'une couronne ou d'une facette (27721 à 27723)
 - b) recimentation et/ou ablation (29100, 29200)
 - c) ablation d'une incrustation, d'une couronne non préfabriquée ou d'une facette (acte distinct de la préparation d'une nouvelle restauration), première unité de temps et chaque unité de temps additionnelle (29301, 29302)

Restrictions concernant les couronnes

Le remplacement d'une couronne est remboursable à la condition qu'il soit prouvé de façon satisfaisante que cette couronne ne peut être réparée et, si cette couronne a été mise en bouche alors que la présente garantie de soins dentaires était en vigueur, qu'il se soit écoulé au moins 4 ans avant le remplacement.

Description des frais pour prothèses amovibles

PROTHÈSES AMOVIBLES

- Prothèse complète
 - a) standard (51100, 51110, 51120)
 - b) équilibrée (51201 à 51203)
- Prothèse complète immédiate (51300, 51310, 51320)
- Prothèse complète immédiate (de transition) (51600, 51610, 51620)

- Prothèse complète hybride
 - a) standard (51701 à 51703)
 - b) équilibrée (51711 à 51713)
- Prothèse partielle acrylique (immédiate, de transition ou permanente) (52101 à 52105, 52120 à 52124, 52129, 52230 à 52232)
- Prothèse partielle avec base coulée, alliage chrome-cobalt, appuis et crochets coulés et/ou façonnés (52400, 52410, 52420, 52500, 52510, 52520, 53131 à 53133, 53150, 53221 à 53223)
- Prothèse complète avec prothèse partielle amovible sur arcade opposée, avec base coulée, alliage chrome-cobalt, avec ou sans selles libres (52531, 52532, 52542, 52543)
- Prothèse partielle amovible coulée avec attaches de précision (52600, 52610, 52620)
- Prothèse partielle coulée de type semi-précision (52601, 52611, 52630)
- Prothèse partielle hybride, base coulée (52701, 52702)

AJUSTEMENT D'UNE PROTHÈSE

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

RÉPARATIONS D'UNE PROTHÈSE COMPLÈTE OU PARTIELLE

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

NETTOYAGE ET POLISSAGE D'UNE PROTHÈSE (55700)

DUPLICATA D'UNE PROTHÈSE (56100, 56101)

REBASAGE ET REGARNISSAGE

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

RÉFECTION D'UNE PROTHÈSE PARTIELLE (lorsque la structure métallique ou le squelette est conservé) (56411 à 56413)

Restrictions concernant les prothèses amovibles

- Le remplacement d'une prothèse ou l'addition de dents à une prothèse amovible sont remboursables à la condition qu'il soit prouvé de façon satisfaisante :
 - a) que le remplacement ou l'addition de dents est nécessaire à la suite de l'extraction de dents après la pose initiale de la prothèse, ou
 - b) qu'il se soit écoulé au moins 4 ans depuis la pose initiale de la prothèse.

Limitations aux frais admissibles

Aucun remboursement n'est effectué par l'Assureur pour les traitements dentaires suivants :

- les traitements dentaires effectués gratuitement ou que la personne assurée n'est pas tenue de payer ;
- les traitements dentaires pour lesquels la personne assurée a droit à une indemnité en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, de la Loi sur l'assurance automobile ou de toute autre loi canadienne ou étrangère au même effet ;
- les traitements dentaires payables par un régime d'assurance maladie auquel la personne assurée a adhéré.

2. Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour les frais de soins dentaires engagés :

- à l'intention d'une tierce personne ;
- lors d'une chirurgie esthétique, notamment pour la transformation, l'extraction ou le remplacement des dents saines en vue d'en modifier l'apparence ;
- lors d'une condition survenue alors que la personne assurée est en service actif dans les forces armées.

RÉGIME OPTIONNEL D'ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT ACTIF ET DE LA PERSONNE RETRAITÉE – Option III

Participation facultative

1. Participant actif

a) Assurance vie de base du participant

Le montant d'assurance vie de base payable au décès du participant est égal à :

- 1 fois le salaire annuel, arrondi au multiple de 5 \$ le plus près, pour un participant de moins de 65 ans ;
- ½ fois le salaire annuel, arrondi au multiple de 5 \$ le plus près, pour un participant de 65 ans et plus.

b) Assurance vie additionnelle du participant

NOTE : La participation à cette garantie est conditionnelle à la participation à la garantie d'assurance vie de base.

Le participant peut opter pour un montant additionnel d'assurance vie égal à 1 jusqu'à 5 fois son salaire annuel selon son choix. Le produit est arrondi au multiple de 5 \$ le plus près.

Cette garantie est sujette à des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'Assureur au moment de l'adhésion ou de l'ajout d'une nouvelle tranche d'assurance vie additionnelle.

Cette garantie ne s'applique pas si le participant meurt suite à un suicide ou des suites de toute tentative de suicide au cours de la première année qui suit la date de prise d'effet de la présente garantie, de sa remise en vigueur, ou de toute augmentation du montant de la garantie, qu'il soit sain d'esprit ou non lors du suicide ou de la tentative de suicide. Dans ce cas, l'assurance ou l'augmentation, selon le cas, est nulle et sans effet et la responsabilité de l'Assureur est limitée au remboursement des primes perçues.

c) Assurance en cas de mort ou mutilation accidentelles du participant

NOTE : La participation à cette garantie est conditionnelle à la participation à la garantie d'assurance vie de base.

Lorsque le participant subit l'une des pertes énumérées ci-dessous, et que cette perte survient dans les 365 jours de la date de l'accident, à la condition que le participant soit protégé par la présente garantie à la date de l'accident, l'Assureur paie le pourcentage du salaire annuel indiqué ci-après, sans toutefois dépasser 100 % du salaire pour toutes les pertes relatives au même accident. Ce pourcentage est réduit de moitié lorsqu'un participant atteint l'âge de 65 ans.

TABLEAU DES PERTES	POURCENTAGE DU SALAIRE ANNUEL
– Perte de la vie	100 %
– Perte des deux mains, des deux pieds ou de la vue des deux yeux	100 %
– Perte d'une main et d'un pied	100 %
– Perte d'une main ou d'un pied avec la perte de la vue d'un œil	100 %
– Perte d'une main ou d'un pied	50 %
– Perte de la vue d'un œil	50 %
– Perte de chaque doigt	10 %

Par le mot « perte », on entend, pour ce qui est d'une main, d'un pied ou d'un doigt, la perte d'usage totale et définitive ; en ce qui concerne la vue, on entend la perte totale, définitive et irrémédiable de la vue. Lors d'une perte subie par un invalide, le pourcentage du salaire annuel demeure celui établi au début de l'invalidité. Aux fins d'assurance, l'invalide est considéré comme un retraité à compter de son 65^e anniversaire.

Cette garantie ne s'applique pas si la perte subie survient dans les cas suivants :

- alors que le participant exerce toute fonction de l'équipage d'un aéronef, sauf s'il est tenu de le faire dans l'exercice de ses fonctions tel que prévu à sa convention collective de travail ou à son contrat individuel de travail ;
- en raison d'une guerre déclarée ou non ou de sa participation à une insurrection réelle ;

- en raison d'une tentative de suicide ou de suicide du participant ou d'une blessure ou d'une mutilation que le participant s'est volontairement infligée, qu'il soit sain d'esprit ou non ;
- lors de sa participation à un acte criminel, y compris le fait de conduire un véhicule moteur avec un taux d'alcoolémie qui dépasse la limite permise par la loi ;
- alors que le participant est en service actif dans les forces armées ;
- par suite d'une maladie ou d'une affection ne résultant pas d'un accident et qui se manifeste lors d'un accident.

d) Assurance vie du conjoint et des enfants à charge du participant

NOTE: La participation à cette garantie est conditionnelle à la participation à la garantie d'assurance vie de base du participant.

Les prestations payables en cas de décès sont égales à :

- 2 500 \$ dans le cas d'un enfant à charge assuré âgé de 24 heures ou plus ;
- 5 000 \$ dans le cas du conjoint assuré.

e) Assurance vie additionnelle du conjoint du participant

NOTE: La participation à cette garantie est conditionnelle à la participation à la garantie d'assurance vie du conjoint et des enfants à charge.

Le participant peut opter pour un montant additionnel variant de 1 à 20 tranches de 5 000 \$ sur la vie de son conjoint. Cette garantie est sujette à des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'Assureur au moment de l'adhésion ou de l'ajout d'une nouvelle tranche d'assurance vie additionnelle.

Cette garantie ne s'applique pas si le conjoint meurt suite à un suicide ou des suites de toute tentative de suicide au cours de la première année qui suit la date de prise d'effet de la présente garantie, de sa remise en vigueur, ou de toute augmentation du montant de la garantie, qu'il soit sain d'esprit ou non lors du suicide ou de la tentative de suicide. Dans ce cas, l'assurance ou l'augmentation, selon le cas, est nulle et sans effet et la responsabilité de l'Assureur est limitée au remboursement des primes perçues.

2. Participant retraité

a) Assurance vie de la personne retraitée

À compter de la date de prise de la retraite, le participant continue d'être assuré sans preuves d'assurabilité, pour un montant pouvant aller jusqu'à 20 tranches de 5 000 \$, selon son choix, sans toutefois excéder le montant détenu comme participant actif, à la condition d'en faire la demande à l'Assureur au cours des 30 jours suivant la date de sa retraite.

Cependant, pour le participant à temps partiel ou en congé sans solde sans participation, dont le montant d'assurance en vigueur immédiatement avant la date de sa retraite est inférieur à 5 000 \$, ledit montant est réputé s'élever à 5 000 \$.

Le participant peut réduire éventuellement le montant d'assurance choisi, mais ne peut l'augmenter. De plus, il peut mettre fin à son assurance en tout temps, auquel cas il ne pourra y participer à nouveau.

Le participant retraité qui effectue un retour au travail peut conserver le montant d'assurance détenu comme retraité. Dans un tel cas, tout nouveau montant d'assurance vie à l'intention du participant ou de ses personnes à charge auquel il a droit lorsqu'il cesse à nouveau d'être actif s'ajoute au montant d'assurance qu'il détient déjà. Le total de ces montants forme alors un seul montant d'assurance aux fins d'application des maximums prévus à la présente garantie (retraité et personnes à charge).

b) Assurance vie du conjoint et des enfants à charge de la personne retraitée

Le participant retraité peut conserver le montant d'assurance qu'il détenait dans le régime des participants actifs pour son conjoint et ses enfants à charge, le cas échéant, à la condition qu'il adhère lui-même à la garantie d'assurance vie du participant retraité.

L'adhésion doit se faire en même temps pour toutes les garanties d'assurance vie offertes au retraité.

Les prestations payables en cas de décès sont égales à :

- 2 500 \$ dans le cas d'un enfant à charge assuré âgé de 24 heures ou plus ;
- 5 000 \$ dans le cas du conjoint assuré.

c) Assurance vie additionnelle du conjoint de la personne retraitée

Le participant retraité peut conserver, en partie ou en totalité, le montant d'assurance vie additionnelle qu'il détenait sur la vie de son conjoint dans le régime des participants actifs, soit entre 1 et 20 tranches de 5 000 \$, à la condition qu'il adhère à la garantie d'assurance vie du participant retraité et à la garantie d'assurance vie du conjoint et des enfants à charge.

Les taux de prime sont ceux établis pour le montant d'assurance vie de la personne retraitée en tenant compte de l'âge de la personne retraitée et du sexe du conjoint.

L'adhésion doit se faire en même temps pour toutes les garanties d'assurance vie offertes au retraité.

3. Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale

Une personne assurée en vertu de l'une des garanties du régime d'assurance vie, dont l'espérance de vie est d'au plus 12 mois, peut obtenir le paiement d'une prestation anticipée en présentant une demande écrite à l'Assureur, accompagnée des preuves médicales appropriées et de l'acceptation écrite du bénéficiaire. La somme des montants versés (base et additionnelle) ne peut excéder 50 000 \$ ou 25 % du montant d'assurance vie de la personne assurée. Toutes les modalités concernant le paiement anticipé sont présentées à la page 65 de la brochure.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. Définitions

a) 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.

b) Assisteur

Canassistance inc. ou toute autre entreprise d'assistance désignée par l'Assureur.

c) Associé en affaires

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

d) Comité

Le Comité paritaire intersectoriel – Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (CPI – FTQ).

e) 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.

f) Frais de voyage payés d'avance

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

g) 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.

h) Invalidité

i) Invalidité de 48 mois et moins

- **Dans le secteur des commissions scolaires**, par invalidité, on entend un état d'incapacité résultant d'une maladie, y compris un accident à l'exclusion d'une lésion professionnelle, nécessitant des soins médicaux de même qu'une intervention chirurgicale reliée à la planification familiale, cet état d'incapacité rendant la personne salariée totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou de tout autre emploi analogue qui lui est offert par l'employeur et qui comporte une rémunération similaire.
- **Dans le secteur de l'enseignement collégial**, par invalidité, on entend un état d'incapacité résultant d'une maladie ou d'un accident ou résultant directement d'une complication d'une grossesse ou d'une interruption de grossesse avant la 20^e semaine précédant la date prévue pour la naissance, nécessitant des soins médicaux et qui rend la personne salariée totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de sa fonction ou de toute autre fonction analogue et comportant une rémunération similaire qui lui est offerte par l'employeur. L'invalidité couvre également une incapacité résultant d'une hospitalisation pour une intervention chirurgicale ou d'une intervention médicale au cabinet du médecin, liée à la planification familiale.

ii) Invalidité de plus de 48 mois

Par invalidité, on entend un état d'incapacité qui rend la personne salariée totalement incapable d'exercer toute occupation rémunératrice pour laquelle elle est raisonnablement apte par suite de son éducation, sa formation et son expérience.

La personne salariée n'est pas considérée invalide pour toute période d'invalidité au cours de laquelle elle n'est pas sous les soins d'un médecin ou d'un chirurgien légalement autorisé à exercer la médecine sauf dans les cas stationnaires où l'invalidité est reconnue à la satisfaction de l'Assureur. Dans le cas d'une invalidité due à une maladie mentale, la personne salariée invalide doit être sous les soins d'un spécialiste en psychiatrie sauf dans les cas stationnaires où l'invalidité est reconnue à la satisfaction de l'Assureur.

i) Participant

La personne salariée ou la personne retraitée assurée en vertu du présent contrat.

j) Période d'invalidité

– Dans le secteur des commissions scolaires

Pendant les 104 premières semaines, une période d'invalidité est toute période continue d'invalidité ou une suite de périodes successives séparées par moins de 40 jours (lire 8 jours au lieu de 40 jours, si la période continue d'invalidité qui précède son retour au travail est égale ou inférieure à 3 mois de calendrier) de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un travail à temps complet, à moins que la personne salariée n'établisse, à la satisfaction de l'employeur ou de son représentant, qu'une période subséquente est attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente.

Au terme de la 104^e semaine, une période d'invalidité est toute période continue d'invalidité qui peut être interrompue par moins de 6 mois de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un travail à temps complet, s'il s'agit de la même invalidité.

– Dans le secteur de l'enseignement collégial

Une période d'invalidité est toute période continue d'invalidité ou une suite de périodes successives séparées par moins de 8 jours (lire 32 jours au lieu de 8 jours si la période continue d'invalidité qui précède le retour au travail est supérieure à 3 mois) de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un travail à temps complet, à moins que la personne salariée n'établisse, à la satisfaction de l'employeur ou de son représentant, qu'une période subséquente est attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente.

NOTE: Dans tous les cas, une période d'invalidité résultant de maladie ou de blessure qui a volontairement été causée par la personne salariée elle-même, d'alcoolisme ou de toxicomanie, de participation active à une émeute, à une insurrection, ou à des actes criminels, ou de service dans les forces armées n'est pas reconnue comme une période d'invalidité aux fins des présentes. Toutefois, la période d'invalidité résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie pendant laquelle la personne salariée reçoit des traitements ou soins médicaux en vue de sa réhabilitation est reconnue comme une période d'invalidité.

k) Personne assurée

Le participant ou l'une de ses personnes à charge assurées en vertu du présent contrat.

l) Personne à charge

Le conjoint ou l'enfant à charge du participant, tel que défini ci-après.

– Conjoint

Désigne une personne du même sexe ou de sexe différent qui, à la date de l'événement donnant droit à des prestations :

- a) est mariée ou unie civilement au participant, ou
- b) vit maritalement avec le participant depuis plus d'un an ou, depuis moins d'un an si elle est la mère ou le père d'un enfant du participant, ou
- c) vit maritalement avec un participant et avait déjà ainsi vécu maritalement avec ce participant 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 conjoint :

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

Si le participant a un conjoint répondant à la définition en a) et un autre conjoint répondant à la définition en b) ou c), l'Assureur reconnaîtra comme conjoint celui que le participant aura désigné par avis écrit.

– Enfant à charge

Désigne l'une ou l'autre des personnes suivantes :

- une personne âgée de moins de 18 ans à l'égard de laquelle le participant ou son conjoint exerce l'autorité parentale ;
- une personne, sans conjoint, âgée de 25 ans ou moins et fréquentant à temps complet, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement reconnu, et à l'égard de laquelle le participant ou son conjoint exercerait l'autorité parentale si elle était mineure ;

- une personne majeure, sans conjoint, domiciliée chez le participant, atteinte d'une invalidité totale survenue alors qu'elle satisfaisait à l'une ou l'autre des deux définitions précédentes, pour laquelle la personne est demeurée continuellement invalide depuis cette date et à l'égard de laquelle le participant ou son conjoint exercerait l'autorité parentale si elle était mineure;
- une personne majeure, sans conjoint, atteinte de déficience fonctionnelle définie dans le règlement sur le Régime général d'assurance médicaments et survenue avant qu'elle n'ait atteint l'âge de 18 ans, qui ne reçoit aucune prestation en vertu d'un programme d'aide de dernier recours prévu à la Loi sur la sécurité du revenu, qui est domiciliée chez le participant et sur laquelle le participant ou son conjoint exercerait l'autorité parentale si cette personne était mineure.

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

L'enfant du participant, du conjoint ou des deux, comprend l'enfant pour lequel une procédure d'adoption est entreprise.

m) Proche parent

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

n) Salaire ou traitement

– Dans le secteur de l'enseignement collégial

Le traitement majoré des primes de disparités régionales, s'il y a lieu, mais en excluant les paiements pour le temps supplémentaire.

– Dans le secteur des commissions scolaires

Le taux de traitement incluant les primes pour disparités régionales (isolement, éloignement, rétention).

o) Voyage

Un voyage touristique, d'agrément ou commercial, un voyage de coopération ou d'aide humanitaire encadré par un organisme de bienfaisance enregistré, une activité à caractère commercial. Tout autre type de voyage n'est pas couvert en vertu de la présente garantie, à moins d'une entente à l'effet contraire entre le preneur et l'assureur.

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

2. Admissibilité

a) Personne salariée

– Dans le secteur des commissions scolaires

▪ **Toutes les personnes salariées à l'exception des membres du syndicat des professionnelles et professionnels Laval-Rive-Nord (SPPLRN)**

- Toute personne salariée qui occupe un poste à temps complet est admissible à compter de son entrée en service auprès de l'employeur.

Aux fins d'application des dispositions du paragraphe précédent et dans ce cas uniquement, on entend par personne salariée qui occupe un poste à temps complet, celle qui travaille à 70 % ou plus de la durée de la semaine régulière de travail.

- Toute personne salariée qui occupe un poste à temps partiel dont la semaine régulière de travail comporte plus de 15 heures est admissible à compter de son entrée en service chez l'employeur.

Aux fins d'application des dispositions du paragraphe précédent et dans ce cas uniquement, on entend par personne salariée qui occupe un poste à temps partiel, celle qui travaille à moins de 70 % de la durée de la semaine régulière de travail.

- Toute personne salariée temporaire dont la semaine régulière de travail comporte plus de 15 heures et qui a travaillé de façon continue au moins 6 mois depuis son embauchage ou dans le cadre de deux ou plusieurs embauchages immédiatement contigus est admissible à compter de la fin du délai de 6 mois précité.

- Toute personne salariée travaillant exclusivement dans le cadre de sessions de cours d'éducation aux adultes ou de formation professionnelle est admise aux conditions prévues dans la convention collective.

- Toute personne salariée temporaire syndiquée avec le SEP-B-Québec ou l'UES-800, embauchée pour une période prédéterminée de plus de 6 mois consécutifs et dont la semaine régulière de travail comporte plus de 15 heures est admissible à compter de son entrée en service auprès de l'employeur.

- La personne salariée syndiquée avec le SEPB-Québec ou l'UES-800 affectée temporairement à un poste non couvert par la convention collective continue de bénéficière pendant cette affectation provisoire du présent régime d'assurance.
- **Membres du syndicat des professionnelles et professionnels Laval-Rive-Nord (SPPLRN)**
 - Toute personne salariée régulière est admissible à compter de sa date d'engagement à ce titre.
 - Toute personne salariée détenant le statut de remplaçante ou de surnuméraire, engagée pour une durée d'au moins 6 mois est admissible à compter de sa date d'engagement à ce titre.
- **Dans le secteur de l'enseignement collégial**
 - Toute personne salariée régulière est admissible à compter de sa date d'engagement à ce titre.
 - Toute personne salariée remplaçante ou occasionnelle est admissible après 6 mois de service continu.

b) Personne à charge

Toute personne à charge d'un participant est admissible à l'assurance soit à la même date que le participant si elle est déjà une personne à charge, soit à la date à laquelle elle le devient si ultérieure.

c) Personne retraitée

Toute personne salariée qui prend sa retraite devient admissible à la garantie d'assurance vie de la personne retraitée à compter de la date de sa retraite, si elle était assurée en vertu du régime optionnel d'assurance vie du participant actif.

Une personne retraitée réembauchée est considérée comme une nouvelle personne salariée et redevient admissible à l'ensemble des régimes d'assurance collective à l'intention des participants actifs après avoir complété les délais d'admissibilité indiqués précédemment.

3. Participation

a) Assurance maladie de base (obligatoire)

– Adhésion

L'adhésion est obligatoire pour toute personne salariée admissible âgée de moins de 65 ans ainsi que pour ses personnes à charge, le cas échéant, sous réserve du droit d'exemption. La personne salariée doit choisir un des volets suivants lors de son adhésion :

- Volet complet
- Volet réduit

Toute personne salariée doit compléter une demande d'adhésion dans les 30 jours suivant la date à laquelle elle devient admissible ou la date à laquelle elle perd sa protection en vertu d'un autre contrat où elle était assurée.

Cette disposition s'applique également à la personne salariée qui était invalide à la date d'entrée en vigueur du nouveau régime, soit le 1^{er} janvier 2014, la période de 30 jours applicable débute à la date du retour effectif au travail de la personne salariée si elle désire opter pour le volet réduit. Si la demande est soumise après la période de 30 jours, le volet complet sera automatiquement accordé à la personne salariée.

L'assurance du participant entraîne celle de ses personnes à charge, s'il a choisi de s'assurer avec conjoint et enfant(s) à charge (protection familiale) ou avec enfant(s) à charge seulement (protection monoparentale). Le participant doit remplir une demande d'adhésion dans les 30 jours qui suivent la date à laquelle elles deviennent admissibles.

L'adhésion est facultative pour toute personne salariée âgée de 65 ans ou plus. Une personne salariée de 65 ans ou plus qui a choisi de ne pas adhérer ne pourra adhérer par la suite.

Toutefois, il est possible pour un participant sans enfant à charge dont le conjoint est âgé de 65 ans ou plus de modifier sa protection familiale en une protection individuelle. Un participant qui effectue un tel choix ne pourra modifier sa protection individuelle par la suite.

– Durée minimale de participation

La personne salariée qui a choisi le volet complet doit maintenir sa participation pour une durée minimale de 36 mois. Cette période inclut toute période d'exemption dont la personne salariée se sera prévalu ou toute période d'invalidité.

Le volet réduit ne comporte aucune durée minimale de participation et la personne salariée qui a choisi ce volet peut passer au volet complet en tout temps.

– Demande de changement de protection

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

- le mariage ou l'union civile ;
- 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 premier enfant ;
- le décès de la personne conjointe ;
- la terminaison de l'assurance de la personne conjointe ou d'un enfant à charge qui entraîne une modification de protection.

Toute demande de changement de protection 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, l'assurance entre en vigueur à compter du premier jour de la période de primes suivant la date de réception de la demande.

– Droit d'exemption

Une personne salariée peut refuser ou cesser de participer pour elle-même et ses personnes à charge, le cas échéant, au présent régime à la condition qu'elles soient assurées en vertu d'un régime d'assurance collective comportant des garanties similaires. Le choix de la personne salariée peut aussi s'appliquer seulement aux personnes à charge et, dans un tel cas, les mêmes dispositions s'appliquent. Un tel choix demeure irréversible tant que la personne salariée et ses personnes à charge, le cas échéant, demeurent admissibles à cet autre régime. Toutefois, elles doivent participer au présent régime aussitôt que la protection en vertu de l'autre régime d'assurance collective se termine.

Toute personne salariée qui s'est prévalu du droit d'exemption au régime d'assurance maladie de base peut choisir de s'assurer et d'assurer ses personnes à charge en vertu des régimes optionnels en remplissant une demande d'adhésion dans les 30 jours suivant la date à laquelle celles-ci deviennent admissibles.

– Fin du droit d'exemption

Une personne salariée ou ses personnes à charge, le cas échéant, exemptée du régime d'assurance maladie de base peut mettre fin à son exemption. Ceci s'applique également au participant invalide. Les conditions suivantes doivent être remplies à la satisfaction de l'Assureur :

- antérieurement à sa demande, la personne salariée doit établir qu'elle était assurée en vertu d'un régime d'assurance collective accordant une protection similaire ;
- la personne salariée doit établir qu'il lui est devenu impossible de continuer à être assurée par le ou les régimes lui ayant permis d'obtenir son droit d'exemption.

La personne salariée doit alors transmettre à l'Assureur une demande d'adhésion dans les 30 jours suivant la fin de son exemption en indiquant le volet de protection désiré. Si la demande n'est pas reçue dans les 30 jours suivant la fin d'exemption, le volet complet sera automatiquement accordé à la personne salariée qui devra alors compléter la durée minimale de participation avant de pouvoir changer de volet.

IMPORTANT

Pour le participant qui atteint l'âge de 65 ans

Puisque le régime d'assurance collective ne comporte pas de prime additionnelle pour les médicaments, La Capitale considère que le participant demeure couvert en vertu de celui-ci.

Le participant doit s'assurer de se désengager auprès du Régime général d'assurance-médicaments.

Cette décision est réversible, car la personne adhérente peut s'inscrire à la RAMQ en tout temps.

Si un participant âgé de 65 ans choisit de maintenir son inscription à la RAMQ, il peut adhérer à la police d'assurance maladie individuelle 3992 s'il désire conserver une couverture pour les frais autres que ceux engagés par l'achat de médicaments.

L'inscription à la RAMQ étant irrévocable, ce participant ne pourra plus être assuré par La Capitale pour les médicaments couverts par la RAMQ.

b) Régimes optionnels

- **Assurance maladie complémentaire (option I)**
- **Assurance soins dentaires (option II)**

La participation à chacun de ces régimes est facultative. Aucune preuve d'assurabilité n'est exigée lorsque la personne salariée y adhère dans les 30 jours suivant son admissibilité ou la date à laquelle le participant cesse d'être admissible à un autre régime d'assurance collective en vertu duquel il était assuré.

Si la demande d'adhésion parvient à l'Assureur après le délai de 30 jours, le participant doit fournir, à ses frais, des preuves d'assurabilité pour lui-même et ses personnes à charge, à la satisfaction de l'Assureur. L'assurance prend alors effet à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur.

La durée minimale de participation est de 36 mois pour tout participant et pour ses personnes à charge, le cas échéant, à compter de la date de prise d'effet de son assurance. Après cette période, le participant peut, en tout temps, cesser de participer à ces régimes en avisant son employeur.

Un participant assuré selon une protection individuelle peut choisir de s'assurer avec conjoint et enfant(s) à charge (protection familiale) ou avec enfant(s) à charge seulement (protection monoparentale) dès qu'il y a des personnes à charge ou dès que ses personnes à charge cessent d'être admissibles à un régime d'assurance collective comportant des prestations similaires. L'assurance des personnes à charge prend effet à ce moment pourvu qu'une nouvelle demande d'adhésion soit remplie par la personne salariée et reçue par l'Assureur dans les 30 jours qui suivent.

Un participant ne peut être assuré selon une protection monoparentale ou familiale en vertu des régimes optionnels, s'il est assuré selon une protection individuelle en vertu du régime d'assurance maladie de base. Un participant assuré pour une protection monoparentale ou familiale en vertu du régime d'assurance maladie de base peut cependant s'assurer pour une protection individuelle en vertu des régimes optionnels.

L'Assureur peut accorder une protection familiale ou monoparentale tout en excluant une personne de la famille suite à l'examen des preuves d'assurabilité.

De plus, la protection (individuelle, monoparentale, familiale) aux régimes optionnels doit être la même.

À noter que la protection monoparentale ne s'adresse qu'aux participants n'ayant pas de conjoint.

– Assurance vie du participant actif et retraité

I) PARTICIPANT ACTIF

▪ Assurance vie de base du participant

La participation est facultative. Aucune preuve d'assurabilité n'est exigée lorsque la personne salariée y adhère dans les 30 jours suivant son admissibilité.

Au-delà de ce délai, des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'Assureur sont exigées.

Il est également possible à la personne salariée d'adhérer à l'assurance vie de base du participant sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité en remplissant une demande d'adhésion dans les 30 jours suivant l'adoption, la naissance d'un premier enfant ou la date à laquelle la personne salariée prend conjointe ou conjoint selon la définition du conjoint prévue au contrat.

Si la personne salariée met fin à sa participation à cette garantie, des preuves d'assurabilité doivent être fournies à la satisfaction de l'Assureur lors d'une nouvelle demande d'adhésion.

- **Assurance vie additionnelle du participant**
- **Assurance mort ou mutilation accidentelles du participant**
- **Assurance vie du conjoint et des enfants à charge du participant**

La participation à chacune de ces garanties est facultative mais conditionnelle à la participation à la garantie d'assurance vie de base du participant.

Pour l'assurance mort ou mutilation accidentelles du participant et l'assurance vie du conjoint et des enfants à charge du participant, lorsque la demande d'adhésion parvient à l'Assureur plus de 30 jours suivant la date d'admissibilité, le participant doit fournir des preuves d'assurabilité pour lui et ses personnes à charge à la satisfaction de l'Assureur.

Pour l'assurance vie additionnelle du participant, tous les montants d'assurance nécessitent des preuves d'assurabilité.

Si la personne salariée met fin à sa participation à l'une de ces garanties, des preuves d'assurabilité doivent être fournies à la satisfaction de l'Assureur lors d'une nouvelle demande d'adhésion.

- **Assurance vie additionnelle du conjoint du participant**

La participation est facultative mais conditionnelle à la participation à l'assurance vie de base du participant et à l'assurance vie du conjoint et des enfants à charge.

Tous les montants d'assurance vie additionnelle nécessitent des preuves d'assurabilité.

Disposition particulière lors de l'obtention d'un premier poste

Toute personne salariée admissible, non-détentrice de poste n'ayant pas adhéré aux régimes optionnels peut le faire sans preuves d'assurabilité en remplissant une demande d'adhésion dans les 30 jours suivant la date à laquelle elle devient détentrice d'un premier poste.

II) PARTICIPANT RETRAITÉ

▪ Assurance vie de la personne retraitée

La participation est facultative mais conditionnelle à la participation à cette garantie dans le régime pour le participant actif. Un participant retraité peut choisir d'adhérer à cette garantie en présentant une demande d'adhésion dans les 30 jours suivant la date du début de sa retraite. Aucune demande d'adhésion n'est acceptée après ce délai. Toutefois, advenant le décès du participant avant l'expiration de ce délai de 30 jours, il est présumé avoir adhéré à cette garantie en conservant le montant d'assurance vie qu'il détenait immédiatement avant sa retraite, sans excéder le montant maximum de 50 000 \$.

▪ Assurance vie du conjoint et des enfants à charge de la personne retraitée

▪ Assurance vie additionnelle du conjoint de la personne retraitée

La participation à chacune de ces garanties est facultative mais conditionnelle à la participation à ces garanties dans le régime pour le participant actif et à la participation à l'assurance vie de la personne retraitée.

Pour l'assurance vie d'une nouvelle personne à charge, la personne retraitée doit faire parvenir une demande d'adhésion à l'Assureur dans les 30 jours suivant la date à laquelle la nouvelle personne à charge devient admissible. Si la demande d'adhésion parvient à l'Assureur après ce délai, le participant doit fournir des preuves d'assurabilité pour la nouvelle personne à charge, à la satisfaction de l'Assureur.

4. Prise d'effet de l'assurance

a) Personne salariée et ses personnes à charge

PERSONNE SALARIÉE

- Régime maladie de base (obligatoire)
Volet complet et volet réduit

Toute personne salariée devient assurée à la date à laquelle elle devient admissible.

– Régimes optionnels I – II – III

Toute personne salariée devient assurée à la date à laquelle elle devient admissible, pourvu qu'elle soit alors au travail ou l'ait été le dernier jour où elle devait normalement être au travail, sinon le jour de son retour au travail, à la condition qu'elle remplisse une demande d'adhésion dans les 30 jours suivant cette date.

Si la demande d'adhésion est remplie après ce délai, la personne salariée devient assurée à la date d'acceptation par l'Assureur des preuves d'assurabilité, pourvu qu'elle soit alors au travail ou l'ait été le dernier jour où elle devait normalement être au travail, sinon le jour de son retour au travail.

PERSONNE À CHARGE

L'assurance d'une personne à charge débute à la dernière des dates suivantes :

- la date à laquelle elle devient admissible ;
- la date d'acceptation par l'Assureur des preuves d'assurabilité, le cas échéant ;
- la date à laquelle elle cesse d'être admissible à un autre régime d'assurance collective à la condition que la demande soit présentée dans les 30 jours de la terminaison de l'assurance en vertu de cet autre régime.

b) Personne retraitée et ses personnes à charge

PERSONNE RETRAITÉE

– Régime optionnel d'assurance vie

L'assurance d'une personne retraitée débute à la date à laquelle elle devient admissible à la condition qu'elle remplisse une demande d'adhésion dans les 30 jours suivant cette date.

PERSONNE À CHARGE

L'assurance d'une personne à charge débute à la dernière des dates suivantes :

- la date à laquelle elle devient admissible ;
- la date d'acceptation par l'Assureur des preuves d'assurabilité, le cas échéant.

5. Droit de transformation

a) Assurance maladie de base (volet complet et volet réduit) et complémentaire

Tout participant qui cesse d'être assuré aux termes du régime d'assurance maladie de base parce qu'il cesse d'y être admissible ou toute personne salariée âgée de 65 ans ou plus qui a choisi de ne plus y participer peut adhérer sans preuves d'assurabilité à un produit individuel d'assurance maladie offert par l'Assureur, lequel comporte également une assurance voyage et une assurance annulation de voyage. Le participant a la possibilité de choisir entre 3 régimes soit, Base, Intermédiaire ou Supérieur.

Si le participant désire exercer son droit de transformation, il doit soumettre une demande d'adhésion dans les **60 jours** suivant la date de terminaison de son assurance en vertu du régime collectif.

De plus, le participant devra s'inscrire auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour obtenir la couverture de base pour les frais de médicaments.

b) Assurance soins dentaires

Tout participant de moins de 65 ans qui cesse d'être assuré parce qu'il cesse d'être admissible pour une raison autre que la retraite peut, dans les 31 jours qui suivent la date de terminaison de son assurance, adhérer sans preuves d'assurabilité à un produit individuel d'assurance soins dentaires offert par l'Assureur.

c) Assurance vie de base du participant Assurance vie additionnelle du participant

Lorsqu'un participant non retraité cesse d'être admissible au présent régime pour une raison autre que la retraite, il a le droit, s'il en fait la demande par écrit à l'Assureur dans les 31 jours de la cessation de son admissibilité, de transformer sans preuves d'assurabilité la totalité ou une partie de son montant d'assurance, à l'exception du montant détenu en cas de mort ou mutilation accidentelle, en un contrat individuel d'assurance vie permanente ou temporaire, sans garanties accessoires, offert par l'Assureur.

Le montant d'assurance vie qui peut être transformé ne peut excéder le moindre du montant de l'ensemble des protections d'assurance sur la vie qu'il détenait en vertu du contrat à la date de la transformation ou 400 000 \$. Cependant, ce montant ne peut être inférieur à 10 000 \$.

d) Assurance vie du conjoint et des enfants à charge **Assurance vie additionnelle du conjoint**

Lorsqu'un conjoint ou un enfant à charge d'un participant non retraité cesse d'être admissible au présent régime du fait de la terminaison de l'assurance du participant non retraité par suite de son décès, de la cessation de son emploi (pour une raison autre que la retraite) ou de son appartenance au groupe ou du fait que le conjoint ou l'enfant à charge ne répond plus à la définition de personne à charge, celui-ci a le droit, s'il en fait la demande par écrit au siège social de l'Assureur dans les 31 jours de la cessation de son admissibilité, de transformer sans preuves d'assurabilité le montant d'assurance détenu, en un régime individuel d'assurance vie permanente ou temporaire, sans garanties accessoires, offert par l'Assureur.

Le montant d'assurance vie qui peut être transformé ne peut excéder le montant d'assurance sur la vie de ces personnes à la date de la transformation. Cependant, ce montant ne peut être inférieur à 5 000 \$.

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

- a) Dans le cas d'une **absence temporaire sans rémunération dont la durée excède 30 jours**, la participation aux régimes est suspendue à compter du début de l'absence temporaire, à l'exception de celle au régime d'assurance maladie de base, et reprend automatiquement sans preuves d'assurabilité dès le retour au travail actif avec rémunération. Le participant doit alors payer lui-même la prime totale prévue pour le régime d'assurance maladie de base, *sauf dans les cas où la Loi sur les normes du travail oblige l'employeur à verser sa part de la prime*. Toutefois, le participant peut se prévaloir de la possibilité de maintenir en vigueur sa participation aux autres régimes auxquels il participe en payant lui-même la prime totale prévue.

Au cours d'un congé autorisé, si le participant maintient sa participation à l'un ou l'autre des régimes optionnels et qu'il ne paie pas ses primes, les régimes optionnels seront annulés, et ce, jusqu'au retour au travail. Au moment du retour au travail, s'il désire se prévaloir à nouveau des régimes optionnels, il devra présenter des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'Assureur.

- b) Un participant qui bénéficie d'un **congé partiel sans rémunération en prolongation d'un congé de maternité, de paternité ou pour adoption** maintient sa participation aux régimes comme s'il ne bénéficiait pas d'un tel congé.
- c) Un participant qui bénéficie d'une **retraite progressive**, tel que prévu à sa convention, doit maintenir sa participation aux différents régimes. La prime ainsi que les montants d'assurance vie sont déterminés sur la base du salaire qu'il recevrait s'il ne participait pas à un tel programme.

- d) Un participant qui bénéficie d'un programme de **congé à traitement différé**, tel que prévu à sa convention, doit maintenir sa participation au régime d'assurance maladie de base. De plus, un tel participant peut également maintenir sa participation aux autres régimes. La prime ainsi que les montants d'assurance vie sont déterminés sur la base du salaire qu'il recevrait s'il ne participait pas à un tel programme.
- e) La participation aux régimes est maintenue dans les cas d'**absence temporaire avec rémunération** ainsi que pour une **absence temporaire sans rémunération** dont la durée est de 30 jours ou moins. Les montants de protection sont déterminés conformément à la situation prévalant avant le début du congé.
- f) Lorsqu'un participant est congédié ou suspendu et conteste son **congédiement ou sa suspension** par voie de grief ou de recours à l'arbitrage en vertu de la convention collective qui le régit, il doit maintenir, avec paiement des primes, sa participation au régime d'assurance maladie de base. Il peut également maintenir sa participation aux autres régimes auxquels il participe, en versant, par l'intermédiaire de l'employeur, la prime totale prévue au contrat jusqu'à ce que la décision soit rendue. Advenant le cas où le participant congédié ou suspendu a gain de cause et qu'il n'a pas maintenu sa participation aux régimes optionnels, sa participation à ces régimes est remise en vigueur à la date où la décision est rendue et l'application des dispositions relatives à ces régimes se poursuit.
- g) Pour la personne salariée ne travaillant pas à temps complet qui maintient sa participation au régime optionnel d'assurance vie au cours d'une absence temporaire sans rémunération, la prime et la prestation payable en cas de décès, s'il y a lieu, sont basées sur la proportion du salaire gagné la veille de son départ. Si une invalidité survient durant cette période, la personne salariée bénéficie du droit à l'exonération du paiement des primes et dans le cas d'un décès, la prestation payable est basée sur le montant d'assurance exonéré.
- h) Lorsqu'un participant cesse temporairement d'être au travail par suite de **grève ou lock-out**, la participation au régime d'assurance maladie de base est maintenue, avec paiement de prime, pour une période de 30 jours. Par la suite, la participation au régime d'assurance maladie de base demeure en vigueur si les primes régulières sont versées ou s'il y a entente entre l'Assureur et la partie syndicale du Comité. L'assurance des autres régimes demeure également en vigueur si les primes régulières sont versées ou s'il y a entente entre l'Assureur et la partie syndicale du Comité, en autant que la participation au régime d'assurance maladie de base soit maintenue.
- i) Lors d'un **congé sans solde**, les montants d'assurance vie sont déterminés conformément à la situation prévalant avant le début du congé.

7. Prolongation

Assurance maladie de base – Volet complet et volet réduit Assurance maladie complémentaire (option I) Assurance soins dentaires (option II)

Au décès d'un participant, l'assurance de ses personnes à charge est prolongée sans paiement de prime jusqu'à la plus proche des dates suivantes :

- 12 mois après le décès du participant ;
- la date à laquelle l'assurance des personnes à charge aurait pris fin si le participant avait été vivant ;
- la date de résiliation du contrat ;
- la date indiquée dans l'avis écrit du Comité confirmant la cessation d'appartenance d'un groupe de salariés à la partie syndicale dont le participant décédé faisait partie.

8. Exonération du paiement des primes en cas d'invalidité

a) Début de l'exonération

– Pour le participant

En cas d'invalidité, l'assurance du participant et de ses personnes à charge, le cas échéant, est maintenue en vigueur sans paiement de primes, à compter de :

- la 8^e journée ouvrable.

Lorsque le participant est victime d'une lésion professionnelle et que celle-ci est exclue de la définition d'invalidité, le délai précité s'applique si le participant a droit à une indemnité de remplacement de revenu de la CSST. Dans un tel cas, l'exonération cesse au plus tard à la date de consolidation de la lésion professionnelle.

– Pour l'employeur

L'employeur n'est exonéré du paiement de sa part de la prime qu'à la fin de la période de versement des prestations d'assurance salaire ou traitement prévue à la convention collective, soit après la 104^e semaine d'invalidité.

b) Fin de l'exonération

L'exonération du paiement des primes se termine à 24 heures, à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle le participant n'est plus invalide ;
- la date à laquelle le participant atteint 65 ans ;
- la date à laquelle le droit aux prestations d'assurance salaire de longue durée se termine ;
- pour les régimes **d'assurance maladie** (de base et complémentaire) et de **soins dentaires** :
 - la date correspondant à la fin d'une période de **36 mois** suivant la date de début de l'invalidité ;
 - la date de terminaison du contrat ou d'un régime ou la date indiquée dans l'avis écrit du Comité confirmant la cessation d'appartenance d'un groupe de salariés à la partie syndicale dont la personne invalide faisait partie ;
 - la date de rupture du lien d'emploi avec le participant.

Le droit à l'exonération ne s'applique pas :

- pour une participante qui bénéficie d'un retrait préventif approuvé par la CSST en raison de sa grossesse ;
- aux garanties d'assurance vie de la personne retraitée, d'assurance vie du conjoint et des enfants à charge de la personne retraitée et d'assurance vie additionnelle du conjoint de la personne retraitée.

NOTE : Le participant est exonéré à compter de la première période de paie complète suivant la date à laquelle il a droit à l'exonération. Lors de la fin de l'exonération, les ajustements se font sur la première période de paie complète suivant la date de fin d'exonération.

c) Dispositions relatives à une lésion professionnelle

- Lésion professionnelle non consolidée

Lorsque le participant est victime d'une lésion professionnelle, qu'il ne peut reprendre son emploi et dont la lésion n'est toujours pas consolidée selon son médecin traitant, il bénéficie de l'exonération du paiement des primes, sous réserve des modalités prévues au point b) Fin de l'exonération, et ses protections sont maintenues pour une période maximale d'un an, à compter de la fin des indemnités de remplacement de revenu versées par la CSST.

– **Assignment temporaire**

Lorsqu'un participant victime d'une lésion professionnelle est assigné temporairement à un travail :

- il bénéficie de l'exonération des primes pour toute période de paie au cours de laquelle il reçoit une indemnité de remplacement de revenu, sous réserve du point b) Fin de l'exonération ;
- il ne bénéficie pas de l'exonération des primes s'il ne reçoit pas d'indemnité de remplacement de revenu.

– **Lésion professionnelle avec droit à la réadaptation**

Lorsque le participant est victime d'une lésion professionnelle et qu'il bénéficie du droit à la réadaptation, conformément aux articles 145 et suivants de la Loi sur les accidents de travail et maladies professionnelles, il bénéficie de l'exonération du paiement des primes et ses protections sont maintenues dans les cas suivants :

- le participant est en recherche d'emploi dans le cadre d'un programme de réadaptation ;
- le participant occupe un emploi qui n'est pas son emploi habituel chez l'employeur d'origine ;
- le participant occupe un emploi chez un autre employeur.

Toutefois, l'exonération du paiement des primes se termine dès que le participant a complété 36 mois d'invalidité.

d) Retrait préventif

La participante qui bénéficie d'un retrait préventif approuvé par la CSST, en raison de sa grossesse, n'est pas admissible à l'exonération du paiement des primes.

e) Dépôt d'un grief relié à une invalidité

Le participant qui dépose un grief à la suite de la contestation de son invalidité ou de l'imposition d'une mesure administrative en lien avec son invalidité demeure exonéré, pendant la procédure de grief, du paiement des primes pour l'ensemble des régimes auxquels il participe, jusqu'à la première des dates suivantes :

- la date de son retour au travail ;
- la date de la décision d'un arbitre ;
- la date d'une entente entre les parties ;
- la date correspondant à la fin d'une période de 36 mois suivant la date de début de l'invalidité.

f) Retour progressif au travail

Lorsque le participant invalide effectue un retour progressif au travail, comme prévu à la convention collective, il demeure exonéré pour toute la durée du retour progressif. Toutefois, l'exonération du paiement des primes se termine dès que le participant a complété 36 mois d'invalidité.

9. Terminaison de l'assurance

Sous réserve de l'exonération du paiement des primes en cas d'invalidité, l'assurance du participant se termine à 24 heures, à la première des dates suivantes :

- la date de terminaison du contrat ou pour chacun des régimes, leur date de terminaison respective ;
- la date à laquelle le participant cesse de remplir les conditions d'admissibilité ;
- la date à laquelle le participant quitte son emploi, sous réserve du droit de transformation pour la garantie d'assurance vie du participant et de l'adhésion au régime d'assurance vie des retraités ;
- la date à laquelle l'assurance en vertu de l'autre régime d'assurance collective débute pour le participant qui met fin à son assurance en vertu du régime d'assurance maladie de base parce qu'il s'est prévalu de son droit d'exemption si la demande est effectuée dans les 30 jours, sinon la date de réception par l'Assureur ;
- la date de réception par l'Assureur de l'avis écrit du participant qui désire mettre fin à son assurance en vertu d'un régime autre que le régime d'assurance maladie de base ou d'une garantie, ou la date de terminaison inscrite dans tel avis, laquelle est la plus éloignée, sous réserve de l'obligation de maintien de 36 mois dans le cas des régimes optionnels I et II ;
- la date indiquée dans l'avis écrit du Comité confirmant la cessation d'appartenance d'un groupe de salariés à la partie syndicale ;
- la date de rupture du lien d'emploi pour un participant invalide ;
- la date correspondant à la fin d'une période de 48 mois suivant la date de début d'invalidité sauf s'il travaille pour son employeur d'origine pour un participant victime d'une lésion professionnelle et bénéficiant du droit à la réadaptation.

L'assurance des personnes à charge se termine à 24 heures à la première des dates suivantes :

- la date de terminaison de l'assurance du participant sous réserve de la prolongation prévue pour les régimes de base et optionnels I et II ;

- la date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge ;
- la date de réception par l'Assureur de l'avis écrit du participant qui désire s'assurer seul sous réserve de l'obligation de couvrir les personnes à charge dans le régime de base et de la durée minimale de participation de 36 mois dans le cas des régimes optionnels I et II ;
- la date à laquelle l'assurance en vertu de l'autre régime d'assurance collective débute pour les personnes à charge qui mettent fin à leur assurance en vertu du régime d'assurance maladie de base parce qu'elles se sont prévaluées du droit d'exemption si la demande est effectuée dans les 30 jours, sinon la date de réception par l'Assureur.

10. Enfant à charge âgé de 18 à 25 ans inclusivement

Pour continuer d'être assuré, l'enfant à charge âgé de 18 à 25 ans inclusivement doit être **étudiant à temps complet** d'un établissement d'enseignement reconnu.

Le participant doit donc confirmer à l'Assureur que l'enfant à charge qui atteint 18 ans fréquente effectivement un établissement scolaire à temps complet. La confirmation doit être faite une fois par année, soit au début du semestre d'automne, et l'assurance se poursuit pour un an jusqu'au début de l'année scolaire suivante. À défaut de fournir une confirmation annuelle, la couverture de l'enfant à charge prendra automatiquement fin à son 18^e anniversaire ou à la date de début de l'année scolaire pour laquelle l'adhérent ne fournit pas de confirmation à l'Assureur. La confirmation peut être faite par courrier, par télécopieur ou par application mobile, en transmettant une copie du relevé d'inscription, ou par téléphone, laquelle confirmation sera alors sujette à vérification. De plus, l'Assureur se réserve le droit de vérifier si l'enfant fréquente toujours l'établissement scolaire lors de toute demande de prestations faite pour cet enfant.

11. Catégories « fumeur » et « non-fumeur »

Les taux d'assurance vie additionnelle du participant et du conjoint sont fournis pour les catégories « fumeur » et « non-fumeur ». Le critère d'admissibilité à la seconde catégorie est de ne pas avoir fumé de cigarettes au cours de la dernière année. Toute personne qui modifie ses habitudes de tabagisme suite à sa déclaration d'assurabilité **doit en informer par écrit l'Assureur dans les 30 jours suivant cette modification.**

PROCÉDURE POUR RÉCLAMER

Les frais admissibles sont les frais raisonnables selon la gravité du cas, la pratique courante de la médecine et les tarifs usuels, engagés par une personne assurée.

Toute demande de prestations et toute correspondance doivent comporter le numéro d'identification du participant, du groupe et de l'employeur.

a) Frais hospitaliers, médicaux et paramédicaux à la suite d'un accident de travail ou d'automobile

Les frais médicaux, paramédicaux ou hospitaliers découlant d'un accident de travail ou d'automobile sont remboursables par la CSST ou la SAAQ et non par l'Assureur.

b) Frais d'hospitalisation (chambre à deux lits)

Lors de son admission dans un centre hospitalier, la personne assurée doit présenter sa carte de services d'assurance collective. L'établissement fera parvenir la demande de règlement directement à l'Assureur.

Certains établissements n'acceptent pas la carte de services et la personne assurée doit alors acquitter les frais et transmettre la facture à l'Assureur avec la demande de prestations prévue pour les frais médicaux et paramédicaux.

c) Médicaments (service de paiement automatisé direct)

Lors de l'achat de médicaments prescrits, la personne assurée présente au pharmacien sa carte de services sur laquelle est indiqué son numéro d'identification. La Capitale effectuera automatiquement le paiement pour la partie assurée des médicaments. La personne assurée n'a donc plus à présenter sa demande de prestations à l'Assureur ; elle ne débourse que pour la partie non assurée des médicaments.

d) Frais médicaux et paramédicaux

Les frais doivent être réclamés à l'intérieur des 12 mois qui suivent la date où ils ont été engagés. L'Assureur suggère de réclamer à tous les 3 mois.

– PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Lors d'une demande de prestations de soins de professionnels de la santé, un reçu officiel doit être présenté à l'Assureur.

L'endos du formulaire « Demande de prestations pour frais médicaux » peut servir de reçu et l'estampe ou le sceau du professionnel doit alors y être apposé ainsi que sa signature, son numéro de permis et les dates précises des traitements accompagnés du nom de la personne à qui les traitements ont été rendus. Les reçus informatisés des professionnels et les reçus personnalisés sont également acceptés en autant que les informations précitées y soient indiquées.

– AUTRES FRAIS ADMISSIBLES

Toute autre demande de prestations d'assurance maladie doit être effectuée à l'aide du formulaire « Demande de prestations pour frais médicaux ». Le participant doit joindre les factures originales ou reçus officiels des frais réclamés. Le participant doit conserver une copie des factures envoyées à l'Assureur car aucun original ne sera retourné. L'Assureur peut communiquer avec la personne assurée pour obtenir des renseignements supplémentaires s'il le juge nécessaire pour traiter la demande de prestations.

L'Assureur rembourse les frais réclamés selon les termes du contrat. Les formulaires sont disponibles en format électronique au www.lacapitale.com, sous la rubrique « Pour les particuliers / Assurance collective / Information aux assurés / Téléchargez ou commandez vos formulaires ». Ils peuvent également être transmis par la poste ou par application mobile à la demande du participant.

e) Frais dentaires (service de paiement automatisé direct)

Lors d'une visite chez le dentiste, la personne assurée présente sa carte de services. Le système valide l'admissibilité et indique si les soins sont assurés ainsi que le remboursement qui s'applique. Il n'y a aucun formulaire de demande de prestations à remplir puisque la partie assurée des soins est réclamée directement par le dentiste à l'Assureur.

La personne assurée paie uniquement pour la partie non assurée des soins dentaires. Si le cabinet de dentiste n'est pas relié à ce service, la personne assurée doit acquitter entièrement les frais et faire parvenir une demande de prestations à l'Assureur. À noter qu'il est toujours possible de présenter une demande de prestations de la façon traditionnelle en utilisant le formulaire prévu à cet effet qui est disponible auprès de l'employeur et en ligne.

f) Frais dentaires (plan de traitement)

Avant de s'engager dans une phase importante de traitements, le participant devrait s'informer auprès de l'Assureur des frais qui lui seront remboursés. Pour ce faire, il doit remplir le formulaire de l'Association dentaire canadienne ou de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec disponible chez le dentiste ou le formulaire « Demande de règlement pour soins dentaires » de l'Assureur, en y inscrivant « Plan de traitement ».

g) Assurance vie

Il appartient au bénéficiaire de réclamer la somme assurée en communiquant avec l'Assureur qui lui transmettra le formulaire requis.

Lors du règlement d'une réclamation relative au décès du participant, l'Assureur vérifie auprès de l'employeur le salaire hebdomadaire sur lequel est basé le montant d'assurance vie.

Pour calculer le montant d'assurance vie, le salaire hebdomadaire est multiplié par 52,18.

h) Paiement anticipé d'assurance vie en cas de maladie en phase terminale

Une personne assurée en vertu du régime d'assurance vie dont l'espérance de vie est d'au plus 12 mois peut obtenir le paiement d'une prestation anticipée en présentant une demande écrite à l'Assureur, accompagnée des preuves médicales appropriées et de l'acceptation écrite du bénéficiaire.

La somme des montants versés ne peut excéder 50 000 \$ ou 25 % du montant d'assurance vie de la personne assurée. Le montant d'assurance vie servant à calculer la prestation exclut 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 remplacé par une autre garantie. Après la date du versement, la prime, le cas échéant, continue d'être calculée sur le plein montant d'assurance comme s'il n'y avait pas eu de paiement anticipé. Lors du décès de la personne assurée, le montant payable par l'Assureur est réduit du montant payé à titre de prestation anticipée incluant les intérêts courus sur ce montant au taux annuel de 6 %. L'Assureur n'assume aucune responsabilité quant au traitement fiscal de la prestation. De plus, cet avantage cesse à la terminaison du contrat, même pour les participants exonérés du paiement des primes.

i) Dépôt direct

Le participant qui le désire peut recevoir le remboursement des frais médicaux et soins dentaires par le biais du dépôt direct préautorisé. Un relevé sera émis, confirmant le montant déposé et la date de traitement de la demande de prestations. À cette fin, le participant doit remplir le formulaire d'adhésion « Dépôt direct », qui est disponible auprès de son employeur ou en ligne, et joindre un spécimen de chèque avec la mention « ANNULÉ ».

ASSURANCE VOYAGE

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

Les prestations sont accordées en supplément et non en remplacement des prestations prévues par les programmes gouvernementaux. Le remboursement maximal viager par personne assurée est de 5 000 000 \$.

EXCLUSION ET RÉDUCTION

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

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

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

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

1. Frais admissibles

a) Frais hospitaliers, médicaux et paramédicaux

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

b) Frais de transport

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

- Les frais de rapatriement de la personne assurée à son lieu de résidence par un moyen de transport public adéquat pour qu'elle puisse y recevoir les soins appropriés, dès que son état de santé le permet et dans la mesure où le moyen de transport initialement prévu pour le retour ne peut être utilisé.

Si son état l'exige, l'Assisteur envoie une escorte médicale sur place pour accompagner la personne assurée pendant le rapatriement. Le rapatriement doit être approuvé et planifié par l'Assisteur.

- Lorsque la personne assurée est rapatriée ou transportée, l'Assisteur organise et paie les frais pour le retour, selon le cas, de son conjoint et de ses enfants à charge ou d'un compagnon ou d'une compagne de voyage de la personne assurée, dans la province de résidence de cette dernière, jusqu'à concurrence d'un billet d'avion de ligne régulière, train ou autobus, si les moyens de retour initialement prévus ne peuvent être utilisés.
- Lorsque l'état de santé de la personne assurée ne permet pas de rapatriement médical et que l'hospitalisation hors province doit dépasser sept (7) jours, l'Assisteur organise et paie les frais pour le transport aller-retour d'un proche parent résidant dans la province de résidence de la personne assurée, pour lui permettre de se rendre à son chevet. Le remboursement maximal est de 1 500 \$. Ces frais ne sont cependant pas admissibles au remboursement si la personne assurée était déjà accompagnée par un proche parent âgé de 18 ans ou plus, ou que la nécessité de la visite ne soit pas confirmée par le médecin traitant ou que la visite ne soit pas préalablement approuvée et planifiée par l'Assisteur.
- L'Assisteur prend les dispositions nécessaires pour le retour jusqu'à leur résidence, des enfants de moins de 18 ans accompagnant la personne assurée si, par suite de l'accident ou de la maladie de la personne assurée, celle-ci ou un autre adulte accompagnateur se trouve dans l'incapacité de s'en occuper.
- Lorsqu'une personne assurée est dans l'impossibilité de conduire son véhicule, à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu au cours du voyage, et qu'aucun autre passager ne peut conduire ledit véhicule, l'Assisteur paie les frais engagés, par une agence commerciale, pour le retour du véhicule personnel de la personne assurée ou d'un véhicule de location, à sa résidence ou à l'agence de location appropriée la plus proche, sous réserve d'un remboursement maximal de 1 000 \$.
- Dans le cas du décès de la personne assurée, lorsque nécessaire, l'Assisteur organise et paie les frais d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un proche parent d'aller identifier la dépouille avant le rapatriement, à condition qu'aucun proche parent âgé de 18 ans ou plus n'ait accompagné la personne assurée dans son voyage. Le remboursement maximal est de 1 500 \$.

- Dans le cas du décès de la personne assurée, l'Assisteur paie le coût de la préparation et du retour de la dépouille (excluant le coût du cercueil) jusqu'au lieu d'inhumation dans la province de résidence, sous réserve d'un remboursement maximal de 5 000 \$, ou le coût de crémation ou de l'enterrement sur place, sous réserve d'un remboursement maximal de 3 000 \$.

c) Allocations de subsistance

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

2. Service d'assistance-voyage

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

- Avance de fonds pour les frais couverts, en vertu de l'assurance voyage. Par la suite, l'Assisteur réclame le remboursement des frais engagés à la Régie d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée et à l'Assureur.
- En cas de maladie ou d'accident à l'étranger, l'Assisteur fournit toute information médicale sous forme de conseils simples et de renseignements ainsi que les coordonnées d'un centre médical. Si nécessaire, l'Assisteur facilite l'admission de la personne assurée dans une clinique ou un centre hospitalier approprié.
- Sous réserve des présentes et en cas de maladie ou d'accident de la personne assurée en dehors de sa province de résidence, aussitôt prévenu, l'Assisteur organise les contacts nécessaires entre son service médical, le médecin traitant, et éventuellement le médecin de famille, afin de prendre les décisions les mieux adaptées à la situation.
- L'Assisteur se charge de transmettre les messages urgents lorsque la personne assurée est dans l'impossibilité de les transmettre elle-même.
- L'Assisteur assume l'acheminement, dans la limite du possible, de médicaments indispensables à la poursuite d'un traitement en cours, dans le cas où il est impossible de se les procurer sur place ou d'obtenir leur équivalent.
- Dans tous les cas, les médicaments sont payés par la personne assurée, pour ensuite être remboursés par l'Assureur si admissibles.

- Sur présentation de pièces justificatives, l'Assisteur rembourse à la personne assurée les frais d'appels téléphoniques et autres frais de communication engagés pour avoir accès à ces services en cas de difficulté à l'étranger.
- L'Assisteur fournit sur demande d'une personne assurée, toute information nécessaire en cas de problèmes importants durant le voyage de celui-ci, par suite de la perte de son passeport, visa, carte de crédit, etc.
- L'Assisteur offre à la personne assurée en difficulté à l'étranger, un service téléphonique d'interprètes polyglottes.
- Lorsque la personne assurée fait l'objet de poursuites judiciaires à la suite d'un accident de la circulation, d'infraction au Code de la sécurité routière ou de tout autre délit civil, l'Assisteur fournit une aide en référant des noms d'avocats. Ce service n'est applicable qu'au Canada ou aux États-Unis.

3. Obligations de la personne assurée

AVIS: La personne assurée a l'obligation d'aviser l'Assisteur, dès que possible, de la survenance de l'incident, de l'accident ou de la maladie.

RESTRICTION: Dès qu'elle est en mesure de le faire, la personne assurée doit obtenir l'accord préalable de l'Assisteur avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense. Si la personne assurée manque à cette obligation, l'Assisteur sera relevé de ses obligations envers celle-ci.

BILLETS NON UTILISÉS: Lorsqu'une personne assurée a bénéficié d'un rapatriement aux termes de la garantie d'assurance voyage, l'Assisteur se réserve le droit de réclamer à celui-ci, le titre de transport qu'il détient et non utilisé du fait des services rendus par l'Assisteur.

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

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

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

- lorsque le sinistre a lieu dans la province de la résidence de la personne assurée ;
- lorsque la personne assurée refuse sans raison médicale valable de se conformer aux recommandations de l'Assisteur quant à son rapatriement, au choix du centre hospitalier ou quant aux soins requis ; par soins requis, on entend les traitements nécessaires à la stabilisation de la condition médicale de la personne assurée ;
- s'il y a eu défaut de communiquer dès que possible avec l'Assisteur en cas de consultation médicale ou d'hospitalisation, suite à un accident ou une maladie subite ;
- lorsque les frais sont occasionnés par une grossesse et ses complications dans les huit (8) semaines précédant la date prévue de l'accouchement ;
- lorsque les frais engagés hors de la province de résidence de la personne assurée auraient pu être engagés dans sa province de résidence, sans danger pour la vie ou la santé de la personne assurée, à l'exception des frais immédiatement nécessaires par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie subite. Le seul fait que les soins pouvant être prodigués dans la province de résidence soient de qualité inférieure à ceux qui peuvent l'être hors de cette province ne constitue pas, au sens de la présente exclusion, un danger pour la vie ou la santé de la personne assurée ;
- lorsque les frais hospitaliers sont engagés dans des hôpitaux pour malades chroniques, ou dans un service pour malades chroniques dans un centre hospitalier, ou pour des patients qui se trouvent dans des maisons de soins prolongés ou des stations thermales ;
- pour une chirurgie ou un traitement facultatif ou non urgent, ou si le voyage a été entrepris dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non ;

- pour un accident survenu lors de la participation de la personne assurée à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteurs ou à tout genre d'épreuve de vitesse, au vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, au saut à l'élastique (bungee jumping) ou à toute autre activité dangereuse ; ne sont pas considérées dangereuses les activités autres que celles mentionnées ci-dessus et qui sont offertes au grand public dans les endroits de villégiatures, telles que le ski alpin et la plongée sous-marine ;
- suite à l'absorption volontaire et abusive de médicaments ou de drogues et les conditions qui s'ensuivent ;
- pour les services de rapatriement et d'assistance voyage, lorsque le sinistre a lieu dans un pays en état de guerre déclarée ou non, d'instabilité politique notoire, ou pour lequel le gouvernement du Canada a émis une recommandation incitant les Canadiens à ne pas y voyager, lors d'émeute, de mouvement populaire, de représailles, de restrictions à la libre circulation, de grève, d'explosion, d'activité nucléaire, de radioactivité et autres cas de force majeure rendant matériellement impossible l'intervention de l'Assisteur, et ce, même si l'état de la personne assurée ne résulte pas des tels événements ou situations.

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

EN CAS D'URGENCE
<p>Veillez prendre note que les informations apparaissant sur votre carte de services sont nécessaires lorsque vous désirez joindre les services de l'Assisteur dont les numéros apparaissent ci-après :</p> <p>Au Canada et aux États-Unis : 1 800 363-9050</p> <p>À travers le monde à frais virés : 1 514 985-2281</p>

AVANT DE PARTIR
<p>N'oubliez pas d'apporter votre carte de services car elle est requise pour communiquer avec l'Assisteur.</p>

ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

L'Assureur rembourse, selon les modalités décrites, 100 % des frais engagés par une personne assurée suite à l'annulation ou l'interruption d'un voyage dans la mesure où les frais engagés ont trait à des frais de voyages 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 5 000 \$ par voyage, par personne assurée.

1. Causes d'annulation ou d'interruption

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

- une maladie ou un accident empêchant 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 ;
- le décès de la personne assurée, de son conjoint, d'un enfant de la personne assurée ou de son conjoint, du compagnon de voyage ou d'un associé en affaires ;
- le décès d'un proche parent de la personne assurée autre que son conjoint ou de son enfant ou d'un proche parent du compagnon de voyage si les funérailles ont lieu au cours de la période prévue du voyage ou dans les 14 jours qui la précèdent ;
- le décès ou l'hospitalisation d'urgence de l'hôte à destination ;
- la convocation de 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 du litige et ait entrepris les démarches nécessaires pour obtenir un report de la cause ;
- 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 ;
- le détournement de l'avion à bord duquel la personne assurée voyage ;
- 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 ;

- 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 ;
- le terrorisme ou toute autre situation dans le pays où se rend la personne assurée, à la condition que le gouvernement du Canada émette une recommandation incitant les canadiens à ne pas voyager dans ce pays pour une période couvrant la durée prévue du voyage et que la recommandation soit émise après que les frais eurent été engagés ;
- un départ manqué dû à un retard du moyen de transport utilisé pour se rendre au point de départ, à la condition que l'horaire du moyen de transport utilisé prévoyait une arrivée au moins 3 heures avant le départ ou au moins 2 heures si la distance à parcourir était inférieure à 100 kilomètres. La cause du retard doit être, soit les conditions atmosphériques, soit des difficultés mécaniques (sauf pour une automobile privée), soit un accident de la circulation, soit la fermeture d'urgence d'une route, chacune des deux dernières causes devant être appuyée par un rapport de police ;
- les conditions atmosphériques retardant le départ du transporteur public utilisé par 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 ;
- un sinistre survenant à la place d'affaires ou sur les lieux physiques où doit se tenir une activité à caractère commercial et rendant impossible la tenue de l'activité de sorte qu'un avis écrit annulant l'activité est émis par l'organisme officiel responsable de son organisation ;
- la perte involontaire de l'emploi de la personne salariée ou de son conjoint, pourvu que la personne concernée était à l'emploi chez le même employeur depuis plus d'un an.

2. Frais couverts

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

- En cas d'annulation avant le départ :
 - a) La portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance.

- b) Les frais supplémentaires engagés par 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.
 - c) 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.
- Si un départ est manqué, au début ou au cours du voyage, pour une des raisons prévues à la présente garantie, le coût supplémentaire exigé par un transporteur public à horaire fixe pour un billet en classe économique par la route la plus directe jusqu'à la destination prévue.
 - Si le retour est anticipé ou retardé :
 - a) Le coût supplémentaire d'un billet simple, en classe économique, par la route la plus directe pour le retour jusqu'au point de départ par le moyen de transport prévu initialement ou si ce dernier ne peut être utilisé, les frais exigés par un transporteur public à horaire fixe, en classe économique, selon le moyen de transport le plus économique, par la route la plus directe pour le retour jusqu'au point de départ ; ces frais doivent au préalable être convenus avec l'Assureur.
 - b) Toutefois, si le retour de la personne assurée est retardé de plus de 7 jours à la suite d'une maladie ou d'un accident subi par la personne assurée ou son compagnon de voyage, les frais engagés sont couverts pour autant que la personne concernée ait été admise dans un centre hospitalier à titre de patient interne pendant plus de 48 heures à l'intérieur de ladite période de 7 jours.
 - c) La portion non utilisée et non remboursable de la partie terrestre des frais de voyage payés d'avance.

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

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

- si le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non ;

- si le voyage est entrepris dans le but de visiter une personne malade ou ayant subi un accident et que l'annulation ou l'interruption du voyage résulte de décès ou d'une détérioration de la condition médicale de cette personne ;
- une guerre, déclarée ou non, ou la participation active à une insurrection réelle ou appréhendée ;
- la participation active de la personne assurée ou de son compagnon de voyage à un acte criminel ou réputé tel ;
- la grossesse ou les complications en résultant dans les huit (8) semaines précédant la date prévue de l'accouchement ;
- 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 soit saine d'esprit ou non ;
- lorsqu'il y a absorption par la personne assurée de médicaments, de drogues ou d'alcool en quantité toxique ;
- la participation à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteurs ou à tout genre d'épreuve de vitesse, ou vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, au saut à l'élastique (bungee jumping) ou à toute autre activité dangereuse ;
- une condition médicale pour laquelle la personne assurée ou son compagnon de voyage a été hospitalisé ou a reçu ou s'est fait prescrire un traitement médical ou pour laquelle elle a consulté un médecin dans les 90 jours précédant la date où les frais de voyage sont engagés, sauf s'il est prouvé à la satisfaction de l'Assureur que la condition de la personne concernée est stabilisée au moment où les frais ont été engagés. Un changement quant à un médicament, à la posologie ou à son utilisation est considéré comme étant un traitement médical ;
- lorsque le sinistre est relié à toute condition connue de la personne assurée ou de son compagnon de voyage et sujette à des périodes d'aggravation soudaine qui ne peuvent être contrôlées par un médicament ou autrement ;
- si l'activité visée est la chasse ou la pêche.

4. Délai pour demander l'annulation

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

5. Coordination

Les prestations payables en vertu de la présente garantie sont réduites de tout montant payable en vertu d'un autre contrat d'assurance individuel ou collectif. Sont également exclus les frais engagés pour lesquels la personne assurée ne serait pas tenue de payer en l'absence de la garantie.

SI VOUS DEVEZ ANNULER VOTRE VOYAGE OU QUE VOUS DEVEZ L'INTERROMPRE
<p>Vous devez absolument communiquer avec l'Assisteur aux numéros suivants avant d'engager des frais.</p> <p>Au Canada et aux États-Unis : 1 800 363-9050</p> <p>À travers le monde à frais virés : 1 514 985-2281</p>

POUR NOUS JOINDRE

LA CAPITALE ASSUREUR DE L'ADMINISTRATION PUBLIQUE INC.

Québec
625, rue Jacques-Parizeau
Québec (Québec) G1R 2G5
418 644-4200

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

Adresser tout courrier à :
Case Postale 1500
Québec (Québec) G1K 8X9

Numéro sans frais : 1 800 463-4856

Télécopieur : 418 644-5226
Courriel : collectif@lacapitale.com
Application mobile La Capitale

ASSURANCE VOYAGE

Au Canada et aux États-Unis : **1 800 363-9050**
Ailleurs dans le monde à frais virés : **514 985-2281**

AIDE-MÉMOIRE

Numéro de groupe : **6000**

Numéro d'employeur :

Numéro d'identification :

Personne contactée :

Numéro de téléphone :

Numéro de télécopieur :

Adresse courriel :