

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

À L'INTENTION
DES EMPLOYÉS DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC ET
DES ORGANISMES AFFILIÉS MEMBRES DE
L'ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES INGÉNIEURS
DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC



Titulaire du régime : **L'ASSOCIATION PROFESSIONNELLE
DES INGÉNIEURS DU
GOUVERNEMENT DU QUÉBEC
(APIGQ)**

N° de police : **24060**

***Pour la période du 1^{er} juillet 2009
au 30 juin 2010 inclusivement***

À TOUS LES MEMBRES DE L'APIGQ

Votre comité syndical des assurances collectives vous présente cette brochure contenant les principales dispositions et conditions de vos garanties d'assurance collective.

Les modalités de ces garanties d'assurance ont été déterminées en considération de vos besoins, tout en tenant compte des prestations prévues en vertu des différents régimes gouvernementaux.

Vous voudrez bien lire attentivement cette brochure afin de connaître toutes les garanties d'assurance auxquelles vous avez droit.

Veillez conserver cette brochure pour consultation ultérieure.

Dans le présent document, la forme masculine désigne tant les femmes que les hommes.

TABLE DES MATIÈRES

	Page
TABLEAU SOMMAIRE	1
1. DÉFINITIONS	13
2. GARANTIES DE BASE OBLIGATOIRES	16
2.1 ASSURANCE MALADIE (INCLUANT ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA ET ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE)	16
2.2 ASSURANCE EN CAS DE MUTILATION OU DE PERTE D'USAGE D'UN MEMBRE SUITE À UNE MALADIE OU À UN ACCIDENT	38
3. GARANTIES OPTIONNELLES	42
3.1 ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE	42
3.2 ASSURANCE REVENU EN CAS D'INVALIDITÉ PROLONGÉE	49
3.3 ASSURANCE VIE DE L'ADHÉRENT	56
3.4 ASSURANCE EN CAS DE MORT ACCIDENTELLE	59
3.5 ASSURANCE VIE POUR LES PERSONNES À CHARGE	61
4. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	63
4.1 ADMISSIBILITÉ	63
4.2 ADHÉSION	64
4.3 DROIT D'EXEMPTION	66
4.4 DEMANDE D'ADHÉSION ET PREUVES D'ASSURABILITÉ	66
4.4.1 POUR L'EMPLOYÉ	66
4.4.2 POUR LES PERSONNES À CHARGE	68
4.5 DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE	70
4.5.1 POUR L'EMPLOYÉ	70
4.5.2 POUR LES PERSONNES À CHARGE	71
4.6 CHANGEMENT DE PROTECTION	71
4.7 TERMINAISON DE L'ASSURANCE	73
4.8 ABSENCE AU TRAVAIL DE L'ADHÉRENT	75

TABLE DES MATIÈRES (suite)

4.9	BÉNÉFICIAIRE DE L'ASSURANCE VIE DE L'ADHÉRENT ET DE L'ASSURANCE DÉCÈS EN CAS DE MORT ACCIDENTELLE	78
4.10	EXONÉRATION DE PRIME EN CAS D'INVALIDITÉ	78
4.11	PROLONGATION	79
4.11.1	ADHÉRENT	79
4.11.2	PERSONNES À CHARGE	79
4.12	DROIT DE TRANSFORMATION	80
4.12.1	ASSURANCE MALADIE	80
4.12.2	ASSURANCE VIE DE L'ADHÉRENT	80
4.12.3	ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE	81
4.12.4	ASSURANCE MUTILATION, ASSURANCE DÉCÈS ACCIDENTEL OU ASSURANCE REVENU EN CAS D'INVALIDITÉ PROLONGÉE	81
4.13	ADHÉRENTS ÂGÉS DE 65 ANS OU PLUS	81

ANNEXE

COMMENT FAIRE UNE DEMANDE DE PRESTATIONS ?	(i)
AUTRES RENSEIGNEMENTS	(v)
GRILLE DES TAUX	(viii)
CESSATION D'EMPLOI	(x)

TABLEAU SOMMAIRE

A. GARANTIES DE BASE (OBLIGATOIRES)

ASSURANCE MALADIE DE BASE

FRAIS MÉDICAUX AU CANADA

Franchise ⁽¹⁾

– protection individuelle :	50 \$
– protection monoparentale :	75 \$
– protection familiale :	100 \$

Remboursement : 75% des premiers 2 600 \$ des frais engagés par certificat par année civile et 100% de l'excédent

Maximum : Illimité

⁽¹⁾ *La franchise ne s'applique qu'une seule fois par année civile sur l'ensemble des frais couverts engagés par l'adhérent, son conjoint et ses enfants à charge.*

FRAIS D'URGENCE HORS DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE et SERVICE D'ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA

Franchise :	Remboursement :	Maximum :
aucune	100%	5 000 000 \$ par personne assurée, par séjour hors de la province de résidence

ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

Franchise :	Remboursement :	Maximum :
aucune	100%	5 000 \$ par personne assurée, par voyage

Les personnes à charge, s'il y a lieu, sont assurées en vertu de la présente garantie.

Terminaison : À la retraite du participant.

TABLEAU SOMMAIRE (SUITE)

A. GARANTIES DE BASE (OBLIGATOIRES) - suite

ASSURANCE MALADIE DE BASE - suite

FRAIS COUVERTS	MAXIMUM	REMBOURSEMENT
Médicaments ⁽¹⁾	Carte médicaments : ESI différé Médicaments disponibles sur ordonnance seulement - Produits antitabac : maximum de 600 \$ par année civile par assuré (tel que déterminé par la RAMQ)	75% des premiers 2 600 \$ de frais admissibles par certificat et 100% de l'excédent
Frais d'hospitalisation, frais médicaux et honoraires professionnels engagés à l'extérieur du Québec pour des soins ou traitements non disponibles au Québec	Maximum« : illimité	
Honoraires d'infirmiers ⁽¹⁾	Frais admissibles de 300 \$ par jour; Remboursement maximum de 3 000 \$ par année civile par personne assurée	
Ambulance	Transport en ambulance Maximum : illimité	
Stérilets ⁽¹⁾	Maximum : illimité	
Membres artificiels ou appareils prothétiques ⁽¹⁾	Frais admissibles de 5 000 \$ par membre ou prothèse, par 36 mois	
Fauteuil roulant ou lit d'hôpital ⁽¹⁾	Usage temporaire seulement. Maximum : illimité	

⁽¹⁾ *Recommandation médicale nécessaire*

TABLEAU SOMMAIRE (SUITE)

A. GARANTIES DE BASE (OBLIGATOIRES) - suite

ASSURANCE MALADIE DE BASE - suite

FRAIS COUVERTS	MAXIMUM	REMBOURSEMENT
Orthèses, bandages herniaires, pansements, bandages spéciaux dans le cas de brûlures graves, corsets, béquilles, attelles, plâtres, chaussures orthopédiques et autres appareils orthopédiques ⁽¹⁾	Maximum : illimité	75% des premiers 2 600 \$ de frais admissibles par certificat et 100% de l'excédent
Radiographies, analyses de laboratoire et électrocardiogramme ⁽¹⁾	Maximum : illimité	
Injections sclérosantes ⁽¹⁾	Frais admissibles de 20 \$ par traitement pour la substance injectée	
Soins dentaires à la suite d'une blessure accidentelle	Soins reçus dans les 12 mois suivant l'accident	
Prothèses auditives ⁽¹⁾	Frais admissibles de 625 \$ par période de 48 mois, par personne assurée	
Réflexomètres (glucomètres) ⁽¹⁾	Frais admissibles de 300 \$ par période de 60 mois	
Appareils thérapeutiques ⁽¹⁾	Remboursement maximum de 10 000 \$ à vie, par personne assurée	

⁽¹⁾ *Recommandation médicale nécessaire*

TABLEAU SOMMAIRE (SUITE)

A. GARANTIES DE BASE (OBLIGATOIRES) - suite

ASSURANCE MALADIE DE BASE - suite

FRAIS COUVERTS	MAXIMUM	REMBOURSEMENT
Chirurgie esthétique à la suite d'un accident ⁽¹⁾	Remboursement maximum de 5 000 \$ par accident Frais engagés dans les 36 mois suivant l'accident Traitements débutés dans les 12 mois suivant l'accident	75% des premiers 2 600 \$ de frais admissibles par certificat et 100% de l'excédent
Neurostimulateurs percutanés ⁽¹⁾	Frais admissibles de 1 000 \$ par personne assurée par période de 60 mois	

⁽¹⁾ *Recommandation médicale nécessaire*

TABLEAU SOMMAIRE (SUITE)

A. GARANTIES DE BASE (OBLIGATOIRES) - suite

MUTILATION OU PERTE D'USAGE D'UN MEMBRE À LA SUITE D'UNE MALADIE OU D'UN ACCIDENT

MUTILATION OU PERTE D'USAGE	MONTANT DE LA PRESTATION
• Les membres supérieurs et inférieurs (2 bras et 2 jambes)	40 000 \$
• Les membres inférieurs (2 jambes)	40 000 \$
• Hémiplégie (1 bras et 1 jambe)	40 000 \$
• Les membres supérieurs (2 bras)	40 000 \$
• Un bras ou une jambe	20 000 \$
• La vue des 2 yeux	30 000 \$
• Les 2 mains ou les 2 pieds	40 000 \$
• Une main ou un pied	20 000 \$
• L'ouïe des 2 oreilles	10 000 \$
• La parole	10 000 \$
• Le pouce et l'index	5 000 \$

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

B. GARANTIES OPTIONNELLES

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

FRAIS COUVERTS	MAXIMUM	REMBOURSEMENT
Frais hospitaliers au Canada ⁽¹⁾	Chambre semi-privée, sans limite quant au nombre de jours	100%
Maison de convalescence ⁽¹⁾	20 \$ par jour, par personne assurée	100%
Chiropraticien	Frais admissibles de 30 \$ par traitement et de 40 \$ par radiographie 1 traitement par personne assurée par jour	75% Remboursement maximum de 750 \$ par personne assurée par année civile, pour l'ensemble de ces professionnels
Ergothérapeute, orthophoniste, audiologiste et physiothérapeute	Frais admissibles de 50 \$ par traitement pour chacun de ces spécialistes 1 traitement par personne assurée par jour	
Ostéopathe, naturopathe, homéopathe, diététiste ⁽¹⁾, podiatre et acupuncteur	Frais admissibles de 30 \$ par traitement ou consultation pour chacun de ces spécialistes 1 traitement ou consultation par personne assurée par jour	
Psychiatre, psychanalyste et psychologue	1 traitement par personne assurée par jour pour chacun de ces spécialistes	
SOINS À DOMICILE		
Services d'aide à domicile Frais pour la garde des enfants Frais de transport	60 \$ par jour 25 \$ par jour par unité familiale Maximum global de 30 \$ par jour; 3 déplacements (aller et retour) par semaine; 0,25 \$ du kilomètre pour l'utilisation d'une voiture privée.	

Maximum global	2 périodes de convalescence par année civile
----------------	--

(1) *Recommandation médicale nécessaire*

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

B. GARANTIES OPTIONNELLES - suite

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

Prestation mensuelle	<p>Avant l'âge de 65 ans :</p> <ul style="list-style-type: none">- Après l'épuisement du délai de carence en autant que l'adhérente invalide reçoive des prestations d'assurance traitement de l'employeur, l'assureur verse une rente mensuelle égale au complément nécessaire pour atteindre 90% du traitement net de l'adhérent.- Par la suite, l'assureur verse une rente mensuelle égale à 90% du traitement net de l'adhérent. <p>À compter de 65 ans : voir la description de la garantie dans le présent document.</p>
Délai de carence	<p>Ne peut être inférieur à :</p> <ul style="list-style-type: none">- 6 mois, ou- la période correspondant à l'épuisement de la banque de congés de maladie.
Taux d'indexation annuelle	Indice utilisé par le RRQ, maximum de 4%.
Les prestations sont non imposables.	

NOTE : La garantie d'assurance maladie complémentaire est indissociable de la garantie d'assurance salaire de longue durée.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

C. GARANTIE OPTIONNELLE D'ASSURANCE VIE

ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT

- Une fois le salaire annuel (arrondi au 5 \$ suivant)
- Des preuves d'assurabilité sont requises pour l'adhérent de 45 ans et plus.
- Indexation : advenant une invalidité donnant droit à l'exonération des primes, le montant d'assurance vie de base est augmenté de 4% le 1^{er} janvier de chaque année.

Pour l'assuré qui demeure actif après son 65^e anniversaire, ce dernier peut conserver un montant égal à 25%, 50%, 75% ou 100% de son salaire. Par défaut, le choix serait de conserver 100% du salaire annuel.

ASSURANCE VIE DE BASE POUR CONJOINT ET ENFANTS ⁽¹⁾

Conjoint : 6 000 \$

Enfant : 6 000 \$ (âgé de 24 heures et plus)

Cessation à la retraite de l'adhérent.

ASSURANCE VIE EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL DE L'ADHÉRENT ⁽¹⁾

Une fois le salaire annuel (arrondi au 5 \$ suivant)

Cessation à 65 ans ou retraite si antérieure.

⁽¹⁾ La participation à cette garantie nécessite la participation à la garantie d'assurance vie de base de l'adhérent.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

C. GARANTIE OPTIONNELLE D'ASSURANCE VIE - suite

ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENT ⁽¹⁾

1, 2 ou 3 fois le salaire annuel (arrondi au 5 \$ suivant)

Des preuves d'assurabilité selon l'âge ou le montant (voir tableau ci-dessous).

Cessation à la retraite de l'adhérent.

Âge de l'adhérent	Vie additionnelle		
	1 fois*	2 fois*	3 fois*
Moins de 30 ans	SP	SP	P
30 à 34 ans	SP	P	P
35 à 44 ans	P	P	P
45 ans et plus	P	P	P

* Montant exprimé en multiple du traitement

SP : sans preuve d'assurabilité
P : avec preuve d'assurabilité

⁽¹⁾ La participation à cette garantie nécessite la participation à la garantie d'assurance vie de base de l'adhérent.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

C. GARANTIE OPTIONNELLE D'ASSURANCE VIE - suite

ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE POUR LE CONJOINT ⁽¹⁾

- Pour le conjoint d'un adhérent âgé de moins de 65 ans :
1 à 10 unités de 10 000 \$

- Pour le conjoint d'un adhérent âgé de 65 ans et plus :
À compter de la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 65 ans,
le montant additionnel de protection ne peut excéder 10 000 \$.

Dans tous les cas, des preuves d'assurabilité doivent être soumises.

⁽¹⁾ La participation à cette garantie nécessite la participation à la garantie d'assurance vie de base de l'adhérent ainsi qu'à la garantie d'assurance vie de base pour le conjoint et les enfants à charge.

Pour plus de détails, vous référer à la section explicative de la garantie dans la présente brochure.

1. DÉFINITIONS

On entend par

- a) **«accident»** un événement non intentionnel, soudain, fortuit et imprévisible qui est dû exclusivement à une cause externe de nature violente et qui occasionne, directement et indépendamment de toute autre cause, des lésions corporelles;
- b) **«adhérent»** tout employé qui est admissible à l'assurance et qui est assuré en vertu du présent régime;
- c) **«âge»** l'âge atteint au dernier anniversaire de naissance de l'adhérent;
- d) **«alcoolisme ou toxicomanie»** l'intoxication qui provoque des troubles physiques ou psychiques permanents, ou encore l'habitude qui fait qu'une personne ne peut plus se dispenser d'alcool ou de drogues sans ressentir des troubles physiques prononcés, et non pas le simple fait d'absorber de l'alcool en plus ou moins grande quantité ou d'utiliser des drogues de temps à autre;
- e) **«Association»** l'Association professionnelle des ingénieurs du gouvernement du Québec (APIGQ);
- f) **«assureur»** Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.;
- g) **«conjoint»** une personne liée à l'adhérent par un mariage légalement reconnu ou, si l'adhérent la désigne par écrit à l'assureur, une personne qu'il présente publiquement comme son conjoint, avec qui il fait régulièrement vie commune et parent d'un enfant issu de leur union ou, en l'absence de tel enfant, avec qui il fait régulièrement vie commune depuis au moins 1 an étant précisé que la dissolution du mariage par divorce ou annulation fait perdre ce statut de conjoint, de même que la séparation de fait depuis plus de 3 mois dans le cas d'un mariage non légalement reconnu. La désignation de cette personne prend effet au moment de sa notification et annule la couverture de la personne désignée antérieurement comme conjoint;
- h) **«convention collective»** la convention collective telle que définie au Code du travail, ainsi que tout règlement de cette convention;
- i) **«employé»** une personne en poste au pays ou à l'étranger ou une personne à l'emploi d'un employeur, visé par les conditions de travail s'appliquant aux membres de l'Association professionnelle des

ingénieurs du gouvernement du Québec ou d'une association syndicale reconnue par le titulaire;

- j) **«employeur»** le gouvernement du Québec et les organismes acceptés par le titulaire;
- k) **«enfant à charge»** tout enfant célibataire
 - i) de l'adhérent, de son conjoint ou des deux y compris l'enfant légalement adopté ou pour lequel des procédures légales d'adoption sont entreprises ou une ordonnance de placement, conformément au régime d'adoption, a été délivrée, ou;
 - ii) à l'égard duquel l'adhérent ou son conjoint exerce l'autorité parentale ou l'exercerait si l'enfant était mineur, résidant ou domicilié au Canada et dont l'adhérent ou le conjoint assume le soutien;

Cet enfant doit être :

- âgé de moins de 18 ans;
- âgé de 18 ans ou plus, mais de moins de 26 ans, étudiant à temps plein dans une institution d'enseignement reconnue, moyennant présentation annuellement d'une preuve à la satisfaction de l'assureur;
- quel que soit son âge
 - atteint d'une invalidité totale alors qu'il répondait aux dispositions précédentes d'«enfant à charge» et est demeuré continuellement invalide depuis cette date, ou
 - atteint d'une déficience fonctionnelle définie dans le règlement sur le Régime général d'assurance médicaments (L.R.Q., c. A-29.01, r.2) survenue alors qu'il répondait aux dispositions précédentes d'«enfant à charge», ne recevant aucune prestation en vertu d'un programme d'aide de dernier recours prévu à la Loi sur la sécurité du revenu et domicilié chez l'adhérent;
- l) **«hôpital»** un centre hospitalier au sens de la loi et des règlements sur les Services de santé et les Services sociaux (L.R.Q., ch. S. 5); à l'extérieur du Québec, le terme signifie tout établissement répondant aux mêmes normes;

- m) **«invalidité totale»** un état d'incapacité résultant d'une maladie, d'une grossesse ou d'un accident, qui exige des soins médicaux continus et qui pendant le délai de carence de la garantie d'assurance revenu en cas d'invalidité prolongée et les 24 mois qui suivent, empêche complètement l'adhérent d'exercer toutes et chacune des fonctions de son occupation régulière et, après cette période empêche complètement l'adhérent d'exercer tout travail rémunérateur auquel il est raisonnablement apte suivant son éducation, son entraînement et son expérience; les soins continus ne sont pas requis si l'invalidité résulte de la perte de membres ou de la vue, ou qu'elle puisse être établie définitivement à la satisfaction de l'assureur;
- n) **«médecin»** le médecin membre en règle de sa corporation professionnelle;
- o) **«même période d'invalidité totale»**
- i) durant l'utilisation de la banque de congés de maladie et les 52 semaines subséquentes : toute période d'invalidité totale, ou des périodes successives d'invalidité totale séparées par moins de 15 jours de travail effectif à temps plein ou de disponibilité pour un travail à temps plein, à moins que l'employé n'établisse à la satisfaction de l'employeur qu'une période subséquente est attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la clause de l'invalidité précédente;
 - ii) par la suite, durant les 52 semaines subséquentes : toute période d'invalidité totale, ou des périodes successives d'invalidité totale séparées par moins de 30 jours de travail effectif à temps plein ou de disponibilité pour un travail à temps plein, à moins que l'employé n'établisse à la satisfaction de l'employeur qu'une période subséquente est attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente;
 - iii) après l'utilisation de la banque de congés de maladie et les 104 semaines subséquentes : toutes période d'invalidité totale, ou des périodes successives d'invalidité totale résultant d'une même maladie, même grossesse ou même accident, séparées par des intervalles de travail à temps plein ou à temps partiel de moins de 180 jours, à moins que l'invalidité totale, pendant une période, ne résulte d'une maladie, d'une grossesse ou d'un accident qui a causé l'invalidité totale pendant la période précédente et que l'invalidité totale ne débute qu'après le retour

au travail. et ce, à compter de la date de la demande de l'assureur;

- p) **«non-fumeur»** une personne assurée n'ayant pas fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit au cours des 12 mois qui précèdent la date de la signature de sa demande de participation à toute garantie du présent régime.

Il est entendu que l'assureur peut demander périodiquement une confirmation de statut non-fumeur; la personne assurée doit être alors en mesure de répondre aux exigences en vigueur à cette date et retourner sa confirmation dans les 30 jours suivant la demande, faute de quoi la personne assurée perd son statut de non-fumeur et ne bénéficie plus de la réduction de prime qui s'y rattache et ce, à compter de la date de la demande de l'assureur;

- q) **«personne assurée»** un employé, un retraité, le conjoint ou l'un de leurs enfants à charge assuré en vertu du présent régime;
- r) **«personne à charge»** le conjoint de l'adhérent et les enfants de l'adhérent ou de son conjoint, le cas échéant;
- s) **«régime antérieur»** le régime en vigueur immédiatement avant la date initiale d'entrée en vigueur du présent régime, soit celui en vigueur le 8 juillet 2004;
- t) **«traitement»** le traitement ou salaire de l'adhérent déterminé en vertu de sa convention collective de travail ou de tout règlement en tenant lieu pour établir la protection prévue au présent régime.

2. GARANTIES DE BASE OBLIGATOIRES

2.1 ASSURANCE MALADIE (INCLUANT ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA ET ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE)

Lorsqu'un adhérent, son conjoint ou l'un de ses enfants à charge engage certains des frais décrits plus bas et non payés en vertu d'autres garanties du présent régime, l'assureur paie 75% des premiers 2 600 \$ des frais réellement engagés par certificat par année civile et 100% de l'excédent, sauf si spécifié autrement, après déduction d'une franchise annuelle de :

- 50,00 \$ pour une protection individuelle;
- 75,00 \$ pour une protection monoparentale;
- 100,00 \$ pour une protection familiale.

La franchise ne s'applique qu'une seule fois par année civile sur l'ensemble des frais couverts engagés par l'adhérent, son conjoint et ses enfants à charge.

Les frais engagés durant les 3 derniers mois d'une même année civile et qui ont été utilisés pour satisfaire en totalité ou en partie la franchise réduisent d'autant la franchise de l'année suivante.

Nonobstant toute autre disposition du régime à ce contraire, l'assureur paie 100% des frais réellement engagés en regard aux garanties d'assistance médicale hors du Canada et d'assurance annulation de voyage. La franchise annuelle ne s'applique pas aux garanties d'assistance médicale hors du Canada et d'assurance annulation de voyage.

La présente garantie couvre les frais dans la mesure où ils s'appliquent à des fournitures ou services prescrits par un médecin, sauf si spécifié autrement, comme nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure ou requis lors ou à la suite d'une grossesse.

a) **Frais couverts**

- i) **Médicaments** ne pouvant être obtenus que sur ordonnance ou vendus sous contrôle pharmaceutique, porteurs d'un DIN (Drug Identification Number) valide émis par le gouvernement fédéral, prescrits par un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire, disponibles exclusivement en pharmacie et vendus par un pharmacien ou par un professionnel de la santé conformément à l'article 37 de la *Loi sur la pharmacie*, sur présentation des comptes convenablement détaillés et dûment acquittés.

Les médicaments visés par la présente clause sont ceux inscrits à l'édition courante du fichier de l'AQPP («Association québécoise des pharmaciens propriétaires») et dont l'utilisation est conforme aux indications approuvées par les autorités gouvernementales ou, à défaut, aux indications données par le fabricant. Certains de ces médicaments, communément appelés «médicaments d'exception dans la liste RAMQ», ne sont toutefois couverts que dans les cas, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminés par le règlement applicable au Régime général d'assurance médicaments. Un

médicament d'exception est celui qui requiert une autorisation préalable de l'assureur.

Les produits antitabac dits «médicaments d'exception dans la liste RAMQ» ne sont couverts que dans les cas, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminés par le règlement applicable au Régime général d'assurance médicaments.

L'ensemble des autres produits antitabac couverts sous le Régime général d'assurance médicaments sont sujets à un maximum global de frais admissibles de 600 \$ par année civile par personne assurée.

Dans le cas de médicaments injectés en cabinet privé d'un professionnel de la santé, seule la substance injectée est couverte et non l'acte médical. À cet égard, les substances injectées administrées pour des raisons médicales mais non esthétiques sont couvertes jusqu'à concurrence de frais admissibles de 20 \$ par traitement.

Sont également couverts par la présente clause les stérilets prescrits par un médecin.

La présente clause ne couvre pas les produits suivants, qu'ils soient considérés ou non comme un médicament :

- produits grand-public (GP);
- produits utilisés à des fins esthétiques, cosmétiques ou pour hygiène corporelle;
- substances ou médicaments utilisés ou administrés à titre préventif;
- médicaments de nature expérimentale ou obtenus en vertu du programme fédéral de médicaments d'urgence;
- produits homéopathiques ou dits naturels;
- produits antitabac, sauf ceux spécifiquement couverts sous le Régime général d'assurance médicaments;
- suppléments diététiques servant à compléter ou à remplacer l'alimentation;

Toutefois, les suppléments diététiques prescrits dans le traitement d'une maladie du métabolisme clairement identifiée, aux conditions et pour les indications thérapeutiques détermi-

nés par le règlement applicable au Régime général d'assurance médicaments demeurent couverts. La seule preuve acceptée à cet effet sera un rapport médical complet décrivant à la satisfaction de l'assureur toutes les conditions justifiant la prescription du produit non autrement couvert.

- écrans solaires;

Toutefois, les écrans solaires répondant aux conditions prévues à la présente clause et nécessaires aux personnes atteintes d'une maladie requérant de tels produits peuvent être couverts. La seule preuve acceptée à cet effet sera un rapport médical complet décrivant à la satisfaction de l'assureur toutes les conditions justifiant la prescription du produit non autrement couvert.

- médicaments servant à traiter l'infertilité ou servant à l'insémination artificielle ou à la fécondation in vitro;
- hormones de croissance dont les caractéristiques diagnostiques ne permettent pas l'entrée dans le Régime général d'assurance médicaments sur la base des critères d'inclusion prédéterminés;
- médicaments fournis en cours d'hospitalisation ou par un département de pharmacie d'un hôpital ou administrés à l'hôpital;
- médicaments servant à traiter les dysfonctions érectiles, administrés uniquement par voie orale (Viagra et autres médicaments similaires).

La contribution du patient exigée pour une personne assurée couverte sous le Régime général d'assurance médicaments par la Régie de l'assurance-maladie du Québec n'est pas couverte par la présente clause.

La présente clause ne doit pas avoir pour effet d'exclure une fourniture ou un service pharmaceutique autrement couvert sous le Régime général d'assurance médicaments.

- ii) Les **frais d'hospitalisation** incluant les frais de chambre, pension, services généraux de l'hôpital, médicaments, radiographies et analyses de laboratoire, engagés **à l'extérieur du Québec** et préautorisés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec parce que dus à des soins ou traitements non disponibles au Québec. Les frais doivent faire l'objet de

prestations en vertu de la Loi sur l'assurance hospitalisation du Québec. Les frais couverts sont ceux qui excèdent les prestations payées en vertu de la *Loi sur l'assurance hospitalisation du Québec*.

- iii) Les **honoraires professionnels de médecin** engagés à l'**extérieur du Québec** pour des services médicaux, chirurgicaux et d'anesthésie, préautorisés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec parce que non disponibles au Québec. Ces frais doivent faire l'objet de prestations par la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Les frais couverts sont ceux qui excèdent les prestations payées par la Régie de l'assurance-maladie du Québec.
- iv) Sans prescription médicale, les frais de transport d'une personne assurée en direction ou en provenance d'un hôpital par un service **d'ambulance** licencié, par train ou par avion dans le cas où la nécessité médicale est prouvée à la satisfaction de l'assureur et qu'une partie du trajet doit s'effectuer par ce moyen et traitement d'oxygénothérapie durant ou immédiatement avant le transport.
- v) Honoraires **d'une infirmière ou d'un infirmier licencié ou d'une infirmière ou d'un infirmier auxiliaire**, dûment autorisé, au service du patient, qui ne réside pas ordinairement dans la maison de ce dernier et qui n'est pas parent avec lui.

Les frais sont remboursés jusqu'à concurrence de 300 \$ de frais admissibles par jour et de 3 000 \$ de prestations par année civile, par personne assurée.
- vi) **Achat et remplacement de membres artificiels ou d'appareils prothétiques**. Les prothèses capillaires, les lunettes, les lentilles cornéennes et les prothèses dentaires sont exclues.
- vii) **Achat de bandages herniaires, pansements, corsets, béquilles, attelles, plâtres, et autres appareils orthopédiques**. Les bandages spéciaux, dans le cas de brûlures graves, font également partie des frais couverts lorsque prescrits et achetés dans le même contexte.

Les frais couverts pour les orthèses podiatriques sont limités aux montants prévus à la liste de prix de l'*Association nationale des orthésistes du pied*.
- viii) Achat de **chaussures orthopédiques** conçues et fabriquées sur mesure pour la personne assurée à partir d'un moulage, ou

chaussures préfabriquées lorsqu'elles sont requises pour corriger ou compenser un défaut du pied.

- ix) Location, pour combler un besoin temporaire seulement, **d'un fauteuil roulant ou d'un lit d'hôpital**, tous deux semblables à ceux habituellement en usage dans un centre hospitalier, excluant ceux qui sont électriques.
- x) **Radiographies, analyses de laboratoire et électrocardiogrammes** passés sans être hospitalisé, aux fins de prévention ou de diagnostic.
- xi) **Honoraires professionnels de chirurgien dentiste**, que les soins soient prescrits ou non par un médecin, pour **lésions accidentelles aux dents naturelles** survenues alors que le patient était couvert par la présente garantie, et engagés pour des soins reçus pendant les 12 mois qui suivent la date de l'accident.

Les frais couverts sont limités aux montants prévus au guide des tarifs des actes bucco-dentaires approuvés par l'*Association des chirurgiens-dentistes du Québec* pour l'année au cours de laquelle les soins sont rendus. **Tout acte, traitement ou prothèse, de quelque nature que ce soit, relié à un implant est exclu. Les frais admissibles sont les frais usuels et raisonnables.**

- xii) Achat, remplacement, location, ajustement et réparation **de prothèses auditives** jusqu'à concurrence de 625 \$ de frais admissibles par personne assurée par période de 48 mois.
- xiii) Achat d'un **appareil mesurant le taux de glucose sanguin** jusqu'à concurrence de frais admissibles de 300 \$ par période de 60 mois. La personne assurée doit présenter un diabète insulino-dépendant.
- xiv) Location **d'équipements thérapeutiques** ou achat lorsque ce dernier mode est plus économique, incluant l'achat de couches pour incontinence, de sondes, de cathéters et d'autres articles hygiéniques du même genre devenus nécessaires à la suite de la perte totale et irrécouvrable d'un organe ou d'un membre, étant précisé que l'expression «perte» comprend la perte d'usage.

La présente clause prévoit un remboursement maximal à vie de 10 000 \$ par personne assurée et ne couvre pas les accessoires domestiques tels que bain tourbillon, filtre d'air, humidificateur, climatiseur ou autres appareils de même nature, de même que

les appareils de contrôle tels que réflectomètre, stéthoscope, sphymomanomètre, dextromètre, glucomètre ou autres appareils de même nature.

- xv) Frais de **chirurgie esthétique suite à un accident** jusqu'à concurrence d'un remboursement maximum de 5 000 \$ par accident. Les frais doivent être engagés dans les 36 mois suivant l'accident et les traitements doivent débuter dans les 12 mois suivant la date de l'accident.
- xvi) Frais d'achat, de location, d'ajustement, de remplacement ou de réparation de neurostimulateurs percutanés, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 1 000 \$ par personne assurée, par période de 60 mois.
- xvii) Frais d'urgence engagés à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée, dans le cadre d'un voyage privé ou professionnel et ce, pour les premiers 180 jours dudit voyage. Les frais d'hospitalisation, de frais médicaux et chirurgicaux sont admissibles dans la mesure où ils sont usuels, raisonnables et engagés à la suite d'un accident ou d'une maladie subite et inattendue survenu lors du séjour à l'extérieur à l'étranger. Ils doivent s'appliquer uniquement à des fournitures ou services prescrits par un médecin comme nécessaires au traitement d'une maladie subite ou d'une blessure accidentelle.

La personne assurée doit être admissible à des prestations en vertu du programme gouvernemental d'assurance maladie de sa province de résidence tout au long du séjour à l'extérieur de sa province de résidence.

Ces frais sont limités à un maximum de 5 000 000 \$ par personne assurée, par séjour hors de la province de résidence.

- xviii) Achat de bas de contention, jusqu'à concurrence de trois (3) paires par année civile.

– Exclusions

La présente garantie (alinéas i à xvii) ne couvre pas les frais suivants :

- les frais payables en vertu d'une loi sociale, d'un régime d'assurance sociale ou de tout autre régime public ou privé, individuel ou collectif;
- l'évaluation de la vue, sauf si elle est nécessitée par suite d'un accident;

- si la personne assurée n'est pas tenue de payer pour les services reçus y compris les médicaments fournis au cours d'une hospitalisation ou n'aurait pas eu à payer si elle n'avait été assurée;
- la chirurgie esthétique, sauf en cas d'accident;
- l'examen médical périodique pour fins d'emploi ou d'assurance;
- si la personne assurée fait partie des forces militaires actives;
- par suite de toute guerre déclarée ou non, ou de la participation active à une insurrection;
- par suite de la participation active à un crime;
- après la terminaison du régime, sous réserve de la clause «Prolongation de la protection»;
- les frais en rapport avec des blessures que la personne assurée s'est volontairement infligées;
- services, fournitures, examens ou soins qui ne sont pas conformes aux normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante des professions de la santé impliquées ou qui sont exigés par un tiers ou reçus collectivement;
- tous les produits, appareils ou services utilisés ou offerts à des fins expérimentales ou au stade de recherche médicale ou dont l'utilisation n'est pas conforme aux indications approuvées par les autorités compétentes ou à défaut de telles autorités, aux indications données par le fabricant.

xix) **Assistance médicale hors du Canada**

La personne assurée, qui participe déjà à un régime gouvernemental d'assurance maladie, bénéficie d'un service d'assistance médicale en cas d'urgence durant les premiers 180 jours d'un voyage privé ou professionnel, pour toute blessure accidentelle ou maladie survenue hors du Canada, sous réserve des conditions ci-après énoncées.

Afin de se prévaloir de ce service, la personne assurée doit obligatoirement être assurée en vertu de la garantie de base d'Assurance maladie faisant partie du présent régime.

– Définitions particulières

- **Autorité médicale** : Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où se trouve la personne assurée.
- **Blessure accidentelle** : Une lésion corporelle qui est subie pendant que l'assurance est en vigueur, qui résulte directement et exclusivement d'une cause externe, soudaine, violente et involontaire et qui empêche la continuation normale du voyage.
- **Membre de la famille immédiate** : Le conjoint, le père, la mère, un enfant, un frère ou une soeur de la personne assurée.
- **Maladie** : Toute altération soudaine et imprévisible de la santé constatée par une autorité médicale compétente et qui empêche la continuation normale du voyage, et qui survient pendant que cette garantie est en vigueur.
- **Centre hospitalier** : Centre hospitalier désigne une institution de soins de courte durée :
 - légalement reconnue comme telle dans le pays où est située l'institution;
 - destinée aux soins des patients alités;
 - pourvue d'un laboratoire et d'une salle d'opération;
 - qui assure 24 heures par jour les services de médecins diplômés et d'infirmières autorisées.

Cependant, les maisons de réadaptation, de convalescence, de repos ou de soins pour malades chroniques, de même que les unités réservées à cet effet dans les hôpitaux, sont exclues.

- **Sinistre** : Tout événement, blessure accidentelle ou maladie justifiant l'intervention du service d'assistance médicale.

– Assistance médicale

Les services médicaux suivants sont disponibles en cas d'urgence suite à une maladie ou à une blessure accidentelle :

- Accès jour et nuit

Accès à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit au service téléphonique polyglotte permettant de mettre en contact la personne assurée avec un réseau de spécialistes, pour toutes les urgences associées à son voyage.

- Accès médical

Organiser des consultations avec des médecins généralistes ou des spécialistes afin d'obtenir les meilleurs soins médicaux disponibles dans la région, à la demande de la personne assurée.

Aider à l'admission dans l'établissement hospitalier le plus proche du lieu de la maladie ou de la blessure accidentelle.

Vérifier la couverture d'assurance à la demande des médecins et des hôpitaux.

- Transport médical

Organiser et contrôler le transport ou le transfert par tout moyen approprié recommandé par le médecin traitant, en accord avec le service d'assistance médicale, vers un centre hospitalier proche du lieu de la blessure accidentelle ou de la maladie, si l'urgence médicale le nécessite.

Organiser le rapatriement de la personne assurée à son domicile ou jusqu'à un centre hospitalier près de son domicile après le traitement initial, par tout moyen de transport adéquat et à la condition que son état de santé le nécessite et le permette. Le service d'assistance médicale organise et contrôle le rapatriement par le mode de transport le plus approprié : avion-ambulance, hélicoptère, avion de ligne commerciale, train ou ambulance.

Les frais engagés pour le transport et le transfert de la personne assurée et décrits aux deux paragraphes précédents seront pris en charge par l'assureur.

- Paiement des dépenses médicales et avance de fonds

Prendre les arrangements nécessaires au paiement des dépenses médicales couvertes en vertu de la garantie d'Assurance maladie de base, faisant partie du présent régime pour l'hospitalisation et les soins médicaux et chirurgicaux hors du Canada en cas d'urgence.

Si nécessaire, le service d'assistance médicale avance des fonds, après accord préalable de l'assureur, jusqu'à concurrence de 10 000 \$, en monnaie légale du Canada, pour l'adhérent et ses personnes à charge assurées.

Toute avance de fonds est redevable par l'adhérent à l'assureur, en un seul versement et selon le taux de change en vigueur à la date à laquelle les fonds ont été avancés, dans les 90 jours suivant son retour au pays. En cas de défaut de paiement, l'assureur se réserve le droit de compenser sur les règlements en assurance maladie ou tout autre règlement présenté par l'adhérent ou ses personnes à charge, en vertu du présent régime.

- Rapatriement de la dépouille mortelle

Suite au décès de la personne assurée causé par une maladie ou une blessure accidentelle, le service d'assistance médicale s'occupe des formalités à accomplir sur place et du paiement des frais de traitement «post mortem», de cercueil et du transport du corps jusqu'au lieu d'inhumation au Canada, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par personne assurée. Les frais d'obsèques ne sont pas à la charge du service d'assistance médicale ou de l'assureur.

- Retour des enfants à charge

Organiser le rapatriement des enfants de la personne assurée qui ont moins de 16 ans et sont privés de surveillance. Le service d'assistance médicale prend les dispositions nécessaires pour organiser et régler le

transport en classe touriste des enfants accompagnés, au besoin, à leur lieu de résidence habituel au Canada. Si les billets de voyage de retour ne sont pas périmés, seul le supplément du billet de retour est pris en charge, déduction faite de la valeur des billets.

- Retour d'un membre de la famille immédiate

Organiser le rapatriement de tout autre membre de la famille immédiate ayant perdu l'usage de son billet d'avion en raison de l'hospitalisation ou du décès de la personne assurée. Le service d'assistance médicale prend les dispositions nécessaires pour organiser et régler le transport en classe touriste d'un membre de la famille immédiate à son lieu de résidence habituel au Canada. Si les billets de voyage de retour ne sont pas périmés, seul le supplément du billet de retour est pris en charge, déduction faite de la valeur des billets.

- Visite d'un membre de la famille immédiate

Organiser le transport aller-retour en classe touriste d'un membre de la famille immédiate à des fins de visite si la personne assurée est hospitalisée pour une durée minimum de 7 jours consécutifs et si ladite visite est bénéfique à la personne assurée, d'après l'avis du médecin traitant.

- Frais de subsistance pour le logement et les repas

Si le retour est reporté à la suite de l'hospitalisation d'une personne assurée pour une durée de plus de 24 heures, ou de son décès, les frais de subsistance engagés par elle, par un membre de la famille immédiate l'accompagnant ou par un membre de la famille immédiate lors d'une visite, dans les circonstances définies au paragraphe ci-dessus (*Visite d'un membre de la famille immédiate*), sont remboursables, après approbation préalable de l'assureur, jusqu'à concurrence d'un maximum quotidien de 150 \$ par personne assurée et d'un remboursement global de 1 500 \$ pour l'ensemble des personnes assurées.

Le service d'assistance médicale rembourse les frais reliés au logement et aux repas sur réception de reçus explicatifs.

- Retour du véhicule

Le service d'assistance médicale verse une allocation maximale de 1 000 \$ pour le retour du véhicule de la personne assurée, qu'il soit privé ou loué, à la résidence de la personne assurée ou à l'agence de location appropriée la plus proche.

- Avance de fonds

En cas de nécessité, pour obtenir les services décrits aux 6 paragraphes précédents, le service d'assistance médicale avance des fonds ou donne des garanties de paiement d'un maximum de 1 000 \$ en monnaie légale du Canada. Toute avance de fonds est redevable par l'adhérent à l'assureur, selon le taux de change en vigueur à la date à laquelle les fonds ont été avancés. Ces fonds seront retenus par l'assureur à même les prestations payables, le cas échéant.

Autres services d'assistance voyage disponibles lorsque la personne assurée voyage à l'étranger :

- Service téléphonique de traduction

En cas d'urgence, le service d'assistance médicale met à la disposition de la personne assurée des services d'interprète pour les appels téléphoniques dans la plupart des langues étrangères.

- Service de transmission et de garde de message

En cas d'urgence, le service d'assistance médicale transmet, sur demande, un message de la personne assurée à son domicile, à son bureau ou ailleurs, ou conserve pendant 15 jours les messages qui sont destinés à la personne assurée ou aux membres de sa famille immédiate.

- Assistance juridique

En cas d'urgence de cet ordre, le service d'assistance médicale assiste la personne assurée afin d'obtenir de l'aide juridique locale lors d'un accident ou d'une autre cause de défense civile et l'aide également à obtenir une avance de fonds en espèces sur ses cartes de

crédit ou par l'entremise de sa famille et de ses amis afin d'acquitter les frais de contentieux et de cautionnement.

- Information-voyage

Le service d'assistance médicale transmet avant, pendant et après le voyage des informations relatives au transport, aux vaccinations et aux précautions à prendre.

- Envoi de médicament

Lorsque la personne assurée ne peut trouver sur place un médicament indispensable à la poursuite d'un traitement en cours, le service d'assistance médicale effectue les démarches nécessaires à la recherche et à l'envoi de ces médicaments. Le coût du médicament est remboursé par la personne assurée à moins qu'il ne soit couvert en vertu de la garantie d'assurance maladie de base faisant partie du présent régime.

- Perte de bagages ou de documents

Si la personne assurée égare ou se fait voler ses bagages ou documents de voyage, le service d'assistance médicale aide la personne assurée à contacter les autorités compétentes.

– Exclusions

La présente garantie ne couvre pas les éléments suivants :

- Tous les frais payables ou remboursables en vertu d'un régime gouvernemental, collectif ou individuel, ou qui habituellement l'auraient été si une demande de règlement avait été soumise;
- Tous les frais résultant de toute tentative de suicide ou toute blessure que la personne assurée s'inflige volontairement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
- Tous les frais résultant de toute blessure ou maladie qui résulte d'une agitation civile, d'une insurrection ou

d'une guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou de la participation à une émeute;

- L'intervention chirurgicale ou le traitement qui n'est pas médicalement nécessaire, qui est donné dans un but esthétique ou dans un but autre que curatif, ou qui excède les soins ordinaires normalement donnés en conformité avec les usages courants de la thérapeutique, de même que les soins qui sont donnés en rapport avec une intervention chirurgicale ou un traitement de nature expérimentale;
- La partie des frais en excédent des frais raisonnables et courants engagés dans la région où les soins sont donnés, pour une maladie de même nature et de gravité équivalente;
- Les soins ou services donnés gratuitement ou qui le seraient à défaut d'assurance ou ceux qui ne sont pas à la charge de la personne assurée;
- Tout voyage de santé ou cure de repos.

– Certificat individuel

L'assureur établit une attestation individuelle de participation que le titulaire doit remettre à chaque adhérent.

– Dispositions

- Déclaration du sinistre

La personne assurée doit, aussitôt qu'elle a connaissance du sinistre, user de tous les moyens pour arrêter les progrès de ce sinistre et doit contacter le service d'assistance médicale dès qu'il est possible de le faire, et lui indiquer les circonstances de ce sinistre, ses causes connues ou présumées. De plus, à la demande du service d'assistance médicale, la personne assurée devra fournir un certificat du médecin traitant relatant les conséquences probables de la maladie ou des blessures accidentelles.

- **Prescription**

Toute demande de règlement pour un sinistre couvert doit être faite dans les 12 mois qui suivent la date du sinistre.

- **Restitution du billet de retour**

Lorsque le transport est pris en charge par le service d'assistance médicale, la personne assurée est tenue de lui remettre soit le billet de retour initialement prévu, soit son remboursement, à défaut de quoi l'assureur retiendra le prix du billet à même les sommes payables à la personne assurée, le cas échéant.

- **Responsabilité du service d'assistance médicale**

Le service d'assistance médicale est dégagé de toute responsabilité quant aux retards ou aux empêchements à fournir l'assistance médicale dans les cas suivants : grève, guerre civile ou étrangère, invasion, intervention de puissances ennemies, hostilités (que la guerre soit déclarée ou non), rébellion, insurrection, acte de terrorisme, opération militaire ou coup d'État, émeute ou mouvement populaire, retombées radioactives ou tout autre cas de force majeure.

Les médecins, hôpitaux, cliniques, avocats et autres praticiens ou établissements autorisés à qui le service d'assistance médicale adresse des personnes assurées sont, pour la plupart, des entrepreneurs indépendants et de ce fait ils agissent pour leur propre compte, plutôt qu'en qualité d'employés, d'agents ou de subordonnés du service d'assistance médicale.

En outre, le service d'assistance médicale et l'assureur déclinent toute responsabilité à l'égard d'actes professionnels ou de carences imputables à des médecins, hôpitaux, cliniques, avocats ou autres praticiens ou établissements autorisés.

xx) **Assurance annulation de voyage**

L'Assurance annulation de voyage fait partie intégrante de la garantie Assistance médicale hors du Canada. Cependant, les dispositions de la présente garantie prévalent sur toute disposition contraire de la garantie Assistance médicale hors du Canada et

le voyage prévu aux fins de la présente garantie doit être entrepris hors de la province de résidence de la personne assurée.

L'assureur rembourse les frais engagés et payés à l'avance par la personne assurée à la suite de l'annulation d'un voyage ou de son interruption, jusqu'à concurrence d'un maximum de 5 000 \$ par personne assurée, par voyage.

Les frais sont couverts uniquement si la personne assurée, au moment de finaliser les arrangements de voyage, ne connaissait aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation ou l'interruption du voyage.

– Définitions particulières

Compagnon de voyage : Personne qui partage des arrangements financiers de voyage avec la personne assurée, jusqu'à un maximum de 4 personnes, incluant la personne assurée.

Hôte à destination : Personne qui héberge la personne assurée à sa résidence.

Membre de la famille : Le conjoint, les enfants, le père, la mère, les frères, les sœurs, les beaux-parents, les grands-parents, les petits-enfants, les demi-frères, les demi-sœurs, les beaux-frères, les belles-sœurs, les oncles, les tantes, les neveux, les nièces.

Réunion d'affaires : Une réunion privée préalablement organisée dans le cadre de l'occupation à plein temps de la personne assurée, et qui constitue la seule raison du voyage. En aucun cas, une réunion d'affaires ne pourra inclure une convention, un congrès, une assemblée, une foire, une exposition, un séminaire ou une réunion du conseil d'administration.

– Risques assurés

L'annulation ou l'interruption du voyage doit résulter de l'une des causes suivantes :

- La maladie, la blessure accidentelle ou le décès de la personne assurée, d'un membre de sa famille, d'un compagnon de voyage ou d'un membre de la famille du compagnon de voyage;

- La maladie, la blessure accidentelle ou le décès d'un associé d'affaires ou de l'hôte à destination de la personne assurée;
- La maladie, la blessure accidentelle ou le décès d'une personne dont la personne assurée est le tuteur légal;
- Le décès d'une personne dont la personne assurée est l'exécuteur testamentaire;
- La convocation de la personne assurée à titre de membre d'un jury ou de témoin dans un procès dont l'audition est prévue pendant la période du voyage, sauf si la personne assurée est un officier responsable de l'application de la loi;
- La mise en quarantaine de la personne assurée;
- Le détournement d'un avion à bord duquel la personne assurée voyage;
- Le sinistre qui rend inhabitable la résidence principale de la personne assurée;
- L'annulation d'une réunion d'affaires suite à une maladie, une blessure accidentelle ou le décès de la personne avec qui les arrangements pour la réunion d'affaires avaient été pris au préalable (une preuve écrite des arrangements est requise);
- La recommandation du gouvernement du Canada incitant ses citoyens à ne pas voyager à l'intérieur du pays de destination de la personne assurée, si cette recommandation a été émise après que la personne assurée a pris les engagements relatifs à son voyage;
- La mutation de la personne assurée exigée par son employeur, qui nécessite le déménagement de la personne assurée à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel, dans les 30 jours précédant la date du départ.

– Frais couverts

Les frais couverts sont les suivants, à condition de n'avoir été engagés qu'après la date de prise d'effet de l'assurance :

- En cas d'annulation avant le départ
 - La portion non remboursable des frais de voyage payés à l'avance;
 - Les frais supplémentaires engagés pour les nouveaux tarifs d'occupation par la personne assurée qui décide de poursuivre son voyage lorsqu'un compagnon de voyage doit annuler en raison de l'un des risques assurés. Les frais supplémentaires seront remboursés jusqu'à concurrence d'une somme ne dépassant pas la pénalité d'annulation applicable au moment où la personne accompagnatrice doit annuler son voyage.
- Si le retour est anticipé ou retardé
- Le coût supplémentaire d'un billet de retour simple le plus économique jusqu'au point de départ;
- La portion non utilisée et non remboursable des frais des autres arrangements de voyage payés à l'avance;
- Les frais de subsistance pour le logement et les repas lorsqu'une personne assurée doit reporter son retour pour cause de maladie ou de blessure accidentelle qu'elle subit elle-même ou que subit un membre de sa famille qui l'accompagne ou un compagnon de voyage, sous réserve d'un remboursement quotidien maximal de 150 \$ par personne assurée et d'un remboursement global maximal de 1 500 \$ pour l'adhérent et ses personnes à charge.

Si la personne assurée possède une couverture identique sous une autre garantie du présent régime, la somme maximale payable en vertu du présent régime ne peut en aucun cas excéder la somme maximale indiquée dans l'Assurance annulation de voyage.

- Départ retardé ou correspondance manquée
 - Le coût supplémentaire d'un billet simple le plus économique exigé par un transporteur (ligne aérienne, autobus ou train), jusqu'à la destination prévue, lorsqu'une correspondance ou un départ sont manqués en raison :
 - d'un retard du transporteur devant assurer la correspondance (ligne aérienne, autobus ou train), si ce retard est causé par les conditions atmosphériques ou une défaillance mécanique;
 - d'un accident de la circulation dans lequel est impliquée l'automobile privée ou louée de la personne assurée ou le taxi dans lequel elle circule.

Dans tous les cas, la personne assurée doit prévoir arriver au point de départ au moins 2 heures avant l'heure prévue pour le départ.

- La portion non utilisée et non remboursable des frais de voyage payés à l'avance, si les conditions atmosphériques empêchent la personne assurée d'effectuer une correspondance prévue avec un autre transporteur pendant une période représentant une interruption d'au moins 30% de la durée prévue du voyage, et que la personne assurée décide de ne pas poursuivre son voyage.

– Exclusions

Aucune somme n'est payable en vertu de la présente garantie, si la perte subie ou les frais engagés résultent de l'une des causes suivantes :

- L'abus de médicaments ou d'alcool, ou la consommation de drogue;
- Le suicide ou la tentative de suicide ou toute blessure que la personne assurée s'inflige volontairement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;

- La perpétration ou la tentative de perpétration d'un acte criminel en vertu de la loi;
 - Une agitation civile, une insurrection ou une guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou la participation à une émeute;
 - Une grossesse, une fausse-couche, un accouchement ou des complications en résultant et se produisant dans les 2 mois précédant la date prévue de l'accouchement;
 - Un voyage entrepris dans le but de recevoir des soins médicaux, paramédicaux ou des services hospitaliers, même si le voyage est fait sur la recommandation du médecin;
 - Un voyage entrepris dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou ayant subi une blessure accidentelle, si la condition médicale ou le décès subséquent de cette personne constitue la cause d'annulation du voyage ou du retour prématuré ou retardé;
 - Une blessure accidentelle survenue lors de la participation à un sport contre rémunération ou à tout genre de compétition de véhicules motorisés ou d'épreuves de vitesse, ou à des sports tels le vol plané ou à voile, l'alpinisme, le parachutisme, le saut à l'élastique, ou toute autre activité dangereuse;
 - Une blessure accidentelle résultant du service dans les forces armées.
- Dispositions particulières
- Lorsqu'un événement mentionné à l'article *Risques assurés* survient avant la date du départ, la personne assurée doit contacter son agent de voyage ou le transporteur, selon le cas, dans les 48 heures qui suivent l'événement afin d'annuler son voyage et en aviser l'assureur dans le même délai.
 - Pour appuyer une demande de prestations, la personne assurée doit fournir l'une ou plusieurs des pièces justificatives suivantes, selon le cas :

- ▶ Les originaux des billets de transport non utilisés;
- ▶ Les reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires;
- ▶ Les reçus pour les frais d'arrangements terrestres et autres déboursés. Les reçus doivent inclure les contrats émis officiellement par l'intermédiaire de voyage ou d'une compagnie accréditée et faire mention des montants non remboursables en cas d'annulation;
- ▶ Un document officiel attestant qu'un risque assuré fut en fait la cause de l'annulation. Si l'annulation est due à des raisons médicales, la personne assurée doit fournir un certificat médical délivré par le médecin traitant dûment qualifié et exerçant dans la localité où la maladie ou la blessure accidentelle est survenue; la surveillance médicale doit avoir commencé avant la date de départ ou de retour du voyage assuré, selon le cas. Le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet qui confirme la nécessité d'annuler, de retarder ou d'interrompre le voyage;
- ▶ Un rapport de police (accident de la route).

b) Exonération des primes en cas d'invalidité

Si un adhérent est atteint d'invalidité totale, son assurance, incluant celle de son conjoint et de ses personnes à charge, s'il y a lieu, est maintenue en vigueur sans paiement de prime et se termine à la première des dates suivantes :

- i) la date de la fin de l'invalidité;
- ii) la date de la retraite;
- iii) la date du 65^e anniversaire de naissance;
- iv) la date de la terminaison de la police;
- v) la date de la terminaison de la protection d'assurance de l'adhérent pour la présente garantie, soit à l'expiration d'un délai de 30 mois après la date du début de l'exonération des primes

L'exonération des primes est accordée sans preuves justificatives à l'assureur dès que l'adhérent a droit aux prestations d'assurance traitement prévues à ses conditions de travail pour la période d'invalidité donnant droit à ces prestations d'assurance traitement; après l'expiration de ladite période d'invalidité, l'exonération des primes ne s'applique que lorsque l'invalidité donne droit aux prestations du régime optionnel d'assurance revenu en cas d'invalidité prolongée.

L'exonération des primes, pour toute invalidité donnant droit à des prestations d'assurance salaire de la Société de l'assurance automobile du Québec ou de la Commission de la Santé et de la Sécurité du travail du Québec, est accordée à l'adhérent dès le début de son invalidité.

2.2 ASSURANCE EN CAS DE MUTILATION OU DE PERTE D'USAGE D'UN MEMBRE SUITE À UNE MALADIE OU À UN ACCIDENT

a) Objectif général de la garantie

La présente garantie vise les personnes assurées devenant atteintes d'une maladie ou ayant subi un accident, tel événement entraînant l'amputation ou la perte totale d'un membre. Cette déficience physique devra nécessairement entraîner l'adaptation de l'environnement immédiat (résidence principale ou moyen de transport) de façon à ce que cette personne puisse retrouver un niveau d'autonomie sociale lui permettant de vaquer aux activités essentielles de la vie quotidienne, de façon sécuritaire et autonome. Le cas échéant l'assureur versera l'un ou l'autre des montants prédéterminés en vertu de la présente garantie.

b) Portée de la garantie

Conformément à l'objectif général et aux dispositions de la présente garantie, l'assureur s'engage à payer, lorsqu'une personne assurée subit l'une des pertes couvertes par la présente garantie, les prestations prévues au *Tableau des pertes* de la présente garantie à la condition que la personne assurée soit couverte à la date de l'événement (la date de la perte) et que la maladie ou l'accident entraînant la mutilation ou la perte d'usage du membre soit survenue alors que la présente garantie était en vigueur.

Pour les fins d'application de la présente garantie, on entend par maladie toute détérioration de la santé physique de la personne assurée d'une manière telle que cette détérioration entraîne

inévitablement l'amputation ou la perte d'usage d'un membre d'une façon totale et irrécouvrable.

On entend par accident un événement tel que décrit au paragraphe a) de la section **DÉFINITIONS**. La perte subie doit être causée directement et indépendamment de toute autre cause par cet accident et doit entraîner inévitablement l'amputation ou la perte d'usage d'un membre d'une façon totale et irrécouvrable.

La personne assurée peut alors être limitée dans l'accomplissement d'activités normales de façon significative et persistante, créant chez elle une situation de handicap l'obligeant à adapter son environnement immédiat (résidence principale ou moyen de transport) afin de lui permettre de conserver ou de recouvrer une partie ou la totalité de son autonomie.

c) **Prestations**

Les prestations payables en vertu de la présente garantie sont égales aux montants décrits au *Tableau des pertes* de la présente garantie. Les prestations payables ne peuvent toutefois dépasser 40 000 \$ à vie par personne assurée.

d) **Conditions préexistantes**

Les prestations de la présente garantie sont payables, pour une perte attribuable à une maladie ou à la suite de complications d'un accident survenue antérieurement à la date de prise d'effet de l'assurance d'une personne assurée seulement si cette perte survient plus de 24 mois après la prise d'effet de l'assurance.

e) **Tableau des pertes**

Mutilation ou perte d'usage	Montant de la prestation
. les membres supérieurs et inférieurs (2 bras et 2 jambes)	40 000 \$
. les membres inférieurs (2 jambes)	40 000 \$
. hémiplégie (1 bras et 1 jambe)	40 000 \$
. les membres supérieurs (2 bras)	40 000 \$
. un bras ou une jambe	20 000 \$
. la vue des 2 yeux	30 000 \$

. les 2 mains ou les 2 pieds	40 000 \$
. une main ou un pied	20 000 \$
. l'ouïe des 2 oreilles	10 000 \$
. la parole	10 000 \$
. le pouce et l'index	5 000 \$

f) **Mutilation ou perte d'usage d'un membre**

Par les mots «mutilation ou perte d'usage» on entend :

- i) en ce qui concerne une jambe ou un bras, la perte d'usage totale, permanente et irrécouvrable du membre ou l'amputation à l'articulation du genou ou du coude, ou au-dessus;
- ii) pour ce qui est d'une main ou d'un pied, la perte d'usage totale, permanente et irrécouvrable du membre ou l'amputation à l'articulation du poignet ou de la cheville, ou au-dessus;
- iii) en ce qui concerne la vue, l'ouïe ou la parole, on entend la perte totale, permanente et irrécouvrable de la vue, de l'ouïe des 2 oreilles ou de la parole et en autant que cette perte ne puisse être compensée par l'usage d'une orthèse ou d'une prothèse.

g) **Preuves et examens**

Les preuves requises doivent être présentées à la satisfaction de l'assureur dans les 180 jours de la perte, à défaut de quoi aucune prestation n'est payable.

L'assureur a le droit de faire examiner la personne assurée pour laquelle une demande de prestations lui est présentée.

Pour ouvrir droit aux prestations, la preuve de la perte doit être accompagnée d'une évaluation des besoins d'adaptation de l'environnement immédiat de la personne assurée (résidence principale ou moyen de transport) préparé par un ergothérapeute ou tout autre professionnel habilité pour ce faire. Cette évaluation doit aussi comprendre un échéancier et un engagement de réalisation des travaux d'adaptation.

h) Restrictions et exclusions

- i) Aucune prestation n'est payable pour une perte attribuable directement ou indirectement, entièrement ou partiellement, à l'une des causes suivantes :
- le suicide, la tentative de suicide ou les blessures que la personne assurée s'est intentionnellement causées, qu'elle ait été alors saine d'esprit ou non;
 - la commission ou la tentative de commission par la personne assurée d'un acte criminel ou sa participation à un tel acte;
 - la participation active de la personne assurée à une émeute ou à une insurrection;
 - la guerre ou la guerre civile, qu'elle soit déclarée ou non;
 - le service actif dans les forces armées de tout pays;
 - voyage ou envolée dans n'importe quel espèce d'aéronef lorsque la personne assurée est membre de l'équipage ou exerce une fonction quelconque relative à ladite envolée.

De plus, aucune prestation n'est payable pour toute perte ouvrant droit à des prestations en vertu de toute loi administrée par la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec (CSST), ou par la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ou de tous régimes équivalents de toute autre province ou pays.

i) Exonération des primes en cas d'invalidité

Si un adhérent est atteint d'invalidité totale, son assurance, incluant celle de ses personnes à charge, s'il y a lieu, est maintenue en vigueur sans paiement de prime et se termine à la première des dates suivantes :

- i) la date de la fin de l'invalidité;
- ii) la date de la retraite;
- iii) la date du 65^e anniversaire de naissance;
- iv) la date de la terminaison de la police;
- v) la date de la terminaison de la protection d'assurance de l'adhérent pour la présente garantie, soit à l'expiration d'un délai de 30 mois après la date du début de l'exonération des primes.

L'exonération des primes est accordée sans preuves justificatives à l'assureur dès que l'adhérent a droit aux prestations d'assurance traitement prévues à ses conditions de travail pour la période d'invalidité donnant droit à ces prestations d'assurance traitement; après l'expiration de ladite période d'invalidité, l'exonération des primes ne s'applique que lorsque l'invalidité donne droit aux prestations de la garantie optionnelle d'assurance revenu en cas d'invalidité prolongée ou y aurait donné droit si l'adhérent avait choisi d'être assuré en vertu de ladite garantie optionnelle.

L'exonération des primes, pour toute invalidité donnant droit à des prestations d'assurance salaire de la Société de l'assurance automobile du Québec ou de la Commission de la Santé et de la Sécurité du travail du Québec, est accordée à l'adhérent dès le début de son invalidité.

3. GARANTIES OPTIONNELLES

3.1 ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

a) Frais hospitaliers

- i) Lorsqu'un adhérent, son conjoint ou l'un de ses enfants à charge est admis dans un **hôpital au Canada** sur prescription du médecin traitant et y reçoit effectivement un traitement curatif ou des soins relatifs à une grossesse, l'assureur paie le coût quotidien de la chambre privée ou semi-privée en excédent des frais d'hospitalisation en salle ordinaire jusqu'à concurrence du coût d'une chambre semi-privée.

Les frais engagés dans une **maison de convalescence** reconnue par l'assureur sont également couverts par la présente garantie, jusqu'à concurrence de 20 \$ par jour.

La contribution du patient exigée par un établissement pour son hébergement ou des soins de longue durée n'est pas couverte par la présente clause.

- ii) Toute demande de prestations concernant la présente garantie peut être présentée à l'assureur sur un compte non acquitté.

b) **Autres frais couverts**

Lorsqu'un adhérent, son conjoint ou l'un de ses enfants à charge engage certains des frais décrits plus bas et non payés en vertu d'autres garanties du présent régime, l'assureur paie 75% des frais réellement engagés.

Le présent régime couvre les frais dans la mesure où ils s'appliquent à des fournitures ou services prescrits par un médecin, sauf si spécifié autrement, comme nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure ou requis lors ou à la suite d'une grossesse.

Professionnels de la santé

- i) Seuls sont couverts les frais engagés pour des soins ou traitements rendus par un professionnel de la santé qui est membre en règle de la corporation professionnelle pertinente aux soins ou traitements en cause, ou à défaut de l'existence d'une telle corporation, de l'association professionnelle pertinente reconnue par l'assureur. Le professionnel ne doit pas résider ordinairement dans la maison de la personne assurée ni être parent avec lui;
- ii) Seuls les honoraires du professionnel concerné sont couverts mais non les produits fournis;
- iii) Un seul traitement par jour par le même professionnel est couvert pour le même assuré.

Frais couverts

- i) Honoraires de **chiropraticien** jusqu'à concurrence de frais admissibles de 30 \$ par traitement et 40 \$ par radiographie. L'examen initial rendu par le chiropraticien est admissible au même titre qu'un traitement, même si effectué la même journée.
- ii) Traitements **d'ergothérapie, d'orthophonie et d'audiologie** jusqu'à concurrence de frais admissibles de 50 \$ par traitement.
- iii) Traitements de **physiothérapie**, lorsqu'ils sont administrés par un physiothérapeute jusqu'à concurrence d'un maximum de frais admissibles de 50 \$ par traitement.
- iv) Traitements ou consultations d'un **ostéopathe, naturopathe, homéopathe, podiatre, acupuncteur et diététiste** jusqu'à concurrence de frais admissibles de 30 \$ par traitement ou consultation.

La prescription du médecin est requise dans le cas des services d'un diététiste.

Pour ce qui est des traitements par un naturopathe, les frais couverts sont ceux reliés à un bilan de santé, aux conseils alimentaires ou à la prise de produits naturels. Les produits dits naturels, les massages, les bains, la posturologie, les exercices physiques ou tout autre consultation non reconnue par l'assureur ne sont pas couverts.

- v) Sans prescription médicale, frais de soins ou services professionnels de **psychiatre, de psychanalyste et de psychologue**.

Un remboursement maximal de 750 \$ par assuré par année civile s'applique à l'ensemble des soins ou traitements couverts stipulés aux alinéas i) à v) précédents.

Exclusions

La présente garantie ne couvre pas les frais suivants :

- i) les frais payables en vertu d'une loi sociale, d'un régime d'assurance sociale ou de tout autre régime public ou privé, individuel ou collectif;
- ii) l'évaluation de la vue, sauf si elle est nécessitée par suite d'un accident;
- iii) si la personne assurée n'est pas tenue de payer pour les services reçus y compris les médicaments fournis au cours d'une hospitalisation ou n'aurait pas eu à payer si elle n'avait été assurée;
- iv) la chirurgie esthétique, sauf en cas d'accident;
- v) l'examen médical périodique pour fins d'emploi ou d'assurance;
- vi) si la personne assurée fait partie des forces militaires actives;
- vii) par suite de toute guerre déclarée ou non, ou de la participation active à une insurrection;
- viii) par suite de la participation active à un crime;
- ix) après la terminaison du régime, sous réserve de la clause «Prolongation de la protection»;
- x) les frais en rapport avec des blessures que la personne assurée s'est volontairement infligées;

- xi) services, fournitures, examens ou soins qui ne sont pas conformes aux normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante des professions de la santé impliquées ou qui sont exigés par un tiers ou reçus collectivement;
- xii) tous les produits, appareils ou services utilisés ou offerts à des fins expérimentales ou au stade de recherche médicale ou dont l'utilisation n'est pas conforme aux indications approuvées par les autorités compétentes ou à défaut de telles autorités, aux indications données par le fabricant.

c) **Soins à domicile**

L'assureur s'engage à rembourser les frais pour les soins et services engagés à domicile par la suite d'une hospitalisation au Canada ou d'une chirurgie d'un jour nécessitant une période de convalescence, sous réserve des conditions ci-après énoncées, et à condition que la personne assurée soit incapable d'accomplir au moins une des activités quotidiennes de base définies dans la section *Définitions particulières*. Les renseignements médicaux concernant la chirurgie ou l'hospitalisation et la date à laquelle elle a été recommandée doivent être fournis par le médecin traitant.

Les frais admissibles sont limités à deux périodes de convalescence par année civile.

Définitions particulières

Activités quotidiennes de base :

- i) **se nourrir** : préparer ses repas et se nourrir;
- ii) **s'habiller** : rassembler ses vêtements et s'habiller (par exemple, attacher ses chaussures ou boutonner une chemise);
- iii) **utiliser les toilettes**;
- iv) **se déplacer (du lit au fauteuil)** : se coucher dans son lit et se lever de ce dernier ou s'asseoir dans un fauteuil ou se lever de ce dernier. Une personne ne pouvant se déplacer qu'à l'aide d'une canne ou d'une marchette est également considérée comme incapable de se déplacer;
- v) **faire sa toilette personnelle** : entrer dans son bain ou sa douche et en sortir, ainsi que se laver.

Chirurgie d'un jour : Chirurgie effectuée dans un hôpital ou dans une clinique externe affiliée à un hôpital et nécessitant une anesthésie locale, régionale ou générale, à l'exclusion de toute chirurgie mineure pouvant être effectuée dans le bureau du médecin.

Fournisseur de services d'aide à domicile : Une personne travaillant moyennant rémunération pour une coopérative ou une agence incorporée ou enregistrée spécialisée en soins à domicile de même que tout travailleur autonome recevant son contrat d'une telle coopérative ou agence.

Hospitalisation : L'occupation d'une chambre d'hôpital à titre de patient admis, s'il y a émission d'une facture par un régime gouvernemental d'assurance maladie. La chirurgie d'un jour est considérée comme une hospitalisation.

Membre de la famille immédiate : Le conjoint, le père, la mère, un enfant, un frère ou une soeur de la personne assurée.

Frais couverts

Les frais pour les services suivants sont couverts à condition de n'avoir été engagés qu'après la date de prise d'effet de l'assurance. Les services doivent être rendus dans les 30 jours suivant la sortie de l'hôpital de la personne assurée. Aucun des services mentionnés dans cette garantie ne sera admissible à compter du 31^e jour suivant la sortie de l'hôpital de la personne assurée.

i) **Services d'aide à domicile** :

Les services suivants sont couverts, jusqu'à concurrence d'un maximum de 60 \$ par jour :

- assistance pour accomplir une activité quotidienne de base;
- entretien ménager (entretien régulier du domicile, y compris le ménage, la vaisselle et la lessive);
- entretien régulier à l'extérieur du domicile (enlèvement de la neige, tonte de la pelouse);
- préparation des repas;
- accompagnement à des rendez-vous médicaux.

Les services rendus par un fournisseur doivent être dispensés au domicile de la personne assurée et le fournisseur ne doit pas être

membre de la famille immédiate de la personne assurée et ne doit pas habituellement résider avec elle.

ii) Frais de garde des enfants de 13 ans et moins :

Les frais pour la garde des enfants à charge de l'adhérent, à son domicile ou dans un service de garde, jusqu'à concurrence d'un maximum de 25 \$ par jour, par unité familiale. La personne qui dispense les services de garde ne doit pas être membre de la famille immédiate de la personne assurée et ne doit pas résider habituellement avec elle.

Seuls les frais en excédent de ceux habituellement engagés par l'adhérent ou son conjoint avant la période de convalescence de la personne assurée concernée sont couverts en vertu de la présente garantie.

iii) Frais de transport :

Les frais de transport de la personne assurée afin de recevoir des soins médicaux ou d'assurer un suivi médical consécutifs à l'hospitalisation ou la chirurgie d'un jour, jusqu'à concurrence des maximums suivants :

- 3 déplacements (aller et retour) par semaine;
- 0,25 \$ du kilomètre pour l'utilisation d'une voiture privée;
- maximum global de 30 \$ par jour.

Les frais couverts sont :

- le coût du déplacement en transport en commun ou en taxi, ou
- le coût d'utilisation d'une automobile privée plus les frais de stationnement.

Exclusions et réductions

En plus des exclusions et réductions énumérées dans la garantie d'Assurance maladie de base, la présente garantie ne couvre pas les éléments suivants :

- i) Les frais engagés à la suite d'une hospitalisation ou d'une chirurgie d'un jour prévue avant l'entrée en vigueur de la présente garantie.
- ii) Les frais engagés alors que la personne assurée est en mesure d'accomplir toutes les activités quotidiennes de base ou après qu'elle est retournée au travail.
- iii) Les frais engagés à la suite d'une hospitalisation résultant d'un accouchement, sauf dans le cas où la personne assurée demeure à l'hôpital pour une période de plus de 7 jours après l'accouchement sur la recommandation du médecin traitant.

d) **Exonération des primes en cas d'invalidité**

Si un adhérent est atteint d'invalidité totale, son assurance, incluant celle de son conjoint et de ses personnes à charge, s'il y a lieu, est maintenue en vigueur sans paiement de prime et se termine à la première des dates suivantes :

- i) la date de la fin de l'invalidité;
- ii) la date de la retraite;
- iii) la date du 65^e anniversaire de naissance;
- iv) la date de la terminaison de la police;
- v) la date de la terminaison de la protection d'assurance de l'adhérent pour la présente garantie, soit à l'expiration d'un délai de 30 mois après la date du début de l'exonération des primes.

L'exonération des primes est accordée sans preuves justificatives à l'assureur dès que l'adhérent a droit aux prestations d'assurance traitement prévues à ses conditions de travail pour la période d'invalidité donnant droit à ces prestations d'assurance traitement; après l'expiration de ladite période d'invalidité, l'exonération des primes ne s'applique que lorsque l'invalidité donne droit aux prestations du régime optionnel d'assurance revenu en cas d'invalidité prolongée.

L'exonération des primes, pour toute invalidité donnant droit à des prestations d'assurance salaire de la Société de l'assurance automobile du Québec ou de la Commission de la Santé et de la Sécurité du travail du Québec, est accordée à l'adhérent dès le début de son invalidité.

3.2 ASSURANCE REVENU EN CAS D'INVALIDITÉ PROLONGÉE

Conformément aux dispositions du présent régime, l'assureur s'engage à payer à l'adhérent atteint d'invalidité totale, pourvu qu'il ait été assuré par la présente garantie au début de l'invalidité, des prestations mensuelles déterminées suivant l'alinéa d) à partir de la fin du délai de carence et pour la durée maximale prévue à la date du début de l'invalidité. Le délai de carence et la durée maximale ne s'appliquent qu'une fois par même période d'invalidité. Le premier versement d'indemnité mensuelle est fait un mois après l'expiration du délai de carence et de mois en mois par la suite, pourvu que subsiste l'invalidité.

a) Définitions

Pour les besoins de la présente clause, les termes ci-après mentionnés ont la signification suivante :

Période P_2 : la période couvrant les 52 premières semaines de prestations du régime de remplacement de salaire de l'employeur;

Période P_3 : la période s'étendant de la 53^e à la 104^e semaine de prestations du régime de remplacement de salaire de l'employeur.

Traitement net :

Le «traitement net» est égal au traitement moins l'assurance parentale, l'assurance collective (estimée à 0,75 % du traitement), les impôts fédéral et provincial, les cotisations au régime d'assurance emploi, au Régime de rentes du Québec et au régime de retraite de l'employeur.

Les formules utilisées pour déterminer la cotisation annuelle à l'assurance emploi et au Régime de rentes du Québec sont celles prévues par ces régimes et ce, sans égard à ce que l'employé cotise ou non à ces régimes. Concernant le régime de retraite de l'employeur, la cotisation de l'employé utilisée pour le calcul du traitement net est égale à 8,19% de la partie de son traitement cotisable qui excède 35% du montant maximum de la rémunération assurable, sans égard au taux de cotisation ou à ce que l'employé cotise ou non à ce régime.

Durant les périodes « P_2 » et « P_3 », les impôts sont déterminés selon les lois et règlements en vigueur en tenant compte des exemptions de base telles qu'enregistrées auprès de l'employeur. Comme la prestation durant les périodes « P_2 » et « P_3 » est évolutive, l'impôt à payer est réévalué durant ces périodes en fonction des règles alors en vigueur.

Après la période «P₃», les impôts sont déterminés selon les lois et règlements en vigueur en tenant compte des exemptions de base auxquelles l'adhérent a droit pour lui-même et pour ses personnes à charge. Ces exemptions doivent être celles acceptées dans le rapport d'impôt que l'adhérent a soumis au ministère du Revenu du Québec pour la période fiscale au cours de laquelle la période «P₃» se termine.

b) Délai de carence

La dernière des deux dates suivantes :

- i) 6 mois après la date du début de l'invalidité;
- ii) l'épuisement de la banque de congés de maladie accumulés lorsque possible en vertu des conditions de travail.

c) Période de prestations

La rente mensuelle déterminée selon les dispositions prévues à l'alinéa d) est payable tant que dure l'invalidité.

d) Montant des prestations

- i) Avant l'âge de 65 ans
 - Sous réserve du délai de carence, lorsque l'adhérent invalide reçoit de l'employeur les prestations décrites aux conditions de travail en vigueur et applicables aux employés visés par la présente garantie, l'assureur s'engage à verser le complément nécessaire pour atteindre 90% durant la période P₂ et 90% durant la période P₃ du traitement net de l'adhérent. Le traitement servant de base de calcul aux prestations mensuelles est, sous réserve des dispositions contenues aux alinéas f) et h) de la présente garantie, le même que celui servant de base de calcul aux prestations d'assurance salaire de l'employeur;
 - lorsque l'adhérent invalide ne reçoit plus les prestations d'assurance salaire de l'employeur décrites au point a) précédent, l'assureur s'engage à verser le complément nécessaire pour atteindre 90% du traitement net de l'adhérent. Le traitement servant de base de calcul aux prestations mensuelles est, sous réserve des dispositions contenues aux alinéas f) et h) de la présente garantie, le traitement net de l'adhérent ayant servi de base à

l'établissement des dernières prestations d'assurance salaire de l'employeur.

– **Coordination**

Le montant des prestations mensuelles est réduit de :

- tout montant net de rente, indemnité ou avantage payable par le «Régime de retraite des fonctionnaires» (RRF), le «Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics» (RREGOP), le «Régime de retraite du personnel d'encadrement» (RRPE) ou par un autre régime de retraite de l'employeur, le «Régime de rentes du Québec» (RRQ) (sauf en ce qui concerne les rentes payables aux enfants d'un cotisant invalide), la Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles, la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels, la Loi visant à favoriser le civisme, la Loi sur l'assurance automobile et toute autre loi;
- toutes prestations nettes payables en vertu de toute politique de continuation de salaire ou de congés de maladie;
- toute cotisation syndicale exigible du participant en vertu d'une convention le liant au titulaire;
- les montants ou prestations nets décrits aux sous-alinéas i) et ii) sont calculés à partir des montants ou prestations bruts auxquels l'impôt est déduit et ce, en fonction d'une table d'intégration qui tient compte des impôts fédéral et provincial, de l'exemption de base de l'employé et, s'il y a lieu, de ses personnes à charge, du crédit pour personne vivant seule et du crédit pour personne invalide.

Pour l'adhérent qui a droit à une rente de retraite avant 65 ans et dont le nombre d'années de service reconnu pour la détermination de sa rente de retraite est de 35, aucune prestation n'est payable par l'assureur si :

- ledit adhérent invalide participe au RRE ou RRF; ou
- ledit adhérent invalide participe au RREGOP et qu'il a atteint l'âge de 60 ans à la fin des prestations d'assurance salaire de l'employeur.

Dans le cas d'un adhérent employé invalide qui a demandé un remboursement total ou partiel de ses contributions en vertu de son régime de retraite, les prestations de l'assureur sont déterminées comme si tel remboursement n'avait pas eu lieu.

- ii) À compter de l'âge de 65 ans
Pour l'adhérent invalide qui, immédiatement avant l'âge de 65 ans, recevait des prestations telles que décrites à l'alinéa i) précédent, le montant initial de la rente alors payable est recalculé et vise à remplacer le manque à gagner pour atteindre 90% de la rente nette qu'aurait reçu l'adhérent en vertu du RREGOP, du RRPE, du RRF ou du RRE s'il était demeuré au travail jusqu'à l'âge de 65 ans.

Note : la rente payable tient compte des impôts fédéral et provincial selon un facteur apparaissant au contrat de même que de l'estimation par l'assureur du montant de pension qu'aurait reçu l'adhérent n'eut été de son invalidité en vertu des régimes de retraite de l'employeur.

e) **Indexation**

Le montant initial des prestations mensuelles prévu au paragraphe d) i) et au paragraphe d) ii) est ajusté le 1^{er} janvier de chaque année selon les mêmes modalités que celles du «Régime de Rentes du Québec» jusqu'à concurrence d'un ajustement maximum de 4% par année.

f) **Dispositions applicables à l'employé temporaire congédié**

Si, au cours de sa première année à titre temporaire, un employé devient invalide et est congédié, les rentes mensuelles prévues à l'alinéa i) du paragraphe d) *Montant des prestations* sont payables alors que les rentes mensuelles prévues aux alinéas i) et ii) du même paragraphe d) ne sont pas payables. Les montants des rentes mensuelles prévues à ces mêmes alinéas sont déterminés en considérant les prestations prévues aux conditions de travail en vigueur et applicables aux employés visés par le présent régime qu'elles soient versées ou non.

Si, au cours de sa 2^e année à titre temporaire, un employé devient invalide et est congédié, les mêmes dispositions que pour un employé permanent s'appliquent étant précisé que les prestations prévues aux conditions de travail en vigueur et applicables aux employés visés par le présent régime mentionnées à l'alinéa i) du paragraphe d) *Montant*

des prestations sont prises en considération, qu'elles soient versées ou non.

g) Exonération des primes

L'assurance d'un adhérent qui est atteint d'invalidité totale avant l'âge de 65 ans, est maintenue en vigueur sans paiement de prime tant que dure l'invalidité, que la police soit en vigueur ou non. L'exonération des primes est accordée sans preuves justificatives à l'assureur dès que l'adhérent a droit aux prestations d'assurance traitement prévues à ces conditions de travail pour la période d'invalidité donnant droit à ces prestations d'assurance traitement. Après l'expiration de ladite période d'invalidité, l'exonération des primes ne s'applique que lorsque l'invalidité donne droit aux prestations de la garantie optionnelle d'assurance revenu en cas d'invalidité prolongée.

L'exonération des primes, pour toute invalidité donnant droit à des prestations d'assurance salaire de la Société de l'assurance automobile du Québec ou de la Commission de la Santé et de la Sécurité du travail du Québec, est accordée à l'adhérent dès le début de son invalidité.

h) Dispositions particulières

i) Absence temporaire sans traitement

Si une invalidité survient durant une absence temporaire sans traitement alors que l'adhérent a maintenu sa participation au présent régime, le délai de carence s'applique à compter de la date prévue de retour au travail de l'adhérent et les prestations sont établies sur la base du salaire de l'adhérent le jour précédant le début de l'absence temporaire sans traitement.

ii) Congé partiel sans traitement

Si une invalidité survient durant un congé partiel sans traitement, les prestations payables en vertu de la présente garantie sont établies sur la base du salaire qu'aurait reçu l'adhérent s'il était au travail à temps plein et à plein salaire et en considérant que les prestations de remplacement de salaire de l'employeur sont également basées sur ce même salaire.

iii) Régime de congé à traitement différé

Si une invalidité survient durant une période de participation au régime de congé à traitement différé alors que l'adhérent a maintenu sa participation au régime décrit à la présente clause, les prestations payables sont établies sur la base du salaire

qu'aurait reçu l'adhérent n'eut été de sa participation au régime de congé à traitement différé et en considérant que les prestations de remplacement de salaire de l'employeur sont également basées sur ce même salaire. Si l'invalidité survient durant la période de congé du régime de congé à traitement différé, le délai de carence s'applique alors à compter de la date prévue de retour au travail de l'adhérent.

iv) Congédiement contesté par voie de grief

Si une invalidité survient durant une période de congédiement contesté par voie de grief ou de recours à l'arbitrage au sens du code du travail alors que l'adhérent a maintenu sa participation au présent régime, telle invalidité est reconnue et le délai de carence s'applique à compter de la date réelle du début de l'invalidité.

v) Grève ou lock-out

Si une invalidité survient durant une grève ou un lock-out alors que l'assurance est demeurée en vigueur, le délai de carence s'applique à compter du jour suivant la date de la fin de la grève ou du lock-out.

vi) Autres dispositions

- Lorsqu'un adhérent se prévaut des dispositions relatives à la retraite progressive, son assurance demeure en vigueur même pendant les périodes d'absence. Les prestations sont alors payables sur la base du traitement gagné selon le temps travaillé.
- Lorsqu'un adhérent se prévaut des dispositions relatives à la préretraite graduelle, l'assurance demeure en vigueur même pendant les périodes d'absence. Cependant, les prestations sont payables sur la base du traitement gagné selon le temps travaillé. De plus, la rente est payable après épuisement des congés de maladie non prévus au programme de préretraite graduelle et de la première année de prestations en vertu de l'assurance traitement de l'employeur.
- Lorsqu'un adhérent se prévaut des autres dispositions prévues à la convention collective relativement au travail à temps réduit ou lorsqu'il participe à un régime de congé à traitement différé, tous les régimes d'assurance collective demeurent en vigueur même pendant la période d'absence.

Les prestations sont alors payables sur la base du plein traitement comme s'il n'y avait pas d'absence ni de temps réduit.

i) **Réadaptation**

Un adhérent invalide peut, avec l'approbation de l'assureur, s'engager dans un travail de réadaptation, tout en continuant à bénéficier de la présente garantie relativement à son invalidité en cours, aussi longtemps que ledit travail demeure un travail de réadaptation. Les montants de prestations payables par l'assureur pendant la durée de tel travail de réadaptation sont alors réduits d'une somme égale à 50% de la rémunération totale nette provenant dudit travail.

j) **Exclusions**

L'assureur n'engage aucune obligation relativement à toute période d'invalidité d'un adhérent :

- i) résultant d'une guerre déclarée ou non ou de sa participation active à une émeute ou à une insurrection;
- ii) résultant d'une blessure ou mutilation volontaire, que l'adhérent soit sain d'esprit ou non;
- iii) résultant de sa participation active à un acte criminel ou une tentative d'acte criminel;
- iv) résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie, sauf toute période d'invalidité pendant laquelle l'adhérent reçoit des traitements ou des soins médicaux en vue de sa réhabilitation. La fin des traitements ne prive pas l'adhérent réhabilité du droit aux prestations si une invalidité persiste et est démontrée à la satisfaction de l'assureur;
- v) résultant de service dans les forces actives des armées de terre, de mer ou de l'air;
- vi) résultant de traitements esthétiques;

Toutefois, relativement à cette exclusion, l'assureur accepte de couvrir les périodes d'invalidité qui découlent de complications médicales faisant suite à des traitements esthétiques. Les périodes exclues demeurent celles pendant lesquelles dure le traitement, en incluant les périodes normales de recouvrement reliées au traitement;

- vii) pendant laquelle l'adhérent occupe une fonction ou fait un travail pouvant lui rapporter un salaire ou un profit quelconque sauf pour ce qui est prévu au paragraphe l) «Réadaptation» de la présente garantie;
- viii) qui ouvre droit à des indemnités en vertu d'une garantie d'assurance salaire en vigueur avant la date d'entrée en vigueur de la présente garantie;
- ix) pendant laquelle l'adhérent n'est pas sous les soins continus d'un médecin, sauf le cas d'état stationnaire attesté par un médecin à la satisfaction de l'assureur;
- x) survenant alors que l'adhérent a atteint 34 ½ ans de service auprès de son employeur aux fins du régime de retraite (RRF ou RRE) ou l'âge de 64 ½ ans ou plus ou après 34 ½ ans de participation au RREGOP ou au RRPE et 59 ½ ans d'âge.

3.3 ASSURANCE VIE DE L'ADHÉRENT

a) Protection d'assurance vie de l'adhérent

i) Âgé de moins de 65 ans

Lors du décès d'un adhérent couvert par la présente garantie, l'assureur s'engage à payer, au dernier bénéficiaire que lui a légalement désigné l'adhérent, un montant d'**assurance vie de base** égal à 1 fois son traitement annuel arrondi au multiple de 5 \$ le plus près.

En plus du montant d'assurance vie de base indiqué au paragraphe précédent, chaque adhérent peut opter pour un **montant additionnel d'assurance** basé sur le traitement annuel égal à 1, 2 ou 3 fois son traitement selon le choix de l'adhérent. Le produit est arrondi au multiple de 5 \$ le plus près.

ii) Âgé de 65 ans et plus

À compter de la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 65 ans et à la condition qu'il demeure au service de l'employeur, ledit adhérent peut continuer d'être assuré, selon son choix, pour un montant d'assurance vie égal à 25, 50, 75 ou 100% de son salaire, pourvu qu'il verse à l'assureur la totalité de la prime exigible et qu'il retourne le formulaire prescrit à cette fin dans les 30 jours qui suivent la date de l'avis de l'assureur. Le cas échéant, les nouvelles protections prennent effet le premier jour

de la période de paie qui suit ou coïncide avec la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 65 ans.

Si l'adhérent ne retourne pas le formulaire prescrit dans les délais prévus, il est réputé continuer sa participation à la présente garantie pourvu qu'il verse à l'assureur la totalité de la prime exigible. Dans un tel cas, la protection qui est maintenue en vertu du présent régime est de 100% de son salaire.

Cependant, dans tous les cas, à compter du 70^e et du 75^e anniversaire de naissance de l'adhérent, sa protection ne peut excéder respectivement 75% et 50% de son salaire.

b) **Limitation**

Aucune prestation n'est payable en cas de suicide de l'adhérent en vertu de la présente garantie pour les montants de protection demandés plus de 30 jours après la date d'admissibilité de l'adhérent si ledit adhérent décède dans les 12 mois suivant la mise en vigueur desdits montants de protection.

c) **Exonération des primes**

L'assurance d'un adhérent atteint d'invalidité totale est maintenue en vigueur sans paiement de prime tant que dure l'invalidité, sans toutefois dépasser le 65^e anniversaire de naissance de cet adhérent, que la police soit en vigueur ou non. Le montant d'assurance est établi en fonction du salaire de l'adhérent au début de son invalidité.

Toutefois, le montant d'**assurance vie de base** de l'adhérent est **indexé de 4%** le 1^{er} janvier de chaque année à compter du 1^{er} janvier qui suit le début de l'exonération.

L'exonération des primes est accordée sans preuves justificatives à l'assureur dès que l'adhérent a droit aux prestations d'assurance traitement prévues à ses conditions de travail pour la période d'invalidité donnant droit à ces prestations d'assurance traitement. Après l'expiration de ladite période d'invalidité, l'exonération des primes ne s'applique que lorsque l'invalidité donne droit aux prestations de la garantie optionnelle d'assurance revenu en cas d'invalidité prolongée ou y aurait donné droit si l'adhérent avait choisi d'être assuré en vertu de ladite garantie optionnelle.

L'exonération des primes, pour toute invalidité donnant droit à des prestations d'assurance salaire de la Société de l'assurance automobile

du Québec ou de la Commission de la Santé et de la Sécurité du travail du Québec, est accordée à l'adhérent dès le début de son invalidité.

d) **Droit de transformation**

Lorsqu'un adhérent cesse d'être admissible à la présente garantie du fait de la cessation de son emploi ou de son appartenance au groupe, il 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 la présente garantie en une police individuelle d'assurance «Vie entière» ou «Temporaire à 70 ans» dont la prime de première année d'assurance est égale à celle d'une assurance temporaire d'un an; le montant d'assurance vie transformée est égal ou inférieur au montant d'assurance vie que lui accorde la présente garantie réduit du montant d'assurance prévu dans un autre contrat collectif auquel l'adhérent est devenu admissible au moment d'exercer son droit de transformation; le montant d'assurance transformée ne peut excéder 200 000 \$. **Le droit de transformation ne s'applique pas à l'adhérent qui prend sa retraite.**

La protection d'assurance vie de l'adhérent demeure en vigueur durant la période au cours de laquelle l'adhérent a droit d'exercer son droit de transformation.

Cette police individuelle ne comporte pas d'exonération des primes et la prime en est calculée suivant les taux alors en vigueur d'après l'âge et le sexe de l'adhérent lors de la transformation, compte tenu de son occupation et de son lieu de résidence; lorsque l'adhérent est déjà assujéti à une surprime en vertu de la présente garantie, l'assureur augmente la prime pour l'assurance individuelle d'une façon analogue. La première prime doit être reçue dans les 31 jours de la cessation de son admissibilité et l'assurance individuelle entre en vigueur à la date de réception de la prime.

L'adhérent ne peut exercer le droit de transformation qu'une fois en vertu de la présente police. Néanmoins, il peut transformer la différence entre le montant d'assurance vie individuelle qu'il détient en vertu de tout exercice antérieur du droit de transformation et le montant qu'il a droit de transformer en vertu de la présente garantie si ce dernier est supérieur au montant déjà transformé.

Le nouveau montant d'assurance vie transformée ne pourra excéder 200 000 \$.

e) **Droit au paiement anticipé**

Lorsque la protection d'un adhérent est prolongée sans paiement de primes suivant les dispositions prévues au paragraphe *Exonération de primes* de la présente clause et que son espérance de vie est alors d'au plus 12 mois, il a le droit, s'il en fait la demande par écrit au siège social de l'assureur, de recevoir une prestation d'invalidité égale au moindre de 25 000 \$ et de 50% du montant d'assurance vie pour lequel il est protégé; dans ce dernier cas, le montant d'assurance vie est établi en considérant immédiatement toute réduction de protection prévue au régime devant survenir au cours de la période de 24 mois suivant la date de la demande de l'adhérent.

L'adhérent qui désire exercer ce droit doit fournir à l'assureur les preuves démontrant :

- i) que son espérance de vie est inférieure à 12 mois à la date de sa demande, et s'il y a lieu,
- ii) l'acceptation de son bénéficiaire si celui-ci est un bénéficiaire autre les «les exécuteurs ou administrateurs de la succession de l'adhérent ou ses ayants droit».

Lors du décès de l'adhérent, le montant autrement payable par l'assureur au bénéficiaire est réduit du montant payé à titre de prestation d'invalidité à l'adhérent en vertu du présent droit, accumulé avec intérêt selon un taux annuel de 10%.

3.4 ASSURANCE EN CAS DE MORT ACCIDENTELLE

- a) Lorsqu'un adhérent âgé de moins de 65 ans décède et que ce décès est causé, directement et indépendamment de toute autre cause, par des lésions corporelles provenant exclusivement de moyens externes, violents et accidentels et survient dans les 365 jours de la date de l'accident, à la condition que l'adhérent soit couvert par la présente garantie à la date de l'accident et que des preuves soient présentées à l'assureur dans les 90 jours du décès, l'assureur paie, conformément aux dispositions du présent régime, un montant d'assurance égal à une fois son traitement annuel arrondi au 5 \$ le plus près.

b) **Restrictions**

Aucune prestation n'est payable pour une perte attribuable directement ou indirectement, entièrement ou partiellement, à l'une des causes suivantes :

- i) suicide, tentative de suicide ou blessures volontaires, que l'adhérent soit sain d'esprit ou non;
- ii) participation active à un acte criminel ou tentative d'acte criminel;
- iii) émeute, insurrection, hostilités ou guerre, qu'elle soit déclarée ou non;
- iv) voyage ou envolée dans n'importe quelle espèce d'aéronef lorsque l'adhérent est membre de l'équipage ou exerce une fonction quelconque relative à ladite envolée;
- v) lésions ne présentant aucune blessure ou contusion visible sur l'extérieur du corps (sauf la noyade et les lésions internes révélées par intervention chirurgicale ou autopsie), empoisonnement ou intoxication, sauf dans les cas découlant d'un accident de travail;
- vi) service actif dans les forces armées de tout pays.

c) **Exonération des primes**

Si un adhérent est atteint d'invalidité totale, son assurance est maintenue en vigueur sans paiement de prime tant que dure l'invalidité, sans toutefois dépasser le 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent que la police soit en vigueur ou non. Le montant d'assurance est celui en vigueur au moment où l'adhérent est devenu invalide. L'exonération des primes est accordée sans preuves justificatives à l'assureur dès que l'adhérent invalide a droit aux prestations d'assurance traitement prévues à ses conditions de travail pour la période d'invalidité donnant droit à ces prestations d'assurance traitement. Après l'expiration de ladite période d'invalidité, l'exonération des primes ne s'applique que lorsque l'invalidité donne droit aux prestations de la garantie optionnelle d'assurance revenu en cas d'invalidité prolongée ou y aurait donné droit si l'adhérent avait choisi d'être assuré en vertu de ladite garantie optionnelle.

L'exonération des primes, pour toute invalidité donnant droit à des prestations d'assurance salaire de la Société de l'assurance automobile du Québec ou de la Commission de la Santé et de la Sécurité du travail du Québec, est accordée à l'adhérent dès le début de son invalidité.

3.5 ASSURANCE VIE POUR LES PERSONNES À CHARGE

- a) Lors du décès d'une personne à charge assurée en vertu de la présente garantie, l'assureur s'engage à payer à l'adhérent un montant d'**assurance vie de base** de :
- 6 000 \$ dans le cas d'un enfant à charge assuré âgé de 24 heures et plus;
 - 6 000 \$ dans le cas du conjoint assuré.
- b) Pour l'adhérent qui participe à la garantie d'assurance vie de base pour le conjoint et les enfants à charge, **un montant additionnel de protection** peut être obtenu **sur la vie du conjoint** moyennant présentation de preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur. Les montants additionnels de protection disponibles sont les suivants :
- i) pour le conjoint d'un adhérent âgé de moins de 65 ans
 - 1 à 10 unités de 10 000 \$.
 - ii) pour le conjoint d'un adhérent âgé de 65 ans et plus
 - à compter de la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 65 ans, le montant additionnel de protection ne peut excéder 10 000 \$.
- c) **Limitation**
- Aucune prestation n'est payable en cas de suicide de la personne assurée en vertu de la présente garantie pour les montants de protection demandés plus de 30 jours après la date d'admissibilité de la personne assurée si ladite personne décède dans les 12 mois suivant la mise en vigueur desdits montants de protection.
- d) **Exonération des primes**
- Si un adhérent est atteint d'invalidité totale, l'assurance sur la vie des enfants à charge est maintenue en vigueur sans paiement de prime tant que dure l'invalidité, sans toutefois dépasser le 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent, que la police soit en vigueur ou non. Le montant d'assurance est celui en vigueur au moment où l'adhérent est devenu invalide. L'exonération des primes est accordée sans preuves justificatives à l'assureur dès que l'adhérent a droit aux prestations d'assurance traitement prévues à ses conditions de travail pour la période d'invalidité donnant droit à ces prestations d'assurance

traitement. Après l'expiration de ladite période d'invalidité, l'exonération des primes ne s'applique que lorsque l'invalidité donne droit aux prestations de la garantie optionnelle d'assurance revenu en cas d'invalidité prolongée ou y aurait donné droit si l'adhérent avait choisi d'être assuré en vertu de ladite garantie optionnelle.

L'exonération des primes, pour toute invalidité donnant droit à des prestations d'assurance salaire de la Société de l'assurance automobile du Québec ou de la Commission de la Santé et de la Sécurité du travail du Québec, est accordée à l'adhérent dès le début de son invalidité.

e) **Droit de transformation**

Lorsqu'un conjoint ou un enfant à charge d'un adhérent cesse d'être admissible à la présente garantie du fait de la terminaison de l'assurance de l'adhérent par suite de son décès, de la cessation de son emploi ou de son appartenance au groupe ou du fait que le conjoint ou l'enfant à charge ne répond plus à la définition de la présente police, ladite personne à charge a le droit, si elle 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 la présente garantie en une police individuelle d'assurance «Vie entière» ou «Temporaire à 70 ans» dont la prime de première année d'assurance est égale à celle d'une assurance temporaire d'un an; le montant d'assurance vie transformée est égal ou inférieur au montant d'assurance vie que lui accorde la présente garantie réduit du montant d'assurance prévu dans un autre contrat collectif auquel elle est devenue admissible au moment d'exercer son droit de transformation.

Le droit de transformation ne s'applique pas si le conjoint ou l'enfant à charge cesse d'être admissible à l'assurance par suite de la retraite de l'adhérent.

Cette police individuelle ne comporte pas d'exonération des primes et la prime en est calculée suivant les taux alors en vigueur d'après l'âge et le sexe du conjoint ou de l'enfant à charge assuré lors de la transformation, compte tenu de son occupation et de son lieu de résidence; lorsque le conjoint ou l'enfant à charge est déjà assujéti à une surprime en vertu de la présente garantie, l'assureur augmente la prime pour l'assurance individuelle de façon analogue. La première prime doit être reçue dans les 31 jours de la cessation de son admissibilité et l'assurance individuelle entre en vigueur à la date de réception de la prime.

Le conjoint ou l'enfant à charge ne peut exercer le droit de transformation qu'une fois en vertu de la présente police. Néanmoins, il

peut transformer la différence entre le montant d'assurance vie individuelle qu'il détient en vertu de tout exercice antérieur du droit de transformation et le mon montant qu'il a droit de transformer en vertu de la présente garantie si ce dernier est supérieur au montant déjà transformé.

4. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

4.1 ADMISSIBILITÉ

Est admissible aux garanties, à compter de la date indiquée :

- a) l'employé assuré en vertu du régime antérieur : à la date d'entrée en vigueur du présent régime;
- b) l'employé dont la semaine régulière de travail est de plus de 25% du temps complet : après un mois de service continu;
- c) l'employé occupant un poste visé par les conditions de travail s'appliquant aux membres de l'Association professionnelle des ingénieurs du gouvernement du Québec dont la semaine régulière de travail est de plus de 25% du temps complet et qui n'occupait pas antérieurement un poste visé par lesdites conditions de travail : à compter de la date de l'acte de titularisation si cette date est postérieure au mouvement de personnel ou à compter de la date de nomination si l'acte de titularisation est antérieur à la nomination;
- d) l'employé occasionnel engagé pour surcroît de travail d'une durée d'une année ou plus ou pour un projet spécifique d'une année ou plus ou suite à l'absence d'un employé pour une année ou plus est admissible à l'assurance selon les règles énoncées précédemment. Toutefois, l'employé occasionnel réengagé à la suite d'une interruption de 60 jours ou moins est admissible à compter de la date de son réengagement;
- e) le conjoint ou l'enfant à charge : à la même date que l'adhérent s'il est déjà un conjoint ou enfant à charge, sinon à la date à laquelle il le devient.

4.2 ADHÉSION

- a) L'adhésion à la garantie de base d'assurance maladie est obligatoire pour l'employé, sous réserve de ce qui est prévu en vertu du droit d'exemption.

En vertu de la *Loi sur l'assurance-médicaments*, l'adhérent doit protéger, s'il y a lieu, son conjoint ou ses enfants à charge pour les médicaments de la liste de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ). Comme cette protection fait partie de la garantie d'assurance maladie de base, la protection détenue en vertu de cette garantie doit refléter l'exigence de la loi en cette matière. Si l'adhérent participe également à la garantie d'assurance maladie complémentaire, le même statut de protection est obligatoirement octroyé pour les deux régimes.

Toutefois, lorsque l'adhérent atteint l'âge de 65 ans, il est automatiquement inscrit au Régime général d'assurance-médicaments de la RAMQ. À moins d'indication contraire, l'assureur présume que l'adhérent maintient son inscription à la RAMQ. L'adhérent devra alors, s'il y a lieu, également inscrire à la RAMQ son conjoint ou ses enfants à charge. L'inscription au Régime général d'assurance-médicaments de la RAMQ étant **irrévocable**, ces personnes ne pourront plus être assurées par l'assureur pour les médicaments couverts par la RAMQ.

L'adhérent qui atteint l'âge de 65 ans et qui décide de se désengager de la RAMQ et de conserver la garantie de médicaments de l'assureur devra en faire la demande par écrit à l'assureur et payer la surprime qui s'y rapporte. Cette décision est réversible; en tout temps, l'adhérent qui a atteint 65 ans peut s'inscrire à la RAMQ.

L'employé doit remplir une demande d'adhésion, obtenue de son service du personnel, et préciser son choix parmi les régimes optionnels, s'il y adhère. Lorsque la demande d'assurance est reçue par l'assureur plus de 30 jours après la date d'admissibilité, des preuves d'assurabilité sont exigées pour l'adhérent en assurance maladie complémentaire et en assurance salaire de longue durée et, pour l'adhérent, le conjoint et les enfants à charge, en assurance vie.

- b) L'adhésion aux garanties optionnelles est facultative; toutefois, elle est considérée automatique à compter de la date d'entrée en vigueur du présent régime pour les employés assurés en vertu des garanties antérieures. L'adhésion aux garanties optionnelles suppose l'adhésion à la garantie de base d'assurance maladie à moins d'en être exempté.

- c) L'adhésion à la garantie optionnelle d'assurance revenu en cas d'invalidité prolongée et à la garantie optionnelle d'assurance maladie complémentaire est indissociable.

Nonobstant ce qui précède, l'adhésion à ces garanties est dissociable dans les cas suivants :

- i) lorsque l'employé atteint l'âge de 64 ½ ans;
 - ii) lorsque l'employé participant au RRF ou au RRE a complété 34 ½ ans de participation à ces régimes et en fait la demande;
 - iii) lorsque l'employé participant au RREGOP a complété 34 ½ ans de participation à ce régime et a atteint 59 ½ ans d'âge et en fait la demande;
 - iv) lorsque l'employé était déjà au service de l'employeur alors qu'il était protégé par l'un ou l'autre de ces deux régimes et qu'en vertu des preuves d'assurabilité fournies, il ne peut se qualifier au régime qu'il ne détenait pas antérieurement. Dans un tel cas, l'assureur lui accorde uniquement le régime équivalent à celui qu'il détenait antérieurement;
 - v) lorsqu'un employé signe une entente de participation à un programme de départ assisté qui consiste en un congé avec solde à temps plein précédant la retraite ou un congé de préretraite, y compris un congé de préretraite graduelle, conduisant à la retraite.
- d) Pour l'employé actuellement assuré en vertu du régime antérieur d'assurance collective, l'assureur garantit le lien avec le présent régime, l'employé ne devant subir aucun préjudice dû au changement de régime, qu'il soit au travail ou non.
- e) L'adhésion aux garanties optionnelles d'assurance en cas de mort et mutilation accidentelles et d'assurance vie pour le conjoint et les enfants à charge nécessite l'adhésion à la garantie optionnelle d'assurance vie de base de l'adhérent.
- f) L'adhésion à la garantie de base d'assurance maladie est obligatoire pour le conjoint et les enfants à charge de l'employé à moins que ces personnes soient déjà protégées par un régime d'assurance collective comportant des prestations similaires. Si l'employé adhère également à la garantie optionnelle d'assurance maladie complémentaire, le même statut de protection est obligatoirement octroyé pour les deux régimes.

4.3 DROIT D'EXEMPTION

Un adhérent peut, moyennant un préavis écrit à son employeur, refuser ou cesser de participer à la garantie de base d'assurance maladie, à la condition qu'il établisse que lui-même, son conjoint et ses enfants à charge sont assurés en vertu d'un régime d'assurance collective comportant des prestations similaires ou qu'il est lui-même assuré à titre de conjoint ou d'enfant à charge.

L'adhérent exempté de la garantie de base d'assurance maladie qui cesse d'être protégé en vertu d'un régime collectif doit faire par écrit, à l'assureur, une demande d'adhésion pour cette garantie dans les 30 jours suivant la cessation de l'assurance lui ayant permis d'être exempté. La protection prend effet à la date de cessation de l'assurance ayant permis d'obtenir une exemption. Si la demande parvient à l'assureur plus de 30 jours après la cessation de l'assurance ayant permis à l'adhérent d'obtenir une exemption, la protection prend effet à la date de réception de la demande par l'assureur.

4.4 DEMANDE D'ADHÉSION ET PREUVES D'ASSURABILITÉ

4.4.1 POUR L'EMPLOYÉ

a) **Garantie de base d'assurance maladie**

Tout employé admissible doit remplir une demande d'adhésion. Aucune preuve d'assurabilité n'est requise.

L'employé qui a refusé ou cessé d'adhérer à la garantie de base d'assurance maladie peut y adhérer aux conditions suivantes :

- i) Il doit établir à la satisfaction de l'assureur :
 - qu'antérieurement il était assuré pour lui-même ou à titre de personne à charge en vertu de la garantie de base ou de tout autre régime d'assurance collective comportant des prestations similaires;
 - qu'il est devenu impossible qu'il continue à être assuré à titre de personne à charge.
- ii) Subordonnement à l'alinéa précédent, l'assurance prend effet :
 - si l'employé présente sa demande dans les 30 jours suivant la cessation de son assurance en vertu de laquelle il était

exempté d'adhérer à la garantie de base d'assurance maladie : à la date de cessation de son assurance lui ayant permis d'obtenir une exemption en vertu du présent régime;

- si l'employé présente sa demande plus de 30 jours suivant la cessation de son assurance en vertu de laquelle il était exempté d'adhérer à la garantie de base d'assurance maladie : à la date de réception de la demande par l'assureur.

b) **Garanties optionnelles**

- i) Tout employé admissible qui désire adhérer aux garanties optionnelles doit remplir une demande d'adhésion dans les 30 jours qui suivent la date à laquelle il devient admissible, auquel cas, aucune preuve d'assurabilité n'est requise. Si la demande est remplie après l'expiration de cette période, l'employé doit fournir, à ses frais, les preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur. Toutefois, dans le cas de l'assurance vie de base prévue à la garantie optionnelle d'assurance vie de l'adhérent, même si la demande d'adhésion est remplie dans les 30 jours qui suivent la date à laquelle l'employé devient admissible à l'assurance, des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur sont requises pour un employé âgé de 45 ans et plus à la date à laquelle il devient admissible.

Lorsqu'un employé occasionnel devient un employé temporaire, les modalités prévues au paragraphe précédent s'appliquent intégralement, étant précisé que la période de 30 jours débute à la dernière des deux dates suivantes : soit la date de sa nomination ou la date de l'acte de titularisation.

Nonobstant les dispositions contenues aux paragraphes précédents, des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur sont requises dans le cas de la garantie d'assurance vie additionnelle de l'adhérent même si la demande d'adhésion est remplie dans les 30 jours qui suivent la date à laquelle l'employé devient admissible à l'assurance. Cependant, les conditions suivantes s'appliquent :

- montant additionnel d'assurance égal à 1 fois le traitement annuel; aucune preuve d'assurabilité n'est exigée pour tout employé âgé de moins de 35 ans à la date d'admissibilité;

- montant additionnel d'assurance égal à 2 fois le traitement annuel; aucune preuve d'assurabilité n'est exigée pour tout employé âgé de moins de 30 ans à la date d'admissibilité.

Nonobstant les paragraphes précédents du présent alinéa, tout employé admissible, au service de l'employeur avant la date à laquelle il devient admissible et dont la protection par un autre régime d'assurance prend fin à cette date parce qu'il est devenu un employé tel que défini au présent régime, a droit à la même protection qu'il détenait immédiatement avant qu'il devienne un employé tel que défini au présent régime en autant que ladite protection soit limitée à celle disponible au présent régime, sous réserve que des preuves d'assurabilité soient requises :

- s'il y a augmentation du montant d'assurance ou de la protection détenue;
- s'il s'agit d'un employé qui, à la date à laquelle il devient un employé tel que défini au présent régime, a été membre du personnel d'encadrement durant un an ou plus au cours des 5 dernières années et qui demande d'être assuré en vertu de la garantie optionnelle d'assurance revenu en cas d'invalidité prolongée.

Cette période d'un an peut être prolongée si sa période de probation est supérieure à 12 mois.

- ii) Tout employé assuré en vertu du régime antérieur n'a pas à remplir une demande d'adhésion à moins qu'il ne demande d'être assuré pour un genre d'assurance pour lequel il n'était pas assuré ou pour un montant d'assurance vie plus élevé que celui qu'il détenait. Le cas échéant, il doit fournir, à ses frais, des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur.

4.4.2 POUR LES PERSONNES À CHARGE

- a) Relativement aux garanties comportant des prestations d'assurance maladie :
 - i) Un employé admissible assuré seul doit s'assurer avec personnes à charge dès qu'il prend un conjoint ou prend à charge un enfant ou dès que ses personnes à charge cessent d'être protégées par un régime d'assurance collective comportant des prestations similaires; le cas échéant, l'assurance des personnes à charge prend effet à cette date

pourvu qu'une nouvelle demande d'adhésion soit remplie par l'employé et reçue par l'assureur dans les 30 jours qui suivent la date à laquelle l'employé prend conjoint ou prend à charge un enfant ou la terminaison de leur protection par le régime similaire, sinon à la date de la réception de la demande par l'assureur.

Un employé assuré avec ses personnes à charge demeure assuré dans cette catégorie tant qu'il y a des personnes admissibles à sa charge.

- ii) L'assurance d'un enfant à charge est automatique à compter de la date à laquelle il devient admissible à l'assurance pourvu que le conjoint ou les autres enfants à charge de l'employé soient assurés avant cette date.

- b) Relativement aux garanties comportant des prestations payables en cas de décès de la personne assurée :

- i) Un employé admissible assuré seul peut choisir de s'assurer avec personnes à charge dès qu'il prend un conjoint ou prend à charge un enfant ou dès que ses personnes à charge cessent d'être protégées par un régime d'assurance collective comportant des prestations similaires; le cas échéant, l'assurance des personnes à charge prend effet à cette date pourvu qu'une nouvelle demande d'adhésion soit remplie par l'employé et reçue par l'assureur dans les 30 jours qui suivent la date à laquelle l'employé prend conjoint ou prend à charge un enfant ou la terminaison de leur protection par le régime similaire, sinon à la date de l'acceptation de la demande par l'assureur. Toute demande d'assurance à l'égard de personnes à charge d'un employé qui a choisi de s'assurer seul alors que ses personnes à charge n'étaient pas protégées par un régime d'assurance collective comportant des prestations similaires doit également faire l'objet d'une acceptation par l'assureur.

Un employé assuré avec ses personnes à charge demeure assuré dans cette catégorie tant qu'il y a des personnes admissibles à sa charge étant précisé qu'un tel employé peut choisir d'être protégé pour lui-même seulement à compter de la date du début de la première période de paie qui suit ou coïncide avec la date à laquelle l'employeur reçoit un avis écrit à cet effet.

L'employé assuré peut également opter pour une protection additionnelle sur la vie de son conjoint à la condition qu'il détienne déjà la protection de base sur la vie de son conjoint.

Pour ce faire, il doit, à ses frais, fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur pour son conjoint.

- ii) L'assurance d'un enfant à charge est automatique à compter de la date à laquelle il devient admissible à l'assurance pourvu que le conjoint ou les autres enfants à charge de l'employé soient assurés avant cette date.
- iii) L'employé dont le conjoint ou les enfants à charge sont assurés et qui désire que les protections d'assurance sur son conjoint ou sur ses enfants à charge cessent ou soient réduites doit transmettre à cet effet un avis écrit à l'assureur.
- iv) Lorsqu'un employé occasionnel devient un employé temporaire, son conjoint et ses enfants à charge deviennent à nouveau admissibles à l'assurance et les modalités prévues au sous-paragraphe i) du présent alinéa s'appliquent intégralement, étant précisé que la période de 30 jours débute à la dernière des deux dates suivantes : soit la date de sa nomination ou la date de l'acte de titularisation.

4.5 DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE

4.5.1 POUR L'EMPLOYÉ

a) **Garanties de base**

- i) L'assurance de tout employé assuré en vertu des garanties de base du régime antérieur prend effet à la date d'entrée en vigueur du présent régime.
- ii) L'assurance de tout autre employé admissible prend effet à sa date d'admissibilité.

b) **Garanties optionnelles**

- i) L'assurance de tout employé assuré en vertu des garanties optionnelles du régime antérieur prend effet à la date d'entrée en vigueur du présent régime.

- ii) L'assurance de tout autre employé admissible prend effet à la dernière des dates suivantes :
- la date d'entrée en vigueur du présent régime s'il est au travail à cette date; sinon, à la date de son retour au travail;
 - la date à laquelle il devient admissible s'il est au travail à cette date; sinon, à la date de son retour au travail;
 - la date à laquelle il remplit sa demande d'adhésion s'il est au travail à cette date; sinon, à la date de son retour au travail.

Toutefois, relativement aux protections en excédent de celles ne nécessitant pas de preuves d'assurabilité, l'assurance prend effet à la date d'acceptation, par l'assureur, des preuves d'assurabilité requises.

4.5.2 POUR LES PERSONNES À CHARGE

L'assurance des personnes à charge prend effet à la dernière des dates suivantes :

- a) la date de l'entrée en vigueur de l'assurance de l'adhérent;
- b) la date à laquelle l'adhérent remplit la demande d'adhésion pour ses personnes à charge;
- c) la date à laquelle un adhérent prend un conjoint ou prend à charge un enfant;
- d) la date à laquelle le conjoint est en mesure de vaquer à ses occupations habituelles pour ce qui est de la protection d'assurance vie du conjoint;
- e) lorsque des preuves d'assurabilité sont requises pour les personnes à charge de l'adhérent et uniquement pour les montants ou protections nécessitant des preuves, à la date d'acceptation, par l'assureur, des preuves d'assurabilité requises.

4.6 CHANGEMENT DE PROTECTION

Lorsque se produit un changement de salaire affectant la protection ou la prime, l'employeur doit en aviser l'assureur, par écrit, dans les 60 jours.

a) **Relativement aux garanties comportant des prestations d'assurance maladie**

L'adhérent assuré selon une protection individuelle et qui opte par la suite pour une protection monoparentale ou familiale voit sa nouvelle protection prendre effet à la date à laquelle il prend un conjoint ou prend à charge un enfant ou dès que ses personnes à charge cessent d'être protégées par un régime d'assurance collective comportant des prestations similaires et pourvu qu'une nouvelle demande d'adhésion soit remplie par l'adhérent et reçue par l'assureur dans les 30 jours qui suivent la date à laquelle l'employé prend conjoint ou prend à charge un enfant ou la terminaison de leur protection par le régime similaire, sinon à la date de la réception de la demande par l'assureur.

Le même traitement s'applique à l'adhérent assuré selon une protection familiale ou monoparentale et qui opte par la suite pour une protection monoparentale ou individuelle. Dans un tel cas, la nouvelle protection prend effet à la date à laquelle aucune personne ne se qualifie comme conjoint ou enfant à charge, selon le cas, ou dès que ses personnes à charge sont protégées par un régime d'assurance collective comportant des prestations similaires et pourvu qu'une demande en ce sens soit remplie par l'adhérent et reçue par l'assureur dans les 30 jours qui suivent cette date, sinon à la date de réception de la demande par l'assureur.

b) **Relativement aux garanties comportant des prestations payables en cas de décès de la personne assurée**

i) Si l'événement affectant le montant d'assurance vie d'une personne assurée provient de l'ajout d'un montant d'assurance vie additionnelle, le changement de la protection prend effet à la date d'acceptation par l'assureur des preuves d'assurabilité requises.

Si l'événement affectant le montant d'assurance vie d'une personne assurée provient de la soustraction d'un montant d'assurance vie additionnelle, le changement de la protection prend effet à la date du début de la première période de paie qui suit ou coïncide avec la date à laquelle l'employeur reçoit l'avis écrit de l'adhérent à cet effet.

- ii) Si l'événement affectant le montant d'assurance vie ou la prime d'une personne assurée provient d'un changement de son âge ou de son salaire, le changement de la protection et de la prime prend effet :
 - dans le cas d'un changement de salaire : le premier jour de la période de paie complète qui suit ou coïncide avec la date à laquelle l'assureur en est informé;
 - dans le cas d'un changement d'âge : le premier jour de la période de paie complète qui suit ledit changement. Relativement à l'assurance vie additionnelle sur la vie du conjoint, l'âge est déterminé selon l'âge de l'adhérent en lieu et place de celui du conjoint.
- iii) Si l'événement affectant le montant d'assurance vie d'un adhérent provient d'un changement de son salaire résultant de la réussite à un concours, le changement de la protection et de la prime prend effet le premier jour de la période de paie complète qui suit la date de l'acte de titularisation si cette date est postérieure au mouvement de personnel, ou à la date de nomination si la date de l'acte de titularisation est antérieure à la nomination.

Les changements de la protection sont effectués à la condition que l'adhérent soit effectivement au travail à la date à laquelle le changement prendrait normalement effet; sinon, tel changement prend alors effet le premier jour de la période de paie complète qui suit la date de son retour au travail.

c) **Relativement à la garantie comportant des prestations d'assurance revenu en cas d'invalidité prolongée de l'adhérent**

Si l'événement affectant le montant de protection d'un adhérent provient d'un changement de son salaire, le changement de la protection et de la prime prend effet à la date dudit changement.

4.7 TERMINAISON DE L'ASSURANCE

Sous réserve des dispositions relatives à l'exonération des primes et à la prolongation, l'assurance d'un adhérent et de ses personnes à charge prend fin à la première des dates suivantes :

- a) à la date de la résiliation du régime;

- b) à la date à laquelle l'adhérent quitte son emploi;
- c) à la date à laquelle l'adhérent prend sa retraite;
- d) à la date à laquelle l'adhérent cesse d'être admissible à l'assurance;
- e) à l'échéance des primes exigibles pour un adhérent en vertu du régime si elles ne sont pas versées à l'assureur avant l'expiration du délai de grâce;
- f) à la date du début de la première période de paie suivant la date de réception par l'employeur de l'avis écrit d'un adhérent qui désire mettre fin à sa participation aux garanties optionnelles;
- g) relativement à la garantie optionnelle d'assurance revenu en cas d'invalidité prolongée :
 - i) à l'âge de 64 ½ ans, ou
 - ii) à compter de la date de signature d'une entente de participation à un programme de départ assisté qui consiste en un congé avec solde à temps plein précédant la retraite ou un congé de préretraite totale conduisant à la retraite, ou
 - iii) à la date de la prise de la retraite ou de la préretraite totale ou, sur demande,
 - iv) après 34 ½ ans de participation au RRF, ou RRE ou au RRCE ou après 34 ½ ans de participation au RREGOP ou au RRPE et 59 ½ ans d'âge.
- h) relativement à une garantie ouvrant droit à l'exonération des primes, à la date à laquelle se termine l'invalidité de l'adhérent donnant droit à une telle exonération des primes à moins que l'adhérent n'ait repris les paiements de sa prime en tant qu'employé admissible tel que décrit au présent régime;
- i) dans le cas du conjoint ou d'un enfant à charge, à la date à laquelle le conjoint ou l'enfant à charge cesse de répondre à la définition prévue au présent régime;
- j) dans le cas du conjoint ou d'un enfant à charge, à la date du début de la première période de paie suivant la date de réception par l'employeur de l'avis écrit d'un adhérent qui désire dorénavant être couvert selon une protection monoparentale ou individuelle, selon le cas;
- k) à la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 65 ans en ce qui a trait à la garantie optionnelle d'assurance en cas de mort accidentelle;

- l) à la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 65 ans en ce qui a trait aux montants additionnels de protection sur la vie de son conjoint en excédent de 10 000 \$;
- m) relativement et uniquement pour la garantie de base d'assurance maladie, à la date du début de la première période de paie suivant l'acceptation de l'assureur de la demande de l'adhérent à l'effet qu'il désire être exempté de ladite garantie;
- n) relativement aux garanties de base d'assurance maladie, à la garantie optionnelle d'assurance maladie complémentaire et à la garantie d'assurance en cas de mutilation et perte d'usage d'un membre suite à une maladie ou d'un accident, à la date d'expiration de la période de 30 mois d'exonération des primes.

4.8 ABSENCE AU TRAVAIL DE L'ADHÉRENT

- a) Dans le cas d'une absence temporaire avec traitement, l'assurance demeure en vigueur pour autant que les primes continuent d'être versées de façon habituelle à l'assureur.
- b) Dans le cas d'une absence temporaire sans traitement, l'adhérent peut exercer l'une des options suivantes :
 - i) maintenir en vigueur l'ensemble de ses protections. Dans un tel cas, l'adhérent doit en faire la demande avant le début de l'absence temporaire sans traitement ou au plus tard 30 jours après le début de ladite absence. L'ensemble des garanties auxquelles participe l'adhérent est alors maintenu tant et aussi longtemps que les primes continuent d'être versées à l'assureur;
 - ii) maintenir en vigueur uniquement sa protection en vertu de la garantie de base d'assurance maladie pour la durée de l'absence. Dans un tel cas, ses autres protections reprennent automatiquement dès le retour effectif au travail avec traitement. Cette disposition s'applique automatiquement à tout adhérent qui n'a pas demandé le maintien de ses protections selon les modalités décrites au point i) précédent.
- c) Dans le cas d'un congé partiel sans traitement ou d'une retraite graduelle, toutes les protections sont maintenues comme si l'adhérent était au travail à temps plein et à plein salaire et les primes sont perçues selon cette même base. Pour les garanties d'assurance vie, les dispositions relatives au travail à temps réduit sont les suivantes :

- i) Lorsqu'un adhérent participe à un programme de retraite progressive ou de retraite graduelle, son assurance demeure en vigueur même pendant la période d'absence. Les primes sont alors payables sur la base du traitement gagné selon le temps travaillé et les prestations sont payables sur la base du plein traitement.
- ii) Si un adhérent se prévaut des autres dispositions prévues à la convention collective relativement au travail à temps réduit (incluant la préretraite graduelle) ou qu'il participe à un régime de congé à traitement différé, son assurance demeure en vigueur même pendant la période d'absence et les primes et prestations sont alors payables sur la base du plein traitement comme s'il n'y avait pas d'absence ni de temps réduit.

Pour la protection en vertu de la garantie optionnelle d'assurance revenu en cas d'invalidité prolongée, les dispositions relatives au travail à temps réduit des personnes admissibles sont les suivantes :

- lorsqu'un adhérent se prévaut des dispositions relatives à la retraite progressive, son assurance demeure en vigueur même pendant les périodes d'absence. Les primes et les prestations sont payables sur la base du traitement gagné selon le temps travaillé;
- lorsqu'un adhérent se prévaut des dispositions relatives à la préretraite graduelle, l'assurance demeure en vigueur même pendant les périodes d'absence. Les primes sont payables sur la base du plein traitement comme s'il n'y avait pas d'absence ni de temps réduit. Cependant, les prestations sont payables sur la base du traitement gagné selon le temps travaillé. De plus, la rente est payable après épuisement des congés de maladie non prévus au programme de préretraite graduelle et de la première année de prestations en vertu du régime de remplacement de salaire de l'employeur;
- lorsqu'un adhérent se prévaut des autres dispositions prévues à la convention collective relativement au travail à temps réduit ou lorsqu'il participe à un régime de congé à traitement différé, toutes les garanties d'assurance collective demeurent en vigueur même durant la période d'absence. Les primes et les prestations, s'il y a lieu, sont alors payables sur la base du plein traitement comme s'il n'y avait pas d'absence ni de temps réduit.

- d) Relativement à l'adhérent qui participe au régime de congé à traitement différé,
- i) pendant les périodes de travail de l'adhérent, ses protections d'assurance et les primes y afférant sont établies sur la base du salaire qu'aurait reçu l'adhérent n'eut été de sa participation au régime de congé à traitement différé;
 - ii) pendant les périodes de congé de l'adhérent, celui-ci peut exercer l'une des options suivantes :
 - maintenir en vigueur l'ensemble de ses protections. Dans un tel cas, l'adhérent doit en faire la demande avant le début de la période de congé ou au plus tard 30 jours après le début de ladite période. L'ensemble des garanties auxquelles participe l'adhérent est alors maintenu tant et aussi longtemps que les primes continuent d'être versées à l'assureur. Les protections d'assurance et les primes y afférant sont alors établies sur la base du salaire qu'aurait reçu l'adhérent n'eut été de sa participation au régime de congé à traitement différé;
 - maintenir en vigueur uniquement sa protection en vertu de la garantie de base d'assurance maladie pour la durée de la période de congé. Dans un tel cas, ses autres protections reprennent automatiquement dès le retour effectif au travail avec traitement. Cette disposition s'applique automatiquement à l'adhérent qui n'a pas demandé le maintien de ses protections selon les modalités décrites au point i) précédent.
- e) Dans le cas où un adhérent est congédié et que ce congédiement est contesté par voie de grief ou de recours à l'arbitrage au sens du Code du travail, cet adhérent doit maintenir sa participation et, le cas échéant, celle de son conjoint et de ses enfants à charge à la garantie de base d'assurance maladie et, à son choix, peut maintenir sa participation à l'ensemble de ses autres garanties et continuer d'être assuré de même que ses personnes à charge, s'il y a lieu, jusqu'à ce que la décision finale, incluant les procédures d'appel, le cas échéant, soit rendue en payant lui-même la prime prévue au contrat à l'assureur.
- f) Dans les cas de grève ou lock-out, l'assurance demeure en vigueur pour autant que les primes continuent d'être versées de façon habituelle à l'assureur ou qu'une entente relative au paiement des dites primes intervienne entre le syndicat et l'assureur. Cependant, dans les cas de grève ou lock-out de moins de 30 jours, l'assurance doit

demeurer en vigueur et les primes doivent être versées de façon habituelle à l'assureur.

4.9 BÉNÉFICIAIRE DE L'ASSURANCE VIE DE L'ADHÉRENT ET DE L'ASSURANCE DÉCÈS EN CAS DE MORT ACCIDENTELLE

- a) Pour tout montant d'assurance payable à son décès, l'adhérent peut, sujet aux dispositions de la loi, désigner un bénéficiaire ou changer en tout temps un bénéficiaire déjà désigné, par une déclaration écrite déposée au siège social de l'assureur.
- b) À la date d'entrée en vigueur du présent régime ou de la protection de l'adhérent si celle-ci est ultérieure, le bénéficiaire est «les exécuteurs ou administrateurs de la succession de l'adhérent ou ses ayants droit», à moins que l'adhérent ne fasse parvenir au siège social de l'assureur une déclaration écrite de désignation de bénéficiaire. Toute désignation ou tout changement de bénéficiaire entre en vigueur à compter de la date de réception, au siège social de l'assureur, de la déclaration écrite de l'adhérent.
- c) Si, au moment du décès de l'adhérent, il n'y a pas de bénéficiaire désigné, les prestations sont payables aux exécuteurs ou administrateurs de la succession de l'adhérent ou à ses ayants droit. Lorsqu'il y a plus d'un bénéficiaire désigné sans indication de leurs intérêts respectifs, ils partagent à part égale les prestations.
- d) Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant l'adhérent retournent à l'adhérent.

4.10 EXONÉRATION DE PRIME EN CAS D'INVALIDITÉ

Si un adhérent devient invalide avant l'âge de 65 ans ou avant la date de sa retraite, son assurance et, s'il y a lieu, celle de son conjoint et de ses enfants à charge, demeure en vigueur sans paiement de prime.

L'exonération de prime est accordée sans preuve justificative à l'assureur dès que l'adhérent reçoit la prestation d'assurance traitement de l'employeur pour la période durant laquelle il y a droit. Par la suite, l'exonération de la prime s'applique si l'invalidité existe au sens du régime optionnel d'assurance revenu en cas d'invalidité prolongée.

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

- a) la date de la fin de l'invalidité;

- b) la date de la retraite;
- c) la date du 65^e anniversaire de naissance;
- d) la date de la terminaison de la police;
- e) la date de la terminaison de la protection d'assurance de l'adhérent pour les garanties de base d'assurance maladie, garantie optionnelle d'assurance maladie complémentaire et garantie d'assurance en cas de mutilation et perte d'usage d'un membre suite à une maladie ou à un accident, soit à l'expiration d'un délai de 30 mois après la date du début de l'exonération des primes.

Toutefois, la terminaison de la police n'affecte pas l'exonération de la prime des garanties d'assurance vie et d'assurance revenu en cas d'invalidité prolongée.

4.11 PROLONGATION

4.11.1 ADHÉRENT

Lors de la terminaison de l'assurance de l'adhérent, l'assureur rembourse, pendant les 3 mois qui suivent immédiatement la date de cette terminaison, les frais admissibles engagés à la suite de la maladie, de l'accident ou de la grossesse qui a causé l'invalidité totale, à condition que :

- a) l'adhérent ait engagé, avant la date de terminaison de son assurance, des frais admissibles à la suite de la maladie, de l'accident ou de la grossesse qui a causé son invalidité totale;
- b) l'invalidité totale se continue de façon ininterrompue.

4.11.2 PERSONNES À CHARGE

Lors de la terminaison de l'assurance de l'adhérent, l'assureur rembourse, pour le conjoint ou l'enfant à charge assuré hospitalisé lors de la terminaison de l'assurance, pendant les 3 mois qui suivent immédiatement la date de cette terminaison, les frais admissibles engagés à la suite de la maladie, de l'accident ou de la grossesse qui a causé l'hospitalisation, à condition que :

- a) l'adhérent ait engagé, avant la date de la terminaison de l'assurance, des frais admissibles à la suite de la maladie, de l'accident ou de la grossesse qui a causé l'hospitalisation du conjoint ou de l'enfant à charge;

- b) l'hospitalisation se continue de façon ininterrompue.

4.12 DROIT DE TRANSFORMATION

4.12.1 ASSURANCE MALADIE

À moins d'être admissible à un autre régime d'assurance maladie collective, le droit de transformation permet à l'adhérent, son conjoint et ses personnes à charge d'obtenir, sans preuve d'assurabilité, par un contrat distinct, une protection d'assurance maladie sans la garantie d'assurance médicaments, aux taux et conditions fixés par l'assureur et alors en vigueur pour ce genre de protection, à condition d'en faire la demande par écrit au siège social de l'assureur dans les 31 jours de l'une des dates suivantes :

- a) la date à laquelle l'adhérent cesse d'être admissible à la présente assurance avant la terminaison de la police. Le droit de transformation peut alors être exercé pour l'adhérent et pour ses personnes à charge, si ces dernières étaient assurées en vertu de cette garantie;
- b) La date à laquelle le conjoint ou l'enfant à charge cesse de répondre à la définition prévue au présent régime;
- c) La date du décès de l'adhérent.

4.12.2 ASSURANCE VIE DE L'ADHÉRENT

Toute demande de droit de transformation doit être présentée dans les 31 jours suivant la cessation de l'admissibilité. La police individuelle émise en vertu de ce droit est une police de type «permanente» ou «temporaire à 65 ans», selon les types de police généralement offerts par l'assureur. Ce droit de transformation n'est pas disponible à l'adhérent qui prend sa retraite puisqu'il est alors admissible à l'assurance vie du régime des retraités.

Cette police individuelle ne comporte pas d'exonération de prime et la prime est calculée suivant les taux alors en vigueur pour l'âge atteint par l'adhérent lors de la transformation.

L'adhérent ne peut exercer le droit de transformation qu'une fois en vertu de tout contrat émis par l'assureur.

Toutefois, l'adhérent peut transformer la différence entre le montant d'assurance vie individuelle temporaire ou permanente qu'il détient en vertu de tout exercice antérieur du droit de transformation et le montant

transformable en vertu de cette garantie si ce montant est supérieur à celui déjà transformé.

4.12.3 ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

Lorsque le conjoint ou l'enfant à charge d'un adhérent cesse d'être admissible à la présente garantie du fait de la terminaison de l'assurance de l'adhérent à la suite de son décès, de la cessation de son emploi ou de son appartenance au groupe ou du fait que le conjoint ou l'enfant à charge ne répond plus à la définition prévue au contrat, ladite personne a le droit de transformer sans preuve d'assurabilité la présente garantie en une police individuelle aux mêmes conditions que l'assurance vie de l'adhérent.

Ce droit de transformation ne s'applique pas si le conjoint ou l'enfant à charge cesse d'être admissible à l'assurance à la suite de la retraite de l'adhérent.

Toute demande de transformation doit être présentée dans les 31 jours suivant la cessation de l'admissibilité.

4.12.4 ASSURANCE MUTILATION, ASSURANCE DÉCÈS ACCIDENTEL OU ASSURANCE REVENU EN CAS D'INVALIDITÉ PROLONGÉE

Ces garanties ne comportent pas de droit de transformation.

4.13 **ADHÉRENTS ÂGÉS DE 65 ANS OU PLUS**

Tout adhérent actif âgé de 65 ans ou plus conserve les mêmes garanties d'assurance maladie (base ou complémentaire) s'il bénéficiait de la protection de ces garanties immédiatement avant son 65^e anniversaire.

L'assurance vie de base optionnelle de l'adhérent, l'assurance vie additionnelle de l'adhérent, l'assurance décès accidentel et l'assurance vie additionnelle du conjoint (à l'exception de la première tranche de 10 000 \$) se terminent.

L'assureur communique avec l'adhérent 30 jours avant son 65^e anniversaire de naissance pour lui donner l'information nécessaire.

Pendant ces 30 jours, l'adhérent doit aviser l'assureur de son choix, soit :

- a) le maintien de 25%, 50%, 75% ou 100% du traitement annuel pour l'assurance vie,

- b) le maintien ou non de l'assurance vie de base du conjoint ou des enfants à charge et, s'il y a lieu, de la première tranche de 10 000 \$ de la garantie d'assurance vie additionnelle pour le conjoint.

Toutefois, à compter des 70^e et 75^e anniversaires de naissance de l'adhérent, la protection ne peut excéder respectivement 75% et 50% de son traitement.

Si aucun choix n'est signifié à l'assureur, l'adhérent conservera, le cas échéant, une protection d'assurance vie égale à 100% de son traitement, l'assurance vie des personnes à charge ainsi qu'une tranche de 10 000 \$ d'assurance vie optionnelle sur la vie du conjoint. Tous ces montants sont conservés à condition que l'adhérent bénéficie de ces couvertures.

ANNEXE

COMMENT FAIRE UNE DEMANDE DE PRESTATIONS?

FRAIS HOSPITALIERS

Dans le cas de frais hospitaliers engagés au Québec, la personne assurée doit présenter son certificat d'assurance à l'hôpital.

MÉDICAMENTS

Dans le cas des médicaments prescrits, la personne assurée présente son certificat d'assurance comportant sa carte médicaments ESI au pharmacien. **Les frais d'achat sont payables en entier à ce dernier** qui se charge de transmettre électroniquement la demande à l'assureur. Un chèque sera émis lors de la première des situations suivantes :

- dès que la somme des montants payables à l'adhérent atteint 75 \$; ou
- dès qu'une période de 14 jours s'est écoulée depuis la date à laquelle les frais ont été engagés.

Si le service ESI n'est pas disponible dans votre secteur ou que la demande de remboursement porte sur une catégorie précise de médicaments ne pouvant être transmise à l'assureur, les prestations sont payables directement à l'adhérent sur présentation à l'assureur des factures détaillées accompagnées du formulaire *Demande de règlement – Frais médicaux* dûment complété.

AUTRES FRAIS D'ASSURANCE MALADIE

Tous les autres frais doivent être réclamés par l'adhérent directement à l'assureur à l'aide des factures détaillées, accompagnées du formulaire *Demande de règlement – Frais médicaux* dûment complété.

L'adhérent envoie uniquement l'original des factures acquittées et doit conserver une copie des factures transmises à l'assureur (les factures ne sont pas retournées).

Le remboursement est adressé à l'adhérent lorsque sa demande a été reçue et traitée.

FRAIS ATTRIBUABLES À UN ACCIDENT DU TRAVAIL (CSST) OU D'AUTOMOBILE (SAAQ)

Dans le cas d'un accident du travail ou d'automobile, tous les frais médicaux ou hospitaliers découlant de cet accident sont remboursables par la CSST ou la SAAQ.

L'adhérent exonéré de primes doit effectuer, après l'expiration des 6 premiers mois d'invalidité, une demande d'exonération des primes à l'assureur et soumettre, s'il y a lieu, dans les 31 jours de la demande de l'assureur, des preuves satisfaisantes de la continuation de son invalidité totale, faute de quoi l'exonération prend fin à cette date.

ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT, DE SON CONJOINT ET SES ENFANTS À CHARGE

Les formulaires de demande de prestation s'obtiennent directement de l'assureur.

ASSURANCE REVENU EN CAS D'INVALIDITÉ PROLONGÉE

L'adhérent doit faire parvenir au siège social de l'assureur, avant la fin du 4^e mois de la date de l'accident ou de celle du commencement de l'invalidité par maladie ou grossesse un avis et, sur demande de l'assureur, des preuves écrites de ces événements et de son invalidité. Par la suite, des preuves de continuation de l'invalidité doivent être soumises, chaque fois que l'assureur le demande. Cependant, lorsqu'un rapport médical vient confirmer que l'invalidité est stationnaire, des preuves de continuation de l'invalidité n'ont à être soumises à l'assureur qu'une fois l'an et ce, tant qu'aucun rapport médical ultérieur ne vienne infirmer le précédent.

Le fait de ne pas fournir à l'assureur toutes preuves supplémentaires ou de ne pas se soumettre à un examen médical, dont la date est déterminée par

l'assureur au moment de la demande écrite de l'assureur, prive l'adhérent du droit de retirer des prestations en vertu de la présente garantie, relativement à l'invalidité en cause, pour la période s'étendant de la fin d'un délai de 31 jours à compter de la demande écrite jusqu'à la date de réception par l'assureur de telles preuves supplémentaires ou du rapport de l'examen médical demandé. Toutefois, si l'adhérent ne se soumet pas à une telle demande de l'assureur dans un délai de 6 mois, il perd le droit de retirer des prestations en vertu de la présente garantie relativement à cette invalidité, rétroactivement à la date de la demande initiale qui lui avait été faite par l'assureur sauf s'il est dans l'impossibilité physique ou mentale de fournir à l'assureur les preuves demandées.

FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS LORS D'UN SÉJOUR À L'ÉTRANGER ET ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

Frais engagés lors d'un séjour à l'étranger

Les frais hospitaliers ou médicaux admissibles ne sont remboursés qu'une fois l'étude de la demande terminée par les organismes gouvernementaux, et les prestations versées, le cas échéant, par ces mêmes organismes.

Tous les autres frais couverts peuvent être réclamés directement à l'assureur, sur présentation de pièces justificatives satisfaisantes.

Les prestations payables en vertu de cette garantie sont réduites de toutes les prestations payables en vertu de tout autre contrat individuel ou collectif.

Assurance annulation de voyage

Lors d'une demande de prestations, la personne assurée doit fournir les pièces justificatives suivantes :

- a) titres de transport inutilisés;
- b) reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires;
- c) reçus pour les arrangements terrestres et autres déboursés. Les reçus doivent inclure les contrats émis officiellement par l'intermédiaire d'un agent de voyage ou d'une compagnie accréditée dans lesquels il est fait mention des montants non remboursables en cas d'annulation. Une preuve écrite de la demande de la personne assurée à cet effet ainsi que les résultats de cette demande doivent être transmis à l'assureur;

- d) document officiel attestant la cause de l'annulation. Si l'annulation est due à des raisons médicales, la personne assurée doit fournir un certificat médical émis par un médecin autorisé par la loi et pratiquant dans la localité de survenance de la maladie ou l'accident; le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet qui confirme la nécessité pour la personne assurée d'annuler, de retarder ou d'interrompre son voyage;
- e) rapport de police dans le cas d'un accident de la route ou de la fermeture d'urgence d'une route;
- f) rapport officiel émis par les autorités concernées portant sur les conditions atmosphériques;
- g) tout autre rapport exigé par l'assureur permettant de justifier la demande de prestations.

SUPPORT À LA DEMANDE DE PRESTATIONS

- L'adhérent convient de fournir elle-même ou de faire fournir, à ses frais, les preuves nécessaires à l'établissement de son droit à des prestations et au moment de ces dernières;
- L'adhérent accepte que l'assureur puisse faire examiner la personne dont l'accident ou la maladie fait l'objet d'une demande de prestations ou d'exonération de prime par un médecin choisi et rémunéré par l'assureur, aussi souvent que ce dernier peut raisonnablement l'exiger, pendant la durée de l'invalidité ou pendant que la demande de prestations est en voie de règlement.
- Les personnes assurées doivent présenter une demande de prestations dans les 12 mois de la date à laquelle les frais ont été engagés.

AUTRES RENSEIGNEMENTS

À L'ADHÉRENT QUI PREND SA RETRAITE

Lorsqu'un adhérent prend sa retraite, il demeure admissible au présent régime d'assurance collective pour les garanties optionnelles d'assurance vie et d'assurance vie des personnes à charge en complétant la section de la brochure prévue à cet effet dans les 31 jours suivant la fin de sa participation au régime.

Dans le cas de la garantie d'assurance maladie, l'adhérent âgé de moins de 65 ans doit en premier lieu souscrire au régime d'assurance collective de son conjoint si ce dernier a accès à un tel régime, ou au régime offert par le *Réseau des ingénieurs du Québec* s'il demeure membre en règle de l'*Ordre des ingénieurs du Québec*. Dans le cas contraire, il doit s'inscrire auprès de la *Régie de l'assurance-maladie du Québec* afin d'être couvert par le *Régime général d'assurance-médicaments du Québec*.

À son 65^e anniversaire de naissance, l'adhérent retraité doit s'inscrire auprès de la *Régie de l'assurance-maladie du Québec* afin d'être couvert par le *Régime général d'assurance-médicaments du Québec*, s'il n'est pas couvert par le régime d'assurance collective de son conjoint.

De plus, dans les 31 jours suivant la fin de la participation de l'adhérent au régime d'assurance collective, l'assureur offre la possibilité de transformer certains éléments de la garantie Assurance maladie complémentaire du présent régime (honoraires paramédicaux, hospitalisation et certains autres frais) en une protection individuelle.

RÉDUCTION

Les prestations payables en vertu de tout régime public ou privé, individuel ou collectif ou en vertu de toute initiative d'un gouvernement y compris les frais garantis par un régime financé entièrement ou en partie au moyen de l'impôt et les frais qui l'auraient été si le fournisseur de ces services avait choisi de participer à de tels régimes sont déduites de toutes prestations payables en vertu du présent régime.

Aux fins d'application de la garantie d'assurance maladie du présent régime, toutes les personnes assurées sont considérées comme étant couvertes en

vertu des lois sur l'assurance hospitalisation et sur l'assurance maladie de leur province de résidence et, en aucun temps, les sommes versées par l'assureur ne dépasseront celles qui l'auraient été si la personne assurée avait été couverte en vertu de ces lois.

ENFANTS AUX ÉTUDES

Les procédures administratives suivantes sont en vigueur pour les enfants aux études :

- Dans le cas de ESI, une première demande de règlement est remboursée et un message apparaîtra sur le chèque de remboursement afin de demander à l'adhérent de voir à l'enregistrement du statut d'étudiant de la personne à charge, à défaut de quoi tout autre demande pour cette personne à charge sera refusée.
- Dans le cas des demandes de règlement traitées manuellement par le service des règlements de l'assureur, le statut d'étudiant de l'enfant à charge doit être indiqué sur la demande ainsi que le nom de l'établissement scolaire fréquenté. L'information est acceptée pour la durée d'une session.

CHANGEMENT D'ADRESSE

L'adhérent doit aviser l'assureur de tout changement d'adresse.

DOSSIER ET RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements personnels détenus à votre sujet, l'assureur constitue un dossier d'assurance dans lequel sont versés les renseignements relatifs à toute demande de règlement.

Seuls les employés ou mandataires qui sont responsables de la sélection des risques, des enquêtes et des demandes de règlement, ou toute autre personne que vous aurez autorisée ont accès à votre dossier. Votre dossier est détenu à la place d'affaire de l'assureur à Montréal.

Vous avez le droit de prendre connaissance des renseignements personnels versés à votre dossier et, le cas échéant, les faire rectifier en formulant par écrit votre demande à l'attention du responsable de l'accès à l'information.

Pour toute information additionnelle, veuillez communiquer avec :

Industrielle-Alliance, Assurance et services financiers inc.

C.P. 800, succursale Maison de la Poste

Montréal QC H3A 3K5

(514) 499-3800

1 877 422-6487

GRILLE DES TAUX

Taux de prime par période de 14 jours applicables à compter du premier jour de la période de paie qui coïncide avec ou qui suit le 1^{er} juillet 2009

	STATUT DE PROTECTION											
	INDIVIDUEL				MONOPARENTAL				FAMILIAL			
	YÉ	YEUR	Congé de prime	TOTAL	YÉ	YEUR	Congé de prime	TOTAL	YÉ	YEUR	Congé de prime	TOTAL
Moins de 65 ans *	26,69 \$	0,92 \$	0,00 \$	27,61 \$	41,75 \$	2,31 \$	0,00 \$	44,06 \$	67,11 \$	2,31 \$	0,00 \$	69,42 \$
65 ans ou plus. Inscrit à la RAMQ *	16,36 \$	0,92 \$	0,00 \$	17,28 \$	25,53 \$	2,31 \$	0,00 \$	27,84 \$	41,71 \$	2,31 \$	0,00 \$	44,02 \$
prime additionnelle pour les 65 ans ou plus ⁽¹⁾	118,17 \$	---	---	118,17 \$	137,60 \$	---	---	137,60 \$	252,67 \$	---	---	252,67 \$
<i>* Incluant la mutilation accidentelle ou par maladie à 1,36 \$ par certificat individuel, 2,22 \$ par certificat monoparental et 3,61 \$ par certificat familial.</i>												
Assurance maladie complémentaire	4,42 \$	---	0,00 \$	4,42 \$	6,55 \$	---	0,00 \$	6,55 \$	10,78 \$	---	0,00 \$	10,78 \$
Assurance salaire de longue durée	0,447 % du salaire brut											

⁽¹⁾ Prime additionnelle payée par l'adhérent de 65 ans ou plus qui se procure la garantie médicaments dans le régime collectif plutôt qu'à la RAMQ. Cette prime est payable à compter du premier jour de la première période de paie complète suivant son 65^e anniversaire de naissance.

GRILLE DES TAUX (suite)

ASSURANCE VIE (taux par 1 000 \$ de protection sauf pour l'assurance vie des PAC où le taux est fixe)								
GROUPE D'ÂGE	DE BASE	ADDITIONNELLE ⁽²⁾				D.A. (Décès Accidentel)	PERSONNES À CHARGE (PAC)	
		Homme		Femme			Monoparental (Base)	Familial (Base)
		Fumeur ⁽³⁾	Non-fumeur	Fumeuse ⁽³⁾	Non-fumeuse			
Moins de 30 ans	0,087 \$	0,04 \$	0,03 \$	0,03 \$	0,02 \$	0,018 \$	0,28 \$	0,58 \$
30 à 34 ans	0,087 \$	0,04 \$	0,03 \$	0,03 \$	0,02 \$	0,018 \$	0,28 \$	0,58 \$
35 à 39 ans	0,087 \$	0,06 \$	0,04 \$	0,05 \$	0,03 \$	0,018 \$	0,28 \$	0,58 \$
40 à 44 ans	0,087 \$	0,08 \$	0,06 \$	0,06 \$	0,05 \$	0,018 \$	0,28 \$	0,58 \$
45 à 49 ans	0,087 \$	0,12 \$	0,09 \$	0,09 \$	0,07 \$	0,018 \$	0,28 \$	0,58 \$
50 à 54 ans	0,087 \$	0,20 \$	0,15 \$	0,15 \$	0,11 \$	0,018 \$	0,28 \$	0,58 \$
55 à 59 ans	0,087 \$	0,33 \$	0,22 \$	0,25 \$	0,17 \$	0,018 \$	0,28 \$	0,58 \$
60 à 64 ans	0,087 \$	0,54 \$	0,40 \$	0,41 \$	0,30 \$	0,018 \$	0,28 \$	0,58 \$
65 à 69 ans	---	0,96 \$ ⁽⁴⁾⁽⁵⁾	0,72 \$ ⁽⁴⁾⁽⁵⁾	0,77 \$ ⁽⁴⁾⁽⁵⁾	0,58 \$ ⁽⁴⁾⁽⁵⁾	---	1,94 \$	1,94 \$
70 à 74 ans	---	1,74 \$	1,31 \$	1,39 \$	1,05 \$	---	1,94 \$	1,94 \$
75 ans et plus	---	2,94 \$	2,21 \$	2,35 \$	1,77 \$	---	1,94 \$	1,94 \$

(2) Les taux s'appliquent autant pour l'adhérent que pour le conjoint.

(3) À défaut d'une déclaration de «non-fumeur», le taux «fumeur» s'applique.

(4) Pour l'employé âgé de 65 ans ou plus qui continue de travailler, la protection disponible en assurance vie est un pourcentage du salaire annuel immédiatement avant l'âge de 65 ans. Ces pourcentages sont les suivants : 25%, 50%, 75% et 100%. Toutefois, à compter du 70^e et du 75^e anniversaire, la protection ne peut excéder respectivement 75% et 50% du traitement.

(5) À 65 ans, le conjoint ne peut conserver qu'un seul montant de 10 000 \$ en assurance vie.

N.B. : Ces primes n'incluent pas la taxe de vente provinciale de 9%.

**CESSATION D'EMPLOI POUR CAUSE DE RETRAITE, DÉMISSION OU MISE À PIED et
MAINTIEN DES PROTECTIONS D'ASSURANCE MALADIE ET D'ASSURANCE VIE**

TYPE DE PROTECTION	VOUS ÊTES ADMISSIBLE À UN AUTRE RÉGIME COLLECTIF D'ASSURANCE MALADIE OU D'INVALIDITÉ	VOUS N'ÊTES PAS ADMISSIBLE À UN AUTRE RÉGIME COLLECTIF D'ASSURANCE MALADIE OU D'INVALIDITÉ
Assurance-médicaments	<p align="center">Vous êtes âgé de moins de 65 ans :</p> <p>La Loi sur l'assurance-médicaments vous oblige à adhérer à un autre régime collectif, soit celui de :</p> <p>1- L'Ordre des ingénieurs (plan Bronze) (1 800 794-3144), ou; 2- de votre conjoint, ou; 3- de tout autre régime auquel vous êtes admissible.</p>	<p>La Loi sur l'assurance-médicaments vous oblige à vous inscrire auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec.</p>
	<p align="center">Vous êtes âgé de 65 ans ou plus :</p> <p>Vous êtes automatiquement inscrit au Régime gouvernemental de la Loi sur l'assurance-médicaments.</p> <p>Vous devez vous désengager de la Loi sur l'assurance médicaments si vous désirez maintenir votre protection d'assurance médicaments dans un autre régime collectif d'assurance maladie.</p>	<p>Vous êtes automatiquement inscrit au Régime gouvernemental de la Loi sur l'assurance-médicaments.</p>

TYPE DE PROTECTION	
Assurance pour autres soins de santé (Assurance voyage, hospitalisation, autres professionnels de la santé, etc.)	Vous êtes admissible sans preuves d'assurabilité au régime de l'assureur si vous en faites la demande dans les 31 jours de la fin de votre admissibilité de votre contrat actuel.
Assurance vie	<p>Assurance vie SI votre cessation d'emploi résulte de la prise de votre retraite, vous pouvez conserver vos protections d'assurance vie en avisant l'assureur dans les 60 jours de la prise de la retraite.</p> <p>Si votre cessation d'emploi résulte d'un autre motif, vous bénéficiez d'un droit de transformation.</p>