



Votre régime d'assurance collective



RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

MINISTÈRE DE LA FAMILLE

Police n° N001



Desjardins

Assurances

Vie • Santé • Retraite

Votre régime d'assurance collective

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

MINISTÈRE DE LA FAMILLE

Police n° N001

Le présent document fait partie intégrante de l'attestation d'assurance. Il constitue un résumé de votre police d'assurance collective. Seule la police d'assurance collective peut servir à trancher les questions d'ordre juridique.

Brochure publiée le 19 septembre 2025

TABLE DES MATIÈRES

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE.....	1
SOMMAIRE DES GARANTIES	2
DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	12
DÉFINITIONS	12
ADMISSIBILITÉ À L'ASSURANCE	22
PARTICIPATION	25
DROIT D'EXEMPTION ET FIN DU DROIT D'EXEMPTION	28
ADHÉSION ET PRISE D'EFFET DE LA COUVERTURE	29
MODIFICATION DU TYPE DE PROTECTION.....	31
CHANGEMENT DE MODULE	33
ABSENCE DE L'ADHÉRENTE DU TRAVAIL	34
FIN DU LIEN D'EMPLOI ET INVALIDITÉ EN COURS.....	41
EXONÉRATION DE PRIME EN CAS D'INVALIDITÉ TOTALE	41
TERMINAISON DE LA COUVERTURE.....	42
PERSONNES ASSURÉE DE 65 ANS ET PLUS	43
FRAUDE.....	43
DROIT DE TRANSFORMATION	44
BÉNÉFICIAIRE DE L'ASSURANCE VIE	44
COORDINATION DES PRESTATIONS	45
DEMANDE DE PRESTATIONS.....	45

DESCRIPTION DES GARANTIES	50
GARANTIE D'ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENTE.....	50
GARANTIE D'ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENTE.....	51
GARANTIE D'ASSURANCE MUTILATION ACCIDENTELLE DE L'ADHÉRENTE.....	52
GARANTIE D'ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE	54
GARANTIE D'ASSURANCE MUTILATION ACCIDENTELLE DES PERSONNES À CHARGE	54
GARANTIE D'ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE....	55
GARANTIE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE....	61
GARANTIE D'ASSURANCE SOINS MÉDICAUX – MODULES A, B ET C	68
FRAIS ADMISSIBLES AU CANADA	68
MÉDICAMENTS – MODULES A, B ET C	68
FRAIS HOSPITALIERS – MODULE C SEULEMENT	74
AUTRES FRAIS MÉDICAUX – MODULE A	75
AUTRES FRAIS MÉDICAUX – MODULES B ET C.....	76
ASSURANCE VOYAGE – MODULES B ET C.....	81
ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE – MODULES B ET C.....	88
GARANTIE D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES – MODULES B ET C SEULEMENT	98
BON À SAVOIR	112

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

Le régime d'assurance collective se compose de trois modules, tels que décrits dans le tableau ci-après.

Garanties	Module A	Module B	Module C
Assurance vie de base de l'adhérente	√	√	√
¹ Assurance vie additionnelle de l'adhérente	√	√	√
Assurance mutilation accidentelle de l'adhérente	√	√	√
¹ Assurance vie des personnes à charge	√	√	√
¹ Assurance mutilation accidentelle des personnes à charge	√	√	√
Assurance salaire de courte durée	√	√	√
Assurance salaire de longue durée	√	√	√
Assurance soins médicaux	A	B	C
Assurance soins dentaires	s. o.	B	C

¹ Garanties facultatives

SOMMAIRE DES GARANTIES

Toutes les garanties peuvent être assujetties à des exclusions ou limitations, lesquelles sont décrites dans cette brochure.

La description complète de chaque garantie se trouve dans les pages suivantes.

Garanties	Modules A, B et C	
Assurance vie de base et assurance mutilation accidentelle de l'adhérente	Montant d'assurance :	100 % du salaire, arrondi au prochain multiple de 1 000 \$
	Terminaison :	65 ans ou la retraite, selon la première éventualité
Assurance vie additionnelle de l'adhérente (garantie facultative)	Montant d'assurance :	Unité de 5 000 \$, minimum 5 unités (25 000 \$) et maximum 40 unités (200 000 \$)
	Terminaison :	65 ans ou la retraite, selon la première éventualité
		Des preuves d'assurabilité sont obligatoires pour tout montant d'assurance.
Assurance vie et assurance mutilation accidentelle des personnes à charge (garantie facultative)	Montant d'assurance :	Conjoint : 5 000 \$ Chaque enfant : 5 000 \$
	Terminaison :	65 ans ou la retraite, selon la première éventualité

Garanties	Modules A, B et C
Assurance salaire de courte durée *	Prestations : 75 % du salaire - Régime de prestation supplémentaires de chômage (PSC) Statut fiscal : Prestations imposables Délai de carence : 7 jours (calendrier) Durée des prestations : 36 semaines (26 semaines si l'adhérente a 65 ans et plus) Terminaison : À la retraite
* Rapports médicaux exigés par l'Assureur, pour une demande de prestations d'assurance salaire de courte ou de longue durée, pour une adhérente qui est exemptée de la garantie d'assurance soins médicaux, 50 \$ par formulaire, jusqu'à concurrence d'un maximum global payable de 150 \$ par année de régime.	

Garanties	Modules A, B et C
Assurance salaire de longue durée	Prestations : 65 % des premiers 24 000 \$ de salaire annuel, plus 47 % des 24 000 \$ suivants et 45,3 % de l'excédent Statut fiscal : Prestations non imposables Délai de carence : 36 semaines + le délai de carence de la garantie d'assurance salaire de courte durée ou la fin de la durée maximale des prestations d'assurance salaire de courte durée Âge maximum d'admissibilité : 64 ans et 15 semaines Indexation : Non Maximum de toutes sources : 90 % du salaire net Terminaison : 65 ans ou la retraite, selon la première éventualité
* Rapports médicaux exigés par l'Assureur, pour une demande de prestations d'assurance salaire de courte ou de longue durée, pour une adhérente qui est exemptée de la garantie d'assurance soins médicaux, 50 \$ par formulaire, jusqu'à concurrence d'un maximum global payable de 150 \$ par année de régime.	

Année de régime : du 1 ^{er} avril au 31 mars	GARANTIE D'ASSURANCE SOINS MÉDICAUX		
	Module A	Module B	Module C
Médicaments*			
Franchise par année de régime	200 \$ par adulte	100 \$ par adulte	0 \$
Coassurance	68 %	75 %	80 %
	100 % après avoir atteint la contribution maximale par année civile fixée par la RAMQ pour les trois modules		
Définition de médicaments	Nécessitant une ordonnance + substitution générique obligatoire** + substitution biosimilaire obligatoire		
Injections sclérosantes*	Frais admissibles de 20 \$ par visite		

	Module A	Module B	Module C
Frais hospitaliers	Non	Non	100 % Chambre semi-privée
Assurance voyage	Non	100 % Max. viager de 5 000 000 \$ par personne assurée	100 % Max. viager de 5 000 000 \$ par personne assurée
Assurance annulation de voyage	Non	100 % Max. 5 000 \$ par événement	100 % Max. 5 000 \$ par événement
Autres frais			
Radiographies*, analyses de laboratoire* et électrocardiogrammes*	Non	75 %	75 %
Résonance magnétique* et scanners*	Non	50 % Max. 1 par année de régime	50 % Max. 1 par année de régime
Échographie*	Non	75 % Max. 400 \$ par année de régime	75 % Max. 400 \$ par année de régime

	Module A	Module B	Module C
Infirmière diplômée*	Non	75 % Max. 5 000 \$ par année de régime	75 % Max. 5 000 \$ par année de régime
Fauteuil roulant*, lit d'hôpital*, appareils d'assistance respiratoire*	Non	75 %	75 %
Membres artificiels* et autres prothèses externes*	Non	75 % Max. 6 000 \$ par membre ou prothèse	75 % Max. 6 000 \$ par membre ou prothèse
Bandages herniaires*, corsets*, béquilles*, attelles*, plâtres* et autres appareils orthopédiques*	Non	75 %	75 %
Orthophoniste* et audiologiste*	Non	75 %	75 %

	Module A	Module B	Module C
Glucomètre*	Non	75 % Max. 270 \$ par période de 60 mois	75 % Max. 270 \$ par période de 60 mois
Bas de contention*	Non	75 % Max. 3 paires par année de régime	75 % Max. 3 paires par année de régime
Prothèse capillaire*	Non	75 % Max. viager de 400 \$	75 % Max. viager de 400 \$
Pompe à insuline*	Non	75 % Max. 6 000 \$ par période de 60 mois	75 % Max. 6 000 \$ par période de 60 mois
Accessoires (tubulures, cathéters)*	Non	75 % Max. 1 800 \$ par année de régime	75 % Max. 1 800 \$ par année de régime
Équipements thérapeutiques*	Non	75 % Max. viager de 10 000 \$	75 % Max. viager de 10 000 \$
Stérilets	68 % 50 \$ admissibles par stérilet, maximum 2 stérilets par année de régime	75 % 50 \$ admissibles par stérilet, maximum 2 stérilets par année de régime	75 % 50 \$ admissibles par stérilet, maximum 2 stérilets par année de régime
Ambulance	Non	75 %	75 %

	Module A	Module B	Module C
Chirurgien-dentiste (lésions accidentelles)	Non	75 %	75 %
Chiropraticien, ostéopathe et physiothérapeute	Non	75 % Max. combiné de 500 \$ par année de régime	75 % Max. combiné de 500 \$ par année de régime
Acupuncteur, massothérapeute*, naturopathe et podiatre	Non	Non	75 % Max. combiné de 500 \$ par année de régime
Psychologue, psychothérapeute et travailleur social	68 % Max. combiné de 300 \$ par année de régime	75 % Max. combiné de 400 \$ par année de régime	75 % Max. combiné de 400 \$ par année de régime
Rapports médicaux	100 % Max. 50 \$ par formulaire, jusqu'à concurrence d'un maximum global payable de 150 \$ par année de régime		
* Remboursés avec prescription médicale seulement ** Politique du prix le plus bas et confirmation par le médecin requise pour dérogation Les maximums sont des montants remboursables à moins d'indication contraire. Terminaison : À la retraite			

Année de régime : du 1 ^{er} avril au 31 mars	GARANTIE D'ASSURANCE SOINS DENTAIRE		
	Module A	Module B	Module C
Franchise annuelle	Non	0 \$	0 \$
Maximum	Non	1 500 \$ par année de régime	1 500 \$ par année de régime
Fréquence de rappel	Non	9 mois	9 mois
Soins préventifs, soins de base, endodontie et parodontie	Non	60 %	85 %
Soins majeurs	Non	Non	60 %
Terminaison : À la retraite			

EXONÉRATION DES PRIMES

Cette disposition s'applique aux garanties suivantes :

- garantie d'assurance vie de base de l'adhérente
- garantie d'assurance vie additionnelle de l'adhérente
- garantie d'assurance mutilation accidentelle de l'adhérente
- garantie d'assurance vie des personnes à charge
- garantie d'assurance mutilation accidentelle des personnes à charge
- garantie d'assurance salaire de courte durée
- garantie d'assurance salaire de longue durée
- garantie d'assurance soins médicaux
- garantie d'assurance soins dentaires

Début de l'exonération des primes	à compter du premier jour du mois qui suit 17 semaines d'invalidité totale
-----------------------------------	--

Voir l'article Exonération de prime en cas d'invalidité totale pour la description complète.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

DÉFINITIONS

Accident

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

Adhérente

Toute employée admissible qui est assurée en vertu de la police.

Année de régime

L'année de régime commence le 1^{er} avril et se termine le 31 mars de l'année suivante.

Assureur

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

CNESST

Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail.

Congé sans solde

Une absence permise et accordée à une employée pour une période déterminée et durant laquelle aucun salaire ne lui est versé. Un congé sans solde est un congé non rémunéré.

Les absences reliées à une mise à pied temporaire, une grève, un lock-out, une cessation concertée du travail ou une libération syndicale prolongée ne sont pas considérés comme un congé sans solde, bien qu'il n'y ait aucun salaire assurable versé durant ces absences.

Dentiste ou chirurgien-dentiste

Personne autorisée à pratiquer la médecine dentaire, agréée par l'organisme qui a juridiction à l'endroit où elle fournit les services dentaires.

Effectivement au travail

Le fait pour une employée d'être présente au travail et d'exercer toutes les fonctions inhérentes à son poste, selon son horaire habituel et normal de travail.

Employée

- 1) Toute personne salariée au service d'un employeur et dont la semaine régulière de travail auprès de cet employeur est d'au moins 20 heures par semaine dans le même statut d'emploi, soit comme titulaire d'un poste permanent, soit comme non titulaire d'un poste permanent; ou
- 2) Toute propriétaire salariée ou actionnaire salariée dont la semaine régulière de travail est d'au moins 20 heures par semaine.

Aux fins du présent régime, la personne responsable d'un service de garde en milieu familial reconnue par un bureau coordonnateur de la garde en milieu familial en vertu de la *Loi sur les services de garde éducatifs à l'enfance*, la personne qui l'assiste, la personne remplaçante ou toute autre personne qu'elle emploie ne sont pas considérées comme employée.

Employeur

Participant au régime d'assurance, tout titulaire d'un permis de centre de la petite enfance ou de garderie délivré en vertu de la *Loi sur les services de garde éducatifs à l'enfance* qui reçoit une subvention en vertu de l'article 90 de cette loi, ainsi que la personne morale agréée à titre de bureau coordonnateur de la garde en milieu familial en vertu de cette même loi.

Événement de vie

Sont considérés à ce titre les événements suivants :

- a) mariage*, union civile*;
*ne s'applique pas dans le cas d'un conjoint assurable avant le mariage ou l'union civile.
- b) la date à laquelle le conjoint de fait devient admissible à la couverture selon les dispositions du contrat,
- c) naissance d'un premier enfant (adoption, garde légale);
- d) séparation, divorce, union civile dissoute;
- e) fin de l'admissibilité du dernier enfant à charge;
- f) retour aux études d'un enfant à charge sans autres enfants à charge préalablement;
- g) décès du conjoint ou du dernier enfant à charge;
- h) obtention d'un poste permanent;
- i) perte ou obtention de couverture du conjoint, pour une raison autre qu'un choix personnel.

Hôpital

Tout centre hospitalier qui est autorisé par la loi à fournir des soins et services de santé et dont les services sont couverts en vertu de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* du Québec.

Pour les centres hospitaliers à l'extérieur du Québec, tout centre possédant un standard similaire.

Invalidité totale

AUX FINS DE L'ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE : une incapacité continue causée par un accident ou une maladie qui empêche l'adhérente de remplir les principales fonctions de son emploi régulier.

AUX FINS DE L'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE :

- 1) pendant le délai de carence de la garantie d'assurance salaire de longue durée et les 20 mois suivants d'une même période d'invalidité, une incapacité continue causée par un accident, une maladie, une complication de grossesse ou un don d'organes qui empêche l'adhérente de remplir les principales fonctions de son emploi régulier,
- 2) par la suite, une incapacité totale et continue causée par un accident ou une maladie qui empêche l'adhérente d'exercer toute occupation rémunératrice ou de faire tout travail pouvant lui rapporter un salaire ou un profit quelconque, occupation ou travail auquel elle est raisonnablement préparée par son éducation, son entraînement ou son expérience sans égard à la disponibilité d'emploi.

Toute période au cours de laquelle une adhérente bénéficie d'un retrait préventif relatif à une grossesse ou à l'allaitement et approuvé par la CNESST n'est pas reconnue comme une période d'invalidité.

Jour ou journée ouvrable

Journée de travail selon l'horaire habituel de l'adhérente.

Maladie

Toute détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un médecin. Aux fins de la police, les dons d'organes et leurs complications sont également considérés comme des maladies.

Médecin

Tout médecin légalement autorisé à la pratique de la médecine.

Médicament équivalent

Un médicament, de marque ou générique, dit interchangeable en vertu de la loi provinciale applicable où le médicament est délivré.

Membre de la famille

Le conjoint, le fils, la fille, le père, la mère, le frère, la sœur, le beau-père, la belle-mère, le beau-fils, la belle-fille, le grand-père, la grand-mère, le petit-enfant, le demi-frère, la demi-sœur, le beau-frère, la belle-sœur, le gendre, la bru, l'oncle, la tante, le neveu ou la nièce de la personne assurée.

Membre de la famille immédiate

Une personne qui est le conjoint, le fils, la fille, le père, la mère, le frère, la sœur, le gendre, la bru, le beau-fils, la belle-fille, le beau-père, la belle-mère, le beau-frère ou la belle-sœur de l'adhérent.

Même période d'invalidité totale

AUX FINS DE L'ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE :

Une période d'invalidité qui a donné lieu à des prestations en vertu de la garantie d'assurance salaire de courte durée et toute période d'invalidité subséquente qui sont dues à la même cause, ou à des causes non entièrement différentes, sans être séparées par une période de capacité ou de disponibilité pour le retour au travail régulier de l'adhérente d'au moins 31 jours consécutifs, ou qui sont dues à des causes entièrement différentes sans être séparées par une période de capacité ou de disponibilité pour le retour au travail régulier de l'adhérente d'au moins un jour entier.

AUX FINS DE L'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE :

Une période d'invalidité qui a donné lieu à des prestations en vertu de la garantie d'assurance salaire de longue durée et toute période d'invalidité subséquente qui sont dues à la même cause, ou à des causes non entièrement différentes, sans être séparées par une période de capacité ou de disponibilité pour le retour au travail régulier de l'adhérente d'au moins 6 mois consécutifs, ou qui sont dues à des causes entièrement différentes sans être séparées par une période de capacité ou de disponibilité pour le retour au travail régulier de l'adhérente d'au moins un jour entier.

Cependant, à la terminaison des garanties d'assurance salaire de courte durée et de longue durée, les modalités prévues par toute loi applicable s'appliquent en lieu et place de la présente définition.

Ministère

Ministère de la Famille.

Personne assurée

L'adhérente ou l'une de ses personnes à charge.

Personnes à charge

Le conjoint(e) et les enfants à charge de l'adhérente, définis de la façon suivante :

Conjoint(e) – Toute personne qui réside au Canada et qui, au moment de l'événement qui ouvre droit à des prestations :

- 1) est légalement mariée ou unie civilement à l'adhérente;
- 2) vit conjugalement avec l'adhérente depuis au moins 12 mois et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union; ou
- 3) vit conjugalement avec l'adhérente, a eu un enfant avec lui et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union.

En présence de deux conjoints, un seul sera reconnu par l'assureur. La priorité sera accordée dans l'ordre suivant :

- 1) le conjoint qui a été le dernier à être désigné comme tel par un avis écrit de l'adhérente à l'assureur, sous réserve de l'acceptation de toute preuve d'assurabilité exigible en vertu de la police;
- 2) le conjoint à qui l'adhérente est unie par les liens du mariage.

Enfant à charge – toute personne célibataire pour qui l'adhérente ou le conjoint de l'adhérente assume le soutien et qui :

- 1) est âgée de moins de 21 ans et à l'égard de laquelle l'adhérente ou le conjoint de l'adhérente exerce une autorité parentale ou l'exercerait si l'enfant était mineur;
- 2) est âgée de 21 ans ou plus, mais de moins de 26 ans, étudie à temps plein dans une institution d'enseignement reconnue, moyennant présentation d'une preuve à la satisfaction de l'assureur et à l'égard de laquelle l'adhérente ou le conjoint(e) de l'adhérente exercerait l'autorité parentale si elle était mineure;
- 3) est majeur et atteint d'une incapacité en raison d'une invalidité physique ou mentale survenue lorsqu'il répondait à l'une ou l'autre des définitions données dans les paragraphes 1) ou 2) ci-dessus.

L'enfant est considéré atteint d'incapacité s'il ne peut exercer un emploi suffisamment rémunérateur et qu'en raison de son invalidité physique ou mentale, il dépend entièrement du soutien financier de l'adhérent ou du conjoint de l'adhérent pour subvenir à ses besoins. De plus, il doit être domicilié chez l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent qui exercerait l'autorité parentale ou détiendrait la tutelle légale si cet enfant était mineur.

Perte

- 1) pour une main, perte de l'usage ou le sectionnement complet à l'articulation du poignet ou entre le poignet et le coude;
- 2) pour un pied, perte de l'usage ou le sectionnement complet à l'articulation de la cheville ou entre la cheville et le genou;
- 3) pour un doigt, perte de l'usage ou le sectionnement complet à l'articulation de la deuxième phalange d'un même doigt;
- 4) pour un orteil, perte de l'usage ou le sectionnement complet d'une phalange du gros orteil, et de toutes les phalanges des autres orteils;
- 5) pour la vue, la perte totale et irrémédiable de la vision d'un œil, diagnostiquée par un ophtalmologiste dûment qualifié, et qui correspond à une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins ou à des champs visuels de moins de 20 degrés.

Perte de l'usage

Perte totale de l'usage qui a été continue pendant 12 mois consécutifs depuis la date de l'accident et qui est irréversible.

Preneur

Ministère de la Famille.

Preuve d'assurabilité

Toute attestation relative à l'état de santé physique de la personne ou d'autres données factuelles pouvant influencer sur l'acceptation du risque. Seules sont acceptées les attestations faites à l'aide de formulaires approuvés par l'assureur.

Proche parent

Le conjoint, le fils, la fille, le père, la mère, le frère ou la sœur de la personne assurée.

Régime comportant des garanties similaires

- 1) Pour la garantie d'assurance soins médicaux, un régime qui prévoit le remboursement des frais de médicaments et des frais d'hospitalisation.
- 2) Pour la garantie d'assurance soins dentaires, un régime qui prévoit le remboursement des frais de soins dentaires.

Remplacement à long terme :

Remplacement sur un poste pour une période minimale de 4 mois avec un horaire d'au moins 20 heures par semaine.

Retour au travail

Le fait pour une employée d'être effectivement au travail après une période d'absence.

Revenu mensuel net

Le revenu mensuel net correspond au salaire brut moins les impôts fédéral et provincial et les cotisations salariales pour Retraite Québec, l'Assurance emploi et le Régime québécois d'assurance parentale.

Salaire assurable

La rémunération annualisée de base de l'employée correspond à la rémunération obtenue pour les fonctions qu'elle occupe régulièrement dans le cadre de son emploi afin de fournir une prestation de service selon les dispositions prévues à la *Loi sur les services de garde éducatifs à l'enfance* (excluant toute rémunération reliée au temps supplémentaire, aux bonis, aux primes, aux indemnités et aux forfaitaires).

Cette rémunération annualisée de base est calculée en multipliant par 52 le taux horaire de base multiplié par le nombre d'heures par semaine qui lui sont payées à ce taux de base jusqu'à concurrence du nombre maximum d'heures régulières prévues.

Pour l'employée dont l'horaire de travail n'est pas fixe, cette rémunération annualisée ne peut être supérieure à la rémunération effectivement gagnée durant les 13 dernières semaines consécutives de travail précédant la détermination de ce taux et converti sur une base annuelle.

Pour l'employée dont l'horaire de travail n'est pas fixe et qui est en congé sans solde ou pour l'employée dont l'horaire de travail n'est pas fixe et qui a pris un congé sans solde au cours des 13 dernières semaines précédant la détermination du salaire, la rémunération maximale est égale à la rémunération effectivement gagnée durant les 13 dernières semaines de travail incluant les semaines de congé sans solde converti sur une base annuelle.

Aux fins du présent régime, le salaire assurable d'une employée ne peut excéder le salaire assurable annuel maximum.

Salaire assurable annuel maximum

Le salaire assurable annuel maximum est le salaire maximum pouvant être assuré par personne en vertu du présent régime. Pour toute personne qui occupe plus d'un poste, le salaire assurable est la combinaison des salaires, sans toutefois dépasser 109 275 \$. Ce montant peut être modifié annuellement par le ministère de la Famille.

Soins médicaux continus

La nature des soins que doit recevoir l'adhérente. Ces soins doivent être :

- 1) reconnus comme efficaces, appropriés et essentiels pour l'établissement d'un diagnostic ou le traitement d'une personne en raison d'une maladie ou d'un accident;
- 2) raisonnables et de pratique courante; et
- 3) donnés ou prescrits par un médecin ou, lorsque l'Assureur l'estime nécessaire, par un spécialiste du domaine approprié.

Ces soins ne se limitent pas à des examens ou à des tests, et leur fréquence doit correspondre à celle qu'exige l'affection en cause.

Stable

Se dit de l'état de santé d'une personne assurée qui, dans les 30 jours précédant la date de début du voyage, n'est affectée par aucune condition médicale, ou est affectée par une condition médicale qui :

- 1) n'a fait l'objet d'aucune modification ou recommandation de modification du traitement ou de la posologie des médicaments prescrits; et
- 2) n'est caractérisée par aucun symptôme ne laissant présager une détérioration de la condition médicale pendant la durée du voyage.

Urgence médicale

Toute maladie, affection ou blessure grave et imprévue nécessitant un traitement médical immédiat.

ADMISSIBILITÉ À L'ASSURANCE

1) EMPLOYÉE TITULAIRE D'UN POSTE PERMANENT

L'employée titulaire d'un poste permanent auprès d'un même employeur est admissible à compter de la plus éloignée parmi les suivantes, pourvu qu'elle fût effectivement présente au travail à cette date :

- a) la date d'entrée en vigueur du présent régime;
- b) la date d'adhésion de son employeur au régime;
- c) la date marquant la complétude de son troisième mois de service continu rémunéré auprès du même employeur.

2) EMPLOYÉE NON TITULAIRE D'UN POSTE PERMANENT

L'employée non titulaire d'un poste permanent auprès d'un même employeur et qui effectue pour celui-ci un remplacement à long terme est admissible à compter de la dernière des dates suivantes pourvu qu'elle fût effectivement au travail à cette date :

- a) la date d'entrée en vigueur du présent régime;
- b) la date d'adhésion de son employeur au régime;
- c) la date exacte après 12 mois de service continu rémunéré auprès du même employeur en effectuant un ou des remplacements à long terme sans aucune interruption de service continu entre ces remplacements.

Une fois admissible, l'employée non titulaire d'un poste permanent le demeure tant et aussi longtemps que les périodes d'interruption de service continu entre les remplacements qu'elle effectue pour ce même employeur n'excèdent pas, au total, 4 semaines par année. Toutefois, elle continue d'être admissible à la garantie d'assurance soins médicaux du module détenu tant que le lien d'emploi est maintenu.

- 3) L'employée, titulaire ou non d'un poste permanent, qui n'est pas effectivement au travail à la date à laquelle elle deviendrait autrement admissible à la couverture, le devient le jour de son retour au travail.

Toutefois, lors de congés fériés, de journées de maladie prises via la banque de maladie et de vacances annuelles rémunérées, l'employée est considérée effectivement au travail aux fins du calcul de la période de service continu servant à déterminer son admissibilité.

- 4) L'employée titulaire d'un poste permanent dont la période requise de service continu aux fins de l'admissibilité a été interrompue en raison d'un congé de maternité ou d'un congé de paternité est admissible après 3 mois de service continu en comptant le service continu avant et après ledit congé.

- 5) La date d'admissibilité de l'employée prévue aux dispositions contenues aux paragraphes 1) c) 2) et 4) est établie en fonction du nombre de mois consécutifs de service continu ne pouvant débiter avant la période de validité inscrite au permis de son employeur émis en vertu de la *Loi sur les services de garde éducatifs à l'enfance*.
- 6) L'employée visée au paragraphe 1) ou 2) qui n'a pas complété la période d'admissibilité requise et qui reçoit des prestations de la CNESST dans le cadre d'un retrait préventif ou d'un accident de travail survenu à la suite de l'adhésion de son employeur au régime, est admissible à la couverture dès son retour au travail avec rémunération, si elle a complété 3 mois de service continu pour une employée titulaire d'un poste permanent, ou 12 mois de service continu pour une employée non titulaire d'un poste permanent, incluant la période où elle a reçu les prestations concernées de la CNESST.
- 7) L'employée visée au paragraphe 1) ou 2) en retrait préventif ou en invalidité au moment de l'adhésion de son employeur au régime est immédiatement admissible, si elle était couverte, à ce moment, par un autre régime d'assurance collective.
- 8) L'employée visée au paragraphe 1) ou 2) qui n'a pas complété la période d'admissibilité requise et qui est convoquée par la Cour comme jurée, est admissible après 3 mois de service continu pour une employée titulaire d'un poste permanent ou 12 mois de service continu pour une employée non titulaire d'un poste permanent, en comptant le service continu avant et après la période durant laquelle elle a été jurée.
- 9) Les personnes à charge sont admissibles à la couverture à la même date que l'adhérente à laquelle elles sont liées ou à la date à laquelle elles deviennent des personnes à charge de cette adhérente.
- 10) Toute absence autre que celles prévues précédemment (comme les vacances non rémunérées, les journées de maladie non rémunérées ou les congés sans solde) alors que l'employée n'a pas complété sa période d'admissibilité, a pour effet de lui faire recommencer sa période d'admissibilité.

- 11) Si l'assureur est avisé à posteriori d'une fin d'admissibilité les garanties détenues dans le régime seront terminées à la date réelle de fin d'admissibilité.

PARTICIPATION

Les garanties d'assurance soins médicaux et d'assurance soins dentaires offrent différentes options et celles-ci sont présentées sous forme de modules décrits dans ces garanties.

Employée

La participation de l'employée admissible au régime d'assurance collective est obligatoire à sa date d'admissibilité pour toutes les garanties, à l'exception de la garantie d'assurance vie additionnelle de l'adhérente, et sous réserve du DROIT D'EXEMPTION ET FIN DU DROIT D'EXEMPTION pour la garantie d'assurance soins médicaux et la garantie d'assurance soins dentaires.

Propriétaire ou actionnaire salariée

La participation de la propriétaire salariée ou de l'actionnaire salariée admissible au régime d'assurance collective est obligatoire à sa date d'admissibilité pour la garantie d'assurance soins médicaux du module choisi sous réserve du DROIT D'EXEMPTION ET FIN DU DROIT D'EXEMPTION.

La participation de la propriétaire salariée ou de l'actionnaire salariée aux autres garanties est facultative. Toutefois, si elle désire adhérer aux garanties facultatives, elle doit adhérer à toutes les garanties faisant partie du module choisi. La propriétaire salariée ou l'actionnaire salariée qui désire mettre fin à sa couverture pour les garanties facultatives peut le faire seulement au 1^{er} avril de chaque année en informant par écrit l'assureur de son intention de mettre fin au moins 31 jours précédant cette date. Elle peut adhérer de nouveau aux garanties facultatives au 1^{er} avril de chaque année en fournissant des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur.

De plus, lorsque le salaire assurable de la propriétaire salariée ou de l'actionnaire salariée augmente de plus de 10 % au cours d'une même année, des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur doivent être fournies pour reconnaître le salaire en sus de l'augmentation permise de 10 %.

Personnes à charge

La participation à la garantie d'assurance soins médicaux du module choisi par l'adhérente est obligatoire pour ses personnes à charge sous réserve du DROIT D'EXEMPTION ET FIN DU DROIT D'EXEMPTION. Aucune personne à charge ne peut demeurer assurée par la garantie d'assurance soins médicaux si l'adhérente ne le demeure pas elle-même.

La garantie d'assurance vie et la garantie d'assurance mutilation accidentelle des personnes à charge sont facultatives pour l'adhérente couverte par la garantie d'assurance soins médicaux ainsi que pour l'adhérente qui en est exemptée.

Types de protection

Les types de protection disponibles en vertu de cette police sont les suivants :

TYPES DE PROTECTION	PERSONNES COUVERTES
Individuelle (I)	Adhérente seulement
Familiale (F)	Adhérente, conjoint et enfants
Monoparentale (M)	Adhérente et enfants
Exemption (E)	Adhérente seulement

Les choix offerts à l'employée sont les suivants :

Soins médicaux	F	M	I	E
Soins dentaires	F/M/I/E	F/M/I/E	F/M/I/E	F/M/I/E
Vie des personnes à charge et mutilation accidentelle	F ou refus	M ou refus	Non admissible	F/M ou refus

Le type de protection entre les garanties d'assurance soins médicaux et d'assurance soins dentaires peut être différent. L'adhérente peut choisir une protection familiale, monoparentale, individuelle ou exemptée pour les soins dentaires même si ce choix est différent de celui pour les soins médicaux.

Le type de protection entre les garanties d'assurance vie des personnes à charge et d'assurance mutilation accidentelle des personnes à charge est indissociable.

Choix de modules

L'adhérente bénéficie d'une période de 31 jours suivant son admissibilité à l'assurance pour choisir entre les modules A, B ou C. Si elle néglige de faire son choix dans le délai de 31 jours, elle sera assurée par défaut dans le module B. La couverture applicable à chaque module est fournie dans les garanties d'assurance soins médicaux et d'assurance soins dentaires.

L'adhérente qui est en invalidité totale à la date à laquelle l'assurance devrait entrer en vigueur se voit accorder le Module A, selon le type de protection demandé. Le Module choisi, s'il ne s'agit pas du Module A, entrera en vigueur à la date de retour au travail de l'adhérente.

DROIT D'EXEMPTION ET FIN DU DROIT D'EXEMPTION

Droit d'exemption

L'employée qui établit, de manière satisfaisante, la preuve qu'elle ou, le cas échéant, ses personnes à charge sont couvertes par un régime comportant des garanties similaires peut être exemptée, pour elle ou ses personnes à charge, de participer à la garantie d'assurance soins médicaux et, suivant le module applicable, à la garantie d'assurance soins dentaires.

Malgré une exemption concernant la garantie d'assurance soins médicaux, une employée peut participer à la garantie d'assurance soins dentaires du module choisi.

Une employée nouvellement admissible qui exerce son droit d'exemption doit aviser l'assureur de son choix de module pour la garantie dont elle s'exempte puisque ce choix s'appliquera par défaut si les conditions lui donnant le droit à l'exemption ne sont plus rencontrées.

Fin du droit d'exemption

L'employée qui a exercé son droit d'exemption et qui ne répond plus aux conditions permettant ce droit doit adhérer aux garanties dont elle était exemptée. Elle doit établir à la satisfaction de l'assureur qu'il est devenu impossible qu'elle continue à être assurée par le régime comportant des garanties similaires ayant permis l'exemption concernée.

L'assurance entre en vigueur le jour suivant la cessation de l'assurance de l'employée par le régime comportant des garanties similaires ayant permis l'exemption.

Toutefois, si la demande de fin d'exemption est reçue chez l'assureur plus de 31 jours après la date de cessation de la couverture ayant permis l'exemption, la couverture des personnes à charge entre en vigueur :

- 1) pour la garantie d'assurance soins médicaux du module choisi à la date de réception de la demande par l'Assureur; et

- 2) pour la garantie d'assurance soins dentaires, la date d'entrée en vigueur de la garantie sera la même que pour la garantie d'assurance soins médicaux – module B ou C et ce, sans preuve d'assurabilité; cependant, aucunes prestations ne seront payables à l'égard de frais engagés pour ces personnes à charge au cours des six premiers mois de leur couverture.

ADHÉSION ET PRISE D'EFFET DE LA COUVERTURE

Pour l'adhérente

La couverture de l'employée commence à la date à laquelle elle devient admissible si une demande d'adhésion parvient à l'assureur avant cette date ou dans les 31 jours qui suivent cette date.

Si la demande d'adhésion de l'employée est reçue par l'assureur plus de 31 jours après la date à laquelle elle est devenue admissible, la couverture du module B prend effet à la date de réception par l'assureur de la demande d'adhésion.

Des preuves d'assurabilité sont exigées pour tout montant d'assurance vie additionnelle de l'adhérente. La couverture prend effet à la date d'acceptation de ces preuves par l'assureur.

Si l'employée n'est pas effectivement au travail le jour de la prise d'effet de la couverture prévue aux 2 premiers paragraphes mentionnés ci-dessus, celle-ci prendra effet à la date à laquelle, en plus de satisfaire aux conditions d'admissibilité, elle sera effectivement au travail. Toutefois, si le preneur et l'assureur en conviennent, la modification apportée prend effet comme si l'employée était effectivement au travail.

Pour les personnes à charge

- 1) La couverture des personnes à charge prend effet à la date à laquelle l'adhérente devient admissible à la couverture des personnes à charge pour la première fois, pourvu qu'une demande soit soumise dans les 31 jours de cette date. Si la demande est soumise plus de 31 jours après cette date ou pour des garanties pour lesquelles des preuves d'assurabilité sont requises, la couverture prend effet à la date à laquelle l'assurabilité de la personne à charge est approuvée par l'assureur.

Si l'adhérente a déjà souscrit à la couverture des personnes à charge à la date à laquelle elle a une nouvelle personne à charge, la couverture de cette personne prend effet à la date à laquelle elle devient une personne à charge, sauf dans le cas de la garantie d'assurance vie des personnes à charge pour laquelle des preuves d'assurabilité sont requises. Dans ce dernier cas, la couverture prend effet à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur.

Pour la garantie d'assurance soins médicaux et la garantie d'assurance soins dentaires, la couverture des personnes à charge prend effet à la date de réception par l'assureur de la demande d'adhésion les concernant; **toutefois, pour la garantie d'assurance soins dentaires – modules B et C, les frais engagés au cours des 6 premiers mois suivant la prise d'effet de la couverture ne sont pas admissibles en vertu du présent régime mais la prime requise est exigible.**

- 2) La couverture d'une nouvelle personne à charge (dans le cadre de la protection familiale) ou d'un nouvel enfant à charge (dans le cadre de la protection monoparentale) prend effet à la date à laquelle cette personne à charge répond pour la première fois à la définition de personnes à charge, pourvu que cet événement se produise après la prise d'effet de la couverture des personnes à charge.
- 3) Nonobstant toute autre disposition contraire, la couverture des personnes à charge ne peut prendre effet avant la date de prise d'effet de la couverture de l'employée.

- 4) L'employée dont le conjoint ou les enfants à charge sont assurés et qui désire que les garanties 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.

Pour toutes les personnes assurées

Toute omission ou fausse représentation dans les preuves d'assurabilité soumises à l'assureur et de nature à influencer, du seul avis de l'assureur, l'appréciation du risque rend la couverture nulle et sans effet.

MODIFICATION DU TYPE DE PROTECTION

En toutes circonstances, l'adhérente ainsi que ses personnes à charges doivent être protégées pour la garantie d'assurance soins médicaux et, si applicable, pour la garantie d'assurance soins dentaires, à moins de l'exercice du droit d'exemption.

Augmentation du type de protection

L'adhérente peut **augmenter** son type de protection dans les 31 jours suivant la survenance d'un événement de vie. Dans un tel cas, le nouveau type de protection entre en vigueur à la date de l'événement de vie concerné si la demande écrite est effectuée à l'assureur dans les 31 jours qui suivent la survenance de l'un des événements concernés prévu par le régime. L'adhérente peut ainsi requérir de passer :

- 1) d'une protection individuelle à une protection monoparentale ou familiale;
- 2) d'une protection monoparentale à une protection familiale.

Si l'assureur reçoit la demande écrite plus de 31 jours après la date de l'événement de vie, le nouveau type de protection entre en vigueur comme suit :

- 1) pour la **garantie d'assurance vie des personnes à charge**, des preuves d'assurabilité sont exigées et la garantie entre en vigueur à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur;

- 2) pour **la garantie d'assurance soins médicaux**, le premier jour du mois qui suit la date de réception de la demande d'augmentation par l'assureur;
- 3) pour **la garantie d'assurance soins dentaires**, le premier jour du mois qui suit la date de réception de la demande d'augmentation par l'assureur. Toutefois, les frais engagés au cours des 6 premiers mois pour les personnes à charge ne sont pas admissibles, mais la prime est exigible.

Diminution du type de protection

L'adhérente peut **diminuer** son type de protection en tout temps en vertu de la garantie d'assurance soins médicaux et de la garantie d'assurance soins dentaires, sur réception par l'assureur d'une demande écrite à cet effet, tel qu'indiqué ci-après :

- 1) d'une protection familiale à une protection individuelle ou monoparentale;
- 2) d'une protection monoparentale à une protection individuelle.

Lorsque le type de protection est réduit en raison d'un événement de vie ayant occasionné le retrait ou la perte d'une personne à charge, le nouveau type de protection entre en vigueur à la date de l'événement de vie concerné si l'assureur reçoit la demande dans les 31 jours suivant la date de l'événement de vie concerné.

Si l'assureur reçoit la demande écrite plus de 31 jours après la date de l'événement de vie concerné ou si la demande n'est pas en lien avec un événement de vie, le nouveau type de protection entre alors en vigueur le premier jour du mois qui suit la date de réception de la demande chez l'assureur.

CHANGEMENT DE MODULE

L'adhérente peut changer de module après un minimum de 2 années consécutives dans un module, à moins que le changement soit demandé en raison de la survenance d'un événement de vie. Dans ce cas, la demande de changement doit être faite dans les 31 jours qui suivent l'événement de vie. L'adhérente qui ne se prévaut pas de ce droit dans ce délai perd son droit d'invoquer cet événement de vie pour modifier son choix de module.

L'adhérente peut modifier son choix de module d'un niveau à la fois (module A à B ou B à A et du module B à C ou C à B) et le changement de module demandé par l'adhérente prend effet le premier jour du mois qui suit la date de réception de la demande transmise à l'assureur.

Les changements de module sont effectués à la condition que l'adhérente soit effectivement au travail à la date où le changement prendrait normalement effet, sinon tel changement prend effet à la date de retour au travail avec rémunération de l'adhérente.

Si l'adhérente est totalement invalide à la date à laquelle elle aurait droit de modifier son module, elle demeure assurée pour le même module que celui en vigueur immédiatement avant le début de l'invalidité totale, jusqu'à la date à laquelle elle reprend effectivement le travail. À son retour au travail, toute demande de changement de module doit être faite dans les 31 jours pour que le changement prenne effet à la date à laquelle l'adhérente reprend effectivement le travail.

Si l'adhérente est absente du travail par suite de mise à pied temporaire, de congé autorisé, de grève ou de lock-out à la date à laquelle elle aurait droit de modifier son module, et si sa couverture est prolongée selon ce qui est prévu à la police d'assurance, elle demeure assurée pour le même module que celui en vigueur immédiatement avant le début de l'absence, mais pas au-delà de la période prévue à la police d'assurance. À son retour au travail, toute demande de changement de module doit être faite dans les 31 jours pour que le changement prenne effet à la date à laquelle l'adhérent reprend effectivement le travail.

Si la demande de changement de module est reçue par l'assureur plus de 31 jours après la date de retour au travail, la protection prend effet à la date de réception par l'assureur de la demande de changement.

Si l'adhérente n'est pas effectivement au travail à la date à laquelle elle aurait droit de modifier son module uniquement parce qu'elle est en congé payé ou parce que c'est un jour férié, elle est considérée comme étant effectivement au travail à cette date.

ABSENCE DE L'ADHÉRENTE DU TRAVAIL

Les dispositions de la présente section concernent les garanties d'assurance de l'adhérente et, le cas échéant, celles de ses personnes à charge.

Absence avec rémunération (incluant notamment les vacances rémunérées, les absences pour causes de maladie rémunérées et les libérations syndicales lorsque l'employeur verse le traitement de la travailleuse et se fait rembourser par le syndicat)

Les garanties demeurent en vigueur comme si l'adhérente était effectivement au travail pourvu que les primes continuent d'être versées à l'assureur.

Absence sans rémunération (tout type d'absence non prévue dans la présente section)

Les garanties sont suspendues durant l'absence sans rémunération de l'adhérente et, si l'employée a conservé son admissibilité au régime durant l'absence, reprennent automatiquement, sur la base des garanties en vigueur le jour précédant la date de son départ pour l'absence sans rémunération concernée, dès qu'elle revient effectivement au travail.

Cependant, la garantie d'assurance soins médicaux demeure en vigueur pour la durée de l'absence sans rémunération de l'adhérente tant qu'il existe un lien d'emploi avec l'employeur, conformément aux dispositions prévues à la *Loi sur l'assurance médicaments*, pour autant que les primes continuent d'être versées à l'assureur.

L'employée non titulaire d'un poste permanent et, s'il y a lieu, ses personnes à charge, cessent d'être admissibles aux autres garanties après une durée totale d'interruption de service de 4 semaines par année, à l'exception de la garantie d'assurance soins médicaux du module détenu. Si la durée prévue de l'absence est supérieure à 4 semaines, l'employée cesse d'être admissible aux autres garanties dès le début de l'absence.

Retrait préventif indemnisé par CNESST

Les garanties demeurent en vigueur comme si l'adhérente était toujours effectivement au travail sur la base des garanties en vigueur le jour précédant la date du début de l'absence concernée, et ce, pour toute la période du retrait préventif, pour autant que les primes continuent d'être versées à l'assureur selon les dispositions de partage des coûts en vigueur au début de l'absence.

Absences, outre un retrait préventif visé par le paragraphe précédent, indemnisées par la CNESST ou la *Loi sur l'assurance automobile* ou la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels*

Les garanties demeurent en vigueur comme si l'adhérente était toujours effectivement au travail sur la base des garanties en vigueur le jour précédant la date du début de l'absence concernée, pour autant que les primes continuent d'être versées à l'assureur pour toute la période du délai de carence de la garantie d'assurance salaire de longue durée et selon les dispositions de partage des coûts en vigueur au début de l'absence.

Congé de maternité ou d'adoption

Les garanties demeurent en vigueur pour une période maximale de 20 semaines comme si l'adhérente était toujours effectivement au travail sur la base des garanties en vigueur le jour précédant la date du début du congé de maternité ou d'adoption pour autant que le lien d'emploi soit maintenu et que les primes continuent d'être versées à l'assureur selon les dispositions de partage des coûts en vigueur au début du congé.

Toute invalidité débutant durant le congé de maternité ou d'adoption est alors reconnue et est réputée avoir débuté à la date prévue de retour au travail de l'adhérente.

Congé de paternité

Les garanties demeurent en vigueur pour une période maximale exigée par la loi comme si l'adhérente était toujours effectivement au travail sur la base des garanties en vigueur le jour précédant la date du début du congé de paternité pour autant que le lien d'emploi soit maintenu et que les primes continuent d'être versées à l'assureur selon les dispositions de partage des coûts en vigueur au début du congé.

Toute invalidité débutant durant le congé de paternité est alors reconnue et est réputée avoir débuté à la date prévue de retour au travail de l'adhérente.

Prolongation du congé parental

La garantie d'assurance soins médicaux de l'adhérente demeure en vigueur comme si l'adhérente était toujours effectivement au travail pour toute la durée de la prolongation du congé parental, tant qu'il existe un lien d'emploi et pour autant que les primes continuent d'être versées à l'assureur.

Les autres garanties de l'adhérente titulaire d'un poste permanent sont maintenues en vigueur pour une période maximale de 24 mois pour autant que l'adhérente en fasse la demande avant le début du prolongement du congé et que les primes continuent d'être versées à l'assureur.

Après la période maximale de 24 mois mentionnée au paragraphe précédent, les garanties d'assurance de l'adhérente sont suspendues. Toutefois, ces garanties reprennent automatiquement dès le retour au travail avec rémunération.

Les autres garanties d'assurance de l'adhérente non titulaire d'un poste permanent cessent après une durée totale d'interruption de service de 4 semaines par année. Si la durée prévue de l'absence est supérieure à 4 semaines, l'adhérente concernée cesse d'être admissible aux garanties concernées dès le début de l'absence.

Toute invalidité débutant durant la prolongation d'un congé parental est alors reconnue et est réputée avoir débuté à la date prévue de retour au travail de l'adhérente.

Congé sans solde

1) Congé sans solde d'une durée de 4 semaines ou moins

Les garanties demeurent en vigueur pendant la durée du congé comme si l'adhérente était toujours effectivement au travail et elle continue d'être assurée sur la base des garanties en vigueur le jour précédant la date du début du congé concerné, pour autant qu'il existe un lien d'emploi soit maintenue et que les primes continuent d'être versées à l'assureur.

Toute invalidité débutant durant le congé est alors reconnue et est réputée avoir débuté à la date prévue de retour au travail de l'adhérente.

2) Congé sans solde d'une durée supérieure à 4 semaines

La garantie d'assurance soins médicaux demeure en vigueur comme si l'adhérente était toujours effectivement au travail sur la base des garanties en vigueur le jour précédant la date du début du congé concerné pour la durée du congé concerné, pour autant qu'il existe un lien d'emploi conformément aux dispositions prévues à la *Loi sur l'assurance médicaments* et pour autant que les primes continuent d'être versées à l'assureur.

Les autres garanties de l'adhérente titulaire d'un poste permanent sont suspendues. Toutefois, ces garanties reprennent automatiquement, sur la base des garanties en vigueur le jour précédant la date du début du congé concerné, dès que l'adhérente sera de retour effectivement au travail avec rémunération.

Toutefois, l'adhérente titulaire d'un poste permanent peut maintenir en vigueur ses autres garanties pour une période maximale de 3 mois en le signifiant par écrit à l'employeur avant le début du congé et pour autant que les primes continuent d'être versées à l'assureur. Après cette période maximale de 3 mois, les garanties sont suspendues, mais reprennent automatiquement, sur la base des garanties en vigueur le jour précédant la date du départ pour le congé sans solde concerné, dès le retour au travail avec rémunération.

L'employée non titulaire d'un poste permanent et, s'il y a lieu, ses personnes à charge, cessent d'être admissibles aux autres garanties après une durée totale d'interruption de service de 4 semaines par année. Si la durée prévue de l'absence est supérieure à 4 semaines, l'employée cesse d'être admissible aux autres garanties dès le début de l'absence.

Toute invalidité débutant durant le congé alors que l'adhérente a maintenu son assurance salaire de courte et de longue durée est alors reconnue et est réputée avoir débuté à la date prévue de retour au travail de l'adhérente.

Congé sans solde partiel

Les garanties demeurent en vigueur comme si l'adhérente était toujours effectivement au travail sur la base des garanties en vigueur le jour précédant la date du début du congé concerné à la condition que l'adhérente continue de répondre aux critères d'admissibilité du présent régime durant la durée du congé sans solde partiel concerné et que les primes, basées sur le salaire réduit effectivement reçu par l'adhérente durant le congé concerné, continuent d'être versées à l'assureur.

Si l'adhérente concernée ne répond plus aux critères d'admissibilité du présent régime, les règles applicables sont celles d'un congé sans solde de plus de 4 semaines.

Congé sans solde pour obligations familiales

Les garanties demeurent, pour un maximum de 24 mois consécutifs, en vigueur comme si l'adhérente était toujours effectivement au travail sur la base des garanties en vigueur le jour précédant la date de début du congé concerné, pour autant qu'il existe un lien d'emploi et que les primes continuent d'être versées à l'assureur.

Mise à pied temporaire

Toutes les règles énoncées pour le congé sans solde s'appliquent. Toutefois, dans le cas d'une mise à pied temporaire dont la durée est de plus de 4 semaines d'une adhérente titulaire d'un poste permanent, toutes les garanties, y compris la garantie d'assurance soins médicaux, sont maintenues pour une durée maximale de 3 mois.

Grève, lock-out ou cessation concertée de travail

Pour la garantie d'assurance soins médicaux :

- 1) *Dans le cas d'une grève, d'un lock-out ou d'une cessation concertée de travail d'une durée de 30 jours et moins*, la garantie d'assurance soins médicaux est maintenue comme si l'adhérente était toujours effectivement au travail sur la base des protections en vigueur le jour précédant la date du début de la grève, du lock-out ou de la cessation concertée de travail et pour autant qu'il existe un lien d'emploi et que les primes continuent d'être versées à l'assureur.
- 2) *Dans le cas d'une grève, d'un lock-out ou d'une cessation concertée de travail d'une durée de plus de 30 jours*, la garantie d'assurance soins médicaux devient facultative à compter de la 31^e journée pour chaque employeur concerné. S'il est décidé de maintenir la garantie d'assurance soins médicaux en vigueur, elle le sera pendant toute la durée de la grève, du lock-out ou de la cessation concertée de travail pour autant qu'il existe un lien d'emploi et que les primes continuent d'être versées à l'assureur.

Pour toutes les autres garanties :

- 1) *Dans le cas d'une grève, d'un lock-out ou d'une cessation concertée de travail d'une durée de 14 jours et moins*, les garanties concernées sont maintenues comme si l'adhérente était toujours effectivement au travail sur la base des garanties en vigueur le jour précédant la date du début de la grève, du lock-out ou de la cessation concertée de travail et pour autant qu'il existe un lien d'emploi et que les primes continuent d'être versées à l'assureur.
- 2) *Dans le cas d'une grève, d'un lock-out ou d'une cessation concertée de travail d'une durée de plus de 14 jours*, la participation de toutes les adhérentes aux garanties est facultative à compter de la 15^e journée pour chaque établissement concerné. S'il est décidé de maintenir la couverture en vigueur, elle le sera pendant toute la durée de la grève, du lock-out ou de la cessation concertée de travail pour autant qu'il existe un lien d'emploi et que les primes continuent d'être versées à l'assureur et que la demande parvienne à l'assureur au plus tard dans les 14 jours du début de la grève, du lock-out ou de la cessation concertée de travail.

Toute invalidité débutant durant la grève, le lock-out ou la cessation concertée de travail est alors reconnue et est réputée avoir débuté le jour de retour au travail décrété à la fin de la grève, du lock-out ou de la cessation concertée pourvu que l'assurance salaire de courte et de longue durée ait été maintenue en vigueur.

Régime de congé à traitement différé

Les garanties demeurent en vigueur pendant un congé à traitement différé, comme si l'adhérente était toujours effectivement au travail sur la base des garanties en vigueur le jour précédant la date de début du congé concerné, pour autant que les primes, basées sur le salaire réduit effectivement reçu par l'adhérente durant le congé concerné, continuent à être versées à l'assureur.

Toute invalidité débutant durant le congé à traitement différé est alors reconnue et est réputée avoir débuté à la date de fin du congé lié au régime de congé à traitement différé de l'adhérente.

FIN DU LIEN D'EMPLOI ET INVALIDITÉ EN COURS

Lorsqu'un employeur met fin au lien d'emploi d'une adhérente durant une invalidité totale mais avant le début de l'exonération de la prime en vertu de l'**EXONÉRATION DE PRIME EN CAS D'INVALIDITÉ TOTALE**, toutes les garanties, sauf la garantie d'assurance salaire de courte durée, se terminent à la date de fin du lien d'emploi. Seules les garanties d'assurance vie et d'assurance salaire de longue durée seront remises en vigueur avec une exonération de la prime lorsque les prestations d'assurance salaire de longue durée seront payables, en autant que l'invalidité totale se poursuive.

EXONÉRATION DE PRIME EN CAS D'INVALIDITÉ TOTALE

En cas d'invalidité totale d'une adhérente, ses garanties en vertu du présent régime, sont maintenues en vigueur sans paiement de prime à compter du premier jour du mois qui suit 17 semaines d'invalidité totale et tant que l'adhérente reçoit des prestations en vertu de ladite garantie ou des prestations de la CNESST, ou de la *Loi sur l'assurance-automobile* ou de la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels*, que la police demeure en vigueur ou non. Dans le cas d'une indemnisation en vertu de la CNESST, il n'y a pas d'exonération de prime lors d'une assignation temporaire de travail si l'adhérente reçoit le plein salaire qu'elle touchait avant le début de son invalidité.

L'adhérente doit faire parvenir à l'assureur les preuves permettant de démontrer, à la satisfaction de l'assureur, son invalidité totale, et ce, au plus tard dans les 90 jours qui suivent le début de l'exonération de prime.

Transfert d'assureur

S'il s'agit d'une employée souffrant d'une invalidité totale qui est déjà exonérée en vertu de son ancien régime qui la couvrait avant ledit transfert, l'assureur maintiendra l'exonération pour les garanties exonérées par l'assureur duquel elle reçoit des prestations d'assurance salaire. La prime pour les garanties non exonérées en vertu de la couverture qui couvrait l'employée avant son transfert continuera d'être requise par le nouvel assureur, tant et aussi longtemps que cette employée sera en invalidité.

Cessation de l'exonération de prime

Dans tous les cas, l'exonération de prime en vertu du présent régime cesse à la date de la survenance du premier des événements suivants :

- 1) l'adhérente cesse d'être en invalidité totale;
- 2) l'adhérente atteint l'âge de 65 ans pour les garanties d'assurance vie de base de l'adhérente, d'assurance vie additionnelle de l'adhérente, d'assurance mutilation accidentelle de l'adhérente, d'assurance vie des personnes à charge, d'assurance mutilation accidentelle des personnes à charge et d'assurance salaire de longue durée;
- 3) la terminaison de la couverture ou de la garantie ou de cette police pour les garanties d'assurance vie et d'assurance salaire de longue durée;
- 4) l'adhérente prend sa retraite;
- 5) la suspension des garanties en raison d'une absence non rémunérée et que l'adhérente est indemnisée par la CNESST ou en vertu de la Loi sur l'assurance-automobile ou de la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels, et ce, pour l'exonération de prime concernant les garanties d'assurance vie de base, d'assurance mutilation accidentelle, d'assurance vie additionnelle et d'assurance salaire de longue durée.

TERMINAISON DE LA COUVERTURE

La couverture de l'adhérente prend fin à la première des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle la prime due par l'adhérente n'est pas payée à l'assureur à la date d'échéance prévue. L'employeur met fin à sa participation au régime d'assurance;
- 2) la date de la terminaison du présent régime;
- 3) la date à laquelle le lien d'emploi entre l'adhérente et son employeur est rompu;
- 4) la date de la retraite;

- 5) la date à laquelle elle cesse d'être admissible;
- 6) la date à laquelle l'adhérente atteint l'âge de 65 ans, et ce, pour les garanties d'assurance vie de base, d'assurance vie additionnelle, d'assurance mutilation accidentelle, d'assurance vie des personnes à charge, d'assurance mutilation accidentelle des personnes à charge et d'assurance salaire de longue durée.

Les garanties des personnes à charge liées à une adhérente prennent fin à la date de la survenance du premier des événements suivants :

- 1) la date de terminaison de la couverture de l'adhérente concernée;
- 2) la date à laquelle la personne n'est plus une personne à charge en vertu de la définition de personne à charge de la présente police;
- 3) la prime due pour la garantie de cette personne à charge n'est pas payée à l'assureur à la date d'échéance;
- 4) la réception par l'assureur de l'avis écrit d'une adhérente lui indiquant que celle-ci sera dorénavant couverte selon une protection monoparentale ou individuelle.

PERSONNES ASSURÉES DE 65 ANS ET PLUS

L'adhérente qui atteint 65 ans peut choisir d'être couverte par le régime d'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour la partie médicaments ou de conserver sa couverture en vertu de cette police. Le choix de l'adhérente d'être couverte par la RAMQ est irrévocable. Si l'adhérente choisit de conserver sa couverture en vertu de cette police, elle doit d'abord faire une demande à l'assureur par écrit qui déterminera alors le montant de la prime applicable.

FRAUDE

En cas de fraude, l'Assureur se réserve le droit de mettre fin à la couverture de l'adhérente.

DROIT DE TRANSFORMATION

Les assurances vie de base et additionnelle ainsi que l'assurance soins médicaux que l'adhérente âgée de moins de 65 ans détient par le biais de son assurance collective peuvent, lors d'une cessation d'emploi, et en autant que ces garanties soient toujours en vigueur, être converties en assurance individuelle aux taux et conditions alors en vigueur chez l'assureur, et ce, sans preuves d'assurabilité, si elle présente sa demande par écrit à l'assureur dans les 31 jours de la cessation de son emploi.

Les personnes à charge peuvent également se prévaloir du droit de transformation lorsqu'elles cessent d'être admissibles à l'assurance collective ou par suite du décès de l'adhérente ou de sa cessation d'emploi.

N.B. La Loi sur l'assurance-médicaments interdit à un assureur d'offrir une assurance maladie individuelle qui prévoit le remboursement des frais de médicaments inscrits sur la liste de la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

BÉNÉFICIAIRE DE L'ASSURANCE VIE

L'assureur reconnaît le ou les bénéficiaires désignés par l'adhérente en vertu du régime d'assurance collective de l'employeur immédiatement avant la date de prise d'effet de cette police, sauf si l'assureur demande une nouvelle désignation de bénéficiaire.

Sous réserve des dispositions de la loi, l'adhérente peut désigner ou révoquer en tout temps un ou des bénéficiaires de sa couverture. Seules les garanties qui prévoient des prestations en cas de décès de l'adhérente sont sujettes à la désignation de bénéficiaire(s) qui est alors la même pour l'ensemble de ces garanties. Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant l'adhérente retournent à cette dernière. En l'absence d'un bénéficiaire désigné, les sommes payables sont versées selon les lois applicables.

Les sommes payables au décès d'une personne à charge sont versées à l'adhérente, si elle est vivante. Si l'adhérente est décédée, elles sont versées selon les lois applicables.

L'assureur n'assume aucune responsabilité quant à la validité de toute désignation ou révocation de bénéficiaire.

COORDINATION DES PRESTATIONS

Si une personne assurée par les garanties d'assurance soins médicaux et soins dentaires est également couverte en vertu d'un autre régime qui fournit des prestations semblables, le montant de ces prestations payables au cours d'une année quelconque fait l'objet d'une coordination.

La coordination des prestations est effectuée selon les recommandations de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. de sorte que le total des paiements sous tous les régimes n'excède pas le total des frais admissibles engagés par la personne.

Frais d'assurance voyage

Si une personne couverte par l'assurance voyage est également couverte en vertu de tout autre régime ou assurance qui fournit des prestations semblables, seuls les frais admissibles en excédent des montants payables par tous les autres régimes ou assurances sont couverts en vertu de l'assurance voyage.

Si les autres régimes ou assurances comportent une stipulation semblable ou une disposition de coordination des prestations, les prestations sont coordonnées entre tous les régimes ou assurances de sorte que le total des paiements n'excède pas le total des frais admissibles engagés par la personne.

DEMANDE DE PRESTATIONS

Le règlement des demandes repose sur l'analyse des renseignements transmis à l'aide des formulaires de demande de prestations. La rapidité du paiement des prestations dépend de la précision des renseignements qui y sont fournis. L'adhérente peut se procurer ces formulaires auprès de son employeur ou sur le site internet de Desjardins Sécurité financière.

Toutes les prestations sont payables en monnaie légale du Canada.

Assurance vie

Toute demande de prestations en lien avec le régime doit être déclarée à l'assureur et justifiée par l'adhérente ou ses bénéficiaires en cas de décès de l'adhérente, à la satisfaction de l'assureur, dans les plus brefs délais.

Assurance mutilation accidentelle

Toute demande de prestations doit être déclarée à l'assureur et justifiée par l'adhérente, à la satisfaction de l'assureur, dans les plus brefs délais. Les preuves de perte doivent être présentées à l'assureur dans les 180 jours de la date de la perte, à défaut de quoi aucunes prestations ne sont payables.

Assurance salaire de courte durée

Une preuve écrite du sinistre doit être présentée à l'assureur dans les 90 jours suivant la date du début de l'invalidité totale.

Par la suite, une preuve écrite de continuation de l'invalidité totale jugée satisfaisante par l'assureur doit être présentée à l'assureur chaque fois qu'il en fait la demande.

Assurance salaire de longue durée

Une déclaration écrite initiale de sinistre doit être présentée à l'Assureur dans les 30 jours suivant l'expiration du délai de carence; et la preuve écrite initiale doit être présentée à l'assureur dans les 90 jours suivant l'expiration du délai de carence.

S'il y a récurrence d'invalidité totale, une déclaration écrite de sinistre doit être présentée à l'assureur dans les 30 jours suivant la date de la récurrence; et une preuve écrite doit être présentée à l'assureur dans les 90 jours suivant la date de la récurrence.

Par la suite, une preuve écrite de continuité de l'invalidité totale jugée satisfaisante par l'assureur doit être présentée à l'assureur chaque fois qu'elle en fait la demande.

Assurance soins médicaux – Médicaments

Toute demande de prestations doit être présentée à l'assureur au moyen du formulaire prévu à cette fin accompagnée des pièces justificatives appropriées et être adressée à l'assureur avant la fin d'une période de 12 mois consécutifs suivant la date où les frais ont été engagés, ou avant la fin d'une période de 6 mois advenant la terminaison du contrat. En tout temps, l'assureur peut exiger des informations supplémentaires lorsqu'il le juge nécessaire. Toutes les prestations sont versées à l'adhérente, à moins d'indication contraire ailleurs dans la police.

Si le mode de paiement direct a été utilisé pour les frais de médicaments, l'adhérente n'a pas à soumettre de demande de prestations à l'assureur.

Assurance soins médicaux – Hospitalisation et autres frais médicaux - modules B ou C

Toute demande de prestations doit être présentée à l'assureur au moyen du formulaire prévu à cette fin accompagnée des pièces justificatives appropriées et être adressée à l'assureur avant la fin d'une période de 12 mois consécutifs suivant la date où les frais ont été engagés, ou avant la fin d'une période de 6 mois advenant la terminaison du contrat. En tout temps, l'assureur peut exiger des informations supplémentaires lorsqu'il le juge nécessaire. Toutes les prestations sont versées à l'adhérente, à moins d'indication contraire ailleurs dans la police.

L'adhérente n'a pas à soumettre de demande de prestations à l'assureur si le professionnel ou le fournisseur de services utilise l'échange électronique de données (EDI).

Assurance soins dentaires

Toute demande de prestations doit être soumise à l'aide du formulaire prévu à cette fin et adressée à l'assureur avant la fin d'une période de 12 mois consécutifs suivant la date où les frais ont été engagés, ou avant la fin d'une période de 6 mois advenant la terminaison de la police.

L'adhérente et ses personnes à charge peuvent avoir recours au service de paiement. Le dentiste s'occupe alors de la transmission et de la validation des frais admissibles et l'adhérente n'a qu'à déboursier la portion non remboursable des frais assurés en vertu de sa garantie d'assurance.

Assurance annulation de voyage

Les preuves justificatives suivantes doivent accompagner toute demande de prestations et parvenir à l'assureur dans les 90 jours qui suivent la demande :

- 1) titres de transport inutilisés;
- 2) reçus officiels pour les frais du voyage de retour (autres que ceux du voyage de retour prévu lors de l'achat du voyage initial);
- 3) reçus pour les arrangements terrestres; les reçus doivent inclure les contrats émis officiellement par l'intermédiaire d'un agent de voyage ou d'une compagnie accréditée, contrats dans lesquels il est fait mention des montants non remboursables en cas d'annulation. Les crédits-voyage sont considérés par l'assureur comme un remboursement;
- 4) document officiel attestant la cause de l'annulation; si l'annulation est due à des raisons médicales, la personne doit fournir un certificat médical rédigé par le médecin traitant de la localité où l'accident ou la maladie se sont produits; le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet et préciser les raisons exactes pour lesquelles le voyage a dû être annulé.

Toute demande de prestations doit être dûment remplie et adressée à :

**DESJARDINS SÉCURITÉ FINANCIÈRE,
COMPAGNIE D'ASSURANCE VIE**

**200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec)
G6V 6R2**

Pour toute information supplémentaire concernant une demande de prestations de soins médicaux, de soins dentaires ou d'assurance voyage, veuillez communiquer avec notre service à la clientèle au numéro de téléphone sans frais suivant : 1 855 838-2585.

Dans tous les cas, les remboursements se font en tenant compte du choix de module et du type de protection à la date à laquelle la dépense est engagée et non à la date à laquelle la demande est envoyée à l'assureur.

DESCRIPTION DES GARANTIES

GARANTIE D'ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENTE

Conformément aux dispositions de la présente garantie, lors du décès d'une adhérente, l'assureur s'engage à payer au dernier bénéficiaire que lui a légalement désigné l'adhérente, le montant de la garantie d'assurance vie de base, lequel est égal à :

- 1 fois le salaire annuel de l'adhérente arrondi au prochain multiple de 1 000 \$ s'il n'est déjà un tel multiple.

Paiement anticipé du capital

- 1) Sur acceptation de l'assureur, toute adhérente dont l'espérance de vie est de moins de 12 mois peut obtenir le paiement anticipé d'un maximum de 25 % de la somme assurée en vertu de la garantie payable à son décès.
- 2) Lors du décès de l'adhérente, le montant payable en vertu de la présente garantie est réduit :
 - a) du montant du paiement anticipé, et
 - b) des intérêts courus sur le montant du paiement anticipé.

Le taux d'intérêt est le taux de rendement annuel moyen des certificats de placement garanti d'un an émis par les sociétés de fiducie canadiennes. Le taux utilisé sera celui établi immédiatement après la date du paiement anticipé, tel que publié dans le bulletin mensuel ou hebdomadaire de statistiques de la Banque du Canada.

- 3) L'adhérente demeure responsable du paiement de la prime à moins qu'elle ne bénéficie de l'exonération des primes prévue à la police.
- 4) Tout bénéficiaire désigné irrévocable doit donner son consentement à ce versement en signant un formulaire fourni par l'assureur.

GARANTIE D'ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENTE

Cette garantie est offerte sur **base facultative** à l'adhérente qui détient la garantie d'assurance vie de base de l'adhérente.

Complémentaire à la garantie d'assurance vie de base de l'adhérente, le montant d'assurance vie additionnelle disponible en vertu de la présente garantie est égal à un minimum de 5 unités et à un maximum de 40 unités de 5 000 \$, selon le choix effectué par l'adhérente.

Des preuves d'assurabilité doivent être fournies à l'assureur.

Exclusion : suicide

Si une adhérente se donne la mort, qu'elle soit saine d'esprit ou non, alors qu'elle est assurée depuis moins de 12 mois par la présente garantie, le décès de l'adhérente ne donne droit à aucune prestation en vertu de la présente garantie.

Dans ce cas, la couverture est alors nulle et sans effet et la responsabilité de l'Assureur est limitée au remboursement des primes perçues relativement à la garantie d'assurance vie additionnelle.

Les mêmes règles s'appliquent chaque fois qu'une adhérente augmente son montant d'assurance vie additionnelle, et ce, pour le montant additionnel seulement.

GARANTIE D'ASSURANCE MUTILATION ACCIDENTELLE DE L'ADHÉRENTE

Dès réception d'une preuve jugée satisfaisante par l'Assureur attestant :

- 1) qu'une personne couverte a subi l'une des pertes indiquées ci-dessous dans les 365 jours suivant un accident;
- 2) que cette perte était le résultat direct de l'accident indépendamment de toute autre cause; et
- 3) que cet accident et la perte sont survenus alors que la personne était couverte en vertu de cette garantie;

L'Assureur paie le montant applicable à toute perte conformément au Tableau des pertes et aux autres dispositions de cette police.

Le montant d'assurance est le même que celui de la garantie d'assurance vie de base de l'adhérente.

TABLEAU DES PERTES

<u>Perte accidentelle</u>	<u>Montant versé</u>
Perte des 2 mains, des 2 pieds ou de la vue des 2 yeux	100 %
Perte d'une main et d'un pied	100 %
Perte d'une main ou d'un pied avec la perte de la vue d'un oeil	100 %
Perte d'une main, ou d'un pied ou de la vue d'un oeil	50 %
Perte d'un doigt de main ou d'un orteil	10 %

Exclusions et limitations

La perte de l'adhérente ne donne droit à aucune prestation en vertu de la présente garantie si elle est survenue des suites d'un accident survenu antérieurement à la date d'effet de la garantie ou si celle-ci est attribuable directement ou indirectement, entièrement ou partiellement, à l'une des causes suivantes :

- 1) le suicide, la tentative de suicide ou les blessures que s'est intentionnellement causées l'adhérente, qu'elle soit alors saine d'esprit ou non;
- 2) la commission ou la tentative de commission par l'adhérente d'un acte criminel ou sa participation à un tel acte;
- 3) la participation active de l'adhérente à une émeute ou à une insurrection;
- 4) la participation active de l'adhérente à la guerre ou à la guerre civile, qu'elle soit déclarée ou non, à un service actif dans les forces armées d'un pays;
- 5) une envolée dans n'importe quel aéronef ou appareil volant lorsque l'adhérente est membre de l'équipage ou exerce une fonction quelconque relative à ladite envolée;
- 6) des 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), l'empoisonnement, l'intoxication ou l'usage de drogues;
- 7) une maladie ne résultant pas d'un accident et qui se manifeste lors d'un accident;
- 8) un traitement médical ou dentaire, une intervention chirurgicale ou une anesthésie;
- 9) lorsque l'adhérente conduit un véhicule motorisé alors qu'elle est sous l'influence de stupéfiants ou si la concentration d'alcool dans son sang excède la limite fixée à cet égard par le code criminel.

GARANTIE D'ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

Conformément aux dispositions de la présente garantie, lors du décès d'une personne à charge assurée en vertu de la présente garantie, âgée de plus de 24 heures au moment du décès, l'assureur s'engage à payer à l'adhérente un montant de 5 000 \$.

GARANTIE D'ASSURANCE MUTILATION ACCIDENTELLE DES PERSONNES À CHARGE

La garantie d'assurance mutilation accidentelle des personnes à charge prévoit le paiement d'un certain pourcentage du capital assuré en vertu de la garantie d'assurance vie de base de cette personne à charge assurée, si celle-ci subit l'une des pertes mentionnées au TABLEAU DES PERTES de la garantie d'assurance mutilation accidentelle de l'adhérente. De plus, les modalités, exclusions et limitations de la garantie d'assurance mutilation accidentelle de l'adhérente s'appliquent également à la présente garantie.

GARANTIE D'ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

Dès réception d'une preuve jugée satisfaisante par l'assureur attestant que l'adhérente :

- 1) est devenue totalement invalide pendant qu'il était couvert en vertu de cette garantie et qu'il est demeuré totalement invalide durant le délai de carence; et
- 2) reçoit les soins médicaux continus d'un médecin au Canada;

L'assureur verse les prestations conformément aux dispositions de cette police.

Pour les définitions d'« invalidité totale » et de « même période d'invalidité », veuillez-vous référer à la section DÉFINITIONS de la présente brochure.

Prestation : 75 % du salaire hebdomadaire assurable de l'adhérente au début de l'invalidité

Ce régime étant un régime de prestations supplémentaires de chômage (PSC), les prestations payables par l'assureur sont réduites de toute prestation à laquelle l'adhérente a droit en vertu de l'assurance emploi.

Imposition des prestations : Les prestations sont imposables.

Délai de carence : Le délai de carence est la période ininterrompue d'invalidité totale qui doit s'écouler avant le début du versement des prestations.

Le délai de carence applicable est de 7 jours de calendrier. La prestation d'invalidité débute la huitième journée (calendrier) d'invalidité totale.

Durée maximale des prestations : La période d'invalidité pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la présente garantie est d'un maximum de 36 semaines. Ce maximum est toutefois de 26 semaines si l'adhérente qui devient atteinte d'invalidité totale est âgée de plus de 65 ans au moment où elle devient invalide. Plus aucune prestation en vertu de la présente garantie n'est due à partir de la date à laquelle l'adhérente prend sa retraite, et ce, même si à cette date elle était en invalidité totale. Pour l'adhérente qui reçoit des prestations en vertu de la présente garantie et qui atteint l'âge de 65 ans mais qui n'a pas encore atteint le maximum de 36 semaines de prestations, les paiements se poursuivent pour une durée maximale de 36 semaines, pourvu que subsiste l'invalidité mais sans toutefois excéder la date de la retraite de l'adhérente.

Le délai de carence et la durée maximale s'appliquent pour une même période d'invalidité.

Durant une même période d'invalidité, le montant de prestation hebdomadaire n'est pas modifié par des changements de salaire ou de modifications à la présente garantie.

Le premier versement de prestation d'assurance salaire est fait une semaine après l'expiration du délai de carence et de semaine en semaine par la suite, pourvu que subsiste l'invalidité.

Lorsque cela est nécessaire, la prestation hebdomadaire est fractionnée au taux quotidien de 1/7.

Le versement des prestations pour toute invalidité qui survient durant une absence au travail, débute à la dernière des dates suivantes, en autant que la garantie d'assurance salaire de courte durée ait été maintenue en vigueur :

- 1) la date à laquelle le délai de carence se termine;
- 2) la date prévue, avant la survenance de l'invalidité totale concernée, de son retour au travail.

Rapports médicaux

Lorsqu'exigés pour une demande de prestations d'assurance salaire de courte ou de longue durée, les frais de rapports médicaux pour une adhérente qui est exemptée de la garantie d'assurance soins médicaux sont admissibles pour un maximum de 50 \$ par formulaire et jusqu'à concurrence d'un maximum global payable de 150 \$ par année de régime. Les reçus originaux du rapport doivent être soumis avec une copie de la lettre du refus si la demande de prestations d'assurance salaire est refusée.

Réadaptation

L'assureur peut en tout temps exiger que l'adhérente totalement invalide participe à un programme de réadaptation considéré satisfaisant par l'assureur. Les activités du programme de réadaptation doivent être acceptées par l'Assureur.

L'adhérente ne sera plus admissible aux prestations prévues par cette garantie pour toute période pendant laquelle elle :

- 1) refuse de participer à un programme de réadaptation; ou
- 2) ne participe pas activement et de bonne foi ou ne s'adonne pas au programme de réadaptation.

Coordination de protection

Les prestations d'assurance payables en vertu de la présente garantie sont réduites des indemnités payables à l'adhérente, en raison de l'invalidité concernée, en vertu :

- 1) de toute prestation à laquelle l'adhérente a droit en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou de toute autre loi semblable;
- 2) de toute prestation à laquelle l'adhérente a droit en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, à l'exclusion des prestations de retraite qui auraient débuté avant le début de l'invalidité, des prestations pour les personnes à charge et de toute rente de conjoint(e) survivant(e);

- 3) de toute indemnité de remplacement de revenu payable en vertu de tout régime public provincial d'assurance automobile sans égard à la responsabilité, mais qui ne tient pas compte des prestations d'assurance emploi dans le versement de l'indemnité; et
- 4) de toute rémunération reliée à l'invalidité concernée.

Aux fins de la présente clause, il n'est pas tenu compte de l'indexation des indemnités payables en vertu de ces différentes sources de revenu à la suite de l'augmentation du coût de la vie.

À défaut de recevoir les montants des différentes sources de revenu mentionnées précédemment, il incombe à l'adhérente de faire la preuve qu'elle n'a pas le droit à des indemnités provenant de telles sources.

Réductions additionnelles en cas de réadaptation :

Si l'adhérente reçoit un revenu pendant qu'elle participe à un programme de réadaptation, les prestations payables par l'Assureur sont réduites selon la formule suivante :

$$(A \div B) \times C = \text{montant de la réduction}$$

A = Revenu gagné d'un programme de réadaptation.

B = Revenu que l'adhérente gagnait immédiatement avant la date du début de son invalidité totale.

C = Prestations autrement payables en vertu de cette garantie.

Pendant que l'adhérente participe à un programme de réadaptation, les prestations sont réduites de sorte que son revenu total provenant de toutes sources ne dépasse pas 100 % du revenu hebdomadaire brut qu'elle gagnait avant son invalidité totale.

Exclusions

L'invalidité totale concernée ne donne droit à aucune prestation en vertu de la présente garantie si :

- 1) l'adhérente ne reçoit pas des soins médicaux continus en raison de la maladie ou de l'accident causant l'invalidité totale;
- 2) l'adhérente a droit à une indemnité en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi du Canada non reliée à une invalidité;
- 3) l'adhérente occupe une fonction ou fait un travail pouvant lui rapporter un salaire ou un profit quelconque;

Aucune prestation n'est payable si l'invalidité totale résulte d'une grossesse, d'un accouchement, d'une fausse couche ou de toute complication en rapport direct ou indirect avec l'une des causes suivantes :

- 1) pendant un congé de maternité accordé par l'employeur, lequel est réputé débiter à la première des deux dates suivantes, soit la date convenue entre l'employeur et l'adhérente, soit la date de l'accouchement;
- 2) pendant un congé de maternité pris conformément à une loi provinciale ou fédérale;
- 3) pendant les périodes durant lesquelles des prestations de maternité sont payables en vertu du régime québécois d'assurance parentale.

Aucune prestation n'est payable pour toute invalidité totale qui résulte directement de l'une des causes suivantes :

- 1) guerre, déclarée ou non, service actif dans les forces armées d'un pays, ou participation à une émeute, une insurrection ou une agitation populaire;
- 2) infraction criminelle telle que prévue au Code criminel du Canada;
- 3) traitements esthétiques, sauf si ces soins sont fournis par suite d'un accident ou d'une maladie;

- 4) problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie à moins que l'adhérente reçoive des traitements ou des soins médicaux en vue de sa réhabilitation, qu'il s'agisse de la première invalidité due à l'une de ces causes et que l'adhérente soit hébergée, depuis le début de son invalidité, dans une institution de réhabilitation reconnue.

GARANTIE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

Dès réception d'une preuve jugée satisfaisante par l'Assureur attestant que l'adhérente :

- 1) est devenu totalement invalide pendant qu'elle était couverte en vertu de cette garantie et qu'elle est demeurée totalement invalide durant le délai de carence; et
- 2) reçoit les soins médicaux continus d'un médecin au Canada;

L'assureur verse les prestations conformément aux dispositions de cette police.

Pour les définitions d'« invalidité totale » et de « même période d'invalidité », veuillez-vous référer à la section DÉFINITIONS de la présente brochure.

Prestation mensuelle : 65 % des premiers 24 000 \$ de salaire assurable annuel, plus 47 % des 24 000 \$ suivants et 45,3 % de l'excédent.

Imposition des prestations : Les prestations sont non imposables.

Délai de carence : Le délai de carence est la période ininterrompue d'invalidité totale qui doit s'écouler avant le début du versement des prestations.

Le délai de carence est de 36 semaines d'invalidité totale plus le délai de carence de la garantie d'assurance salaire de courte durée ou la fin de la durée maximale des prestations d'assurance salaire de courte durée.

Rapports médicaux

Lorsqu'exigés pour une demande de prestations d'assurance salaire de courte ou de longue durée, les frais de rapports médicaux pour une adhérente qui est exemptée de la garantie d'assurance soins médicaux sont admissibles pour un maximum de 50 \$ par formulaire et jusqu'à concurrence d'un maximum global payable de 150 \$ par année de régime. Les reçus originaux du rapport doivent être soumis avec une copie de la lettre du refus si la demande de prestations d'assurance salaire est refusée.

Durée maximale des prestations : jusqu'à ce que l'adhérente atteigne l'âge de 65 ans ou jusqu'à sa retraite, selon la première éventualité.

Durant une même période d'invalidité, le montant de prestation mensuelle n'est pas modifié par des changements de salaire ou de modifications à la présente garantie.

Le délai de carence et la durée maximale s'appliquent par même période d'invalidité.

Le premier versement de prestation 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.

Le défaut de l'adhérente de fournir les preuves d'invalidité requises par l'assureur met fin au versement des prestations.

Le versement des prestations pour toute invalidité qui survient durant une absence au travail, débute à la dernière des dates suivantes, en autant que l'assurance salaire de longue durée ait été maintenue en vigueur :

- 1) la date à laquelle le délai de carence se termine;
- 2) la date prévue de retour au travail.

Coordination de protection

1) Intégration directe

Les prestations d'assurance salaire payables en vertu de la présente garantie est réduite des indemnités payables à l'adhérente, en relation avec l'invalidité concernée, en vertu :

- a) toute prestation à laquelle l'adhérente a droit en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou de toute autre loi semblable;
- b) de toute prestation à laquelle l'adhérente a droit en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, à l'exclusion des prestations de retraite qui auraient débuté avant le début de l'invalidité, des prestations pour les personnes à charge et de toute rente de conjoint(e) survivant(e);
- c) de toute indemnité de remplacement de revenu payable en vertu de tout régime public provincial d'assurance automobile sans égard à la responsabilité, mais qui ne tient pas compte des prestations d'assurance emploi dans le versement de l'indemnité; et
- d) de toute rémunération reliée à l'invalidité concernée.

Aux fins de la présente clause, il n'est pas tenu compte de l'indexation des indemnités payables en vertu de ces différentes sources de revenu à la suite de l'augmentation du coût de la vie.

2) Intégration indirecte

De plus, l'assureur réduira de nouveau les indemnités payables en vertu de la présente garantie par le montant, le cas échéant, selon lequel le revenu mensuel total d'une adhérente provenant de toutes sources dépasse 90 % de son revenu mensuel net immédiatement avant l'invalidité totale.

Le cas échéant, l'assureur prend en compte toute indemnité et tout paiement définis ci-dessous, que l'adhérente reçoit ou auxquels elle a droit, pour établir le revenu mensuel total de l'adhérente provenant de toutes sources :

- a) toute prestation mensuelle versée en vertu de la présente garantie;
- b) tout revenu mensuel ou paiement versé par l'employeur;
- c) toute prestation à laquelle l'adhérente a droit en vertu du Régime de rentes du Québec, à l'exclusion des prestations de retraite qui auraient débuté avant le début de l'invalidité, des prestations pour les personnes à charge et de toute rente de conjoint(e) survivant(e);
- d) toute prestation à laquelle l'adhérente a droit en vertu du Régime de pensions du Canada, à l'exclusion des prestations de retraite qui auraient débuté avant le début de l'invalidité, des prestations pour les personnes à charge et de toute rente de conjoint(e) survivant(e);
- e) toute prestation d'invalidité payable en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou d'une loi semblable ou d'un autre régime public, à l'exclusion des prestations payables en vertu de la Loi sur l'assurance emploi;
- f) toute prestation d'invalidité payable en vertu d'un régime d'assurance collective fourni par un employeur ou une association;
- g) toute prestation d'invalidité payable par un régime de retraite privé, à l'exclusion de tout montant supplémentaire versé à titre d'indexation des prestations sur le coût de la vie, une fois que le versement des prestations a commencé;
- h) toute indemnité de remplacement du revenu payable en vertu de tout régime public qui exige ou fournit des prestations d'assurance automobile sans égard à la responsabilité.

- 3) Si l'adhérente touche l'un ou l'autre des paiements ou indemnités susmentionnés en 1) et en 2) sous la forme d'un montant forfaitaire au lieu de prestations périodiques, l'assureur réduit le montant de la prestation d'assurance salaire mensuelle payable de ce montant, qui est ramené sur une base mensuelle en fonction d'une période de 60 mois ou du nombre de mois d'invalidité à l'égard duquel le montant forfaitaire est versé, selon la période la plus courte.

L'assureur peut réduire les prestations d'assurance salaire mensuelles si l'adhérente, néglige ou refuse de se prévaloir de ses droits en vertu des lois et régimes décrits ci-dessus.

L'assureur peut utiliser, aux fins de l'application des présentes, une estimation du montant accordé en vertu de tout régime public avant la réception de l'avis du montant réellement accordé.

Exclusions

L'invalidité totale concernée ne donne droit à aucune prestation en vertu de la présente garantie si :

- 1) l'adhérente ne reçoit pas des soins médicaux continus en raison de la maladie ou de l'accident causant l'invalidité;
- 2) l'adhérente a droit à une indemnité en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi du Canada non reliée à une invalidité;
- 3) l'adhérente occupe une fonction ou fait un travail pouvant lui rapporter un salaire ou un profit quelconque (sauf pour ce qui est prévu au paragraphe de la présente garantie intitulé « Réadaptation et retour au travail progressif »);

Aucune prestation n'est payable si l'invalidité totale résulte d'une grossesse, d'un accouchement, d'une fausse couche ou de toute complication en rapport direct ou indirect avec l'une de ces causes lorsque cette période se situe :

- 1) pendant un congé de maternité accordé par l'employeur, lequel est réputé débiter à la première des deux dates suivantes, soit la date convenue entre l'employeur et l'adhérente, soit la date de l'accouchement;
- 2) pendant un congé de maternité pris conformément à une loi provinciale ou fédérale;
- 3) pendant les périodes durant lesquelles des prestations de maternité sont payables en vertu du régime québécois d'assurance parentale.

Aucune prestation n'est payable pour toute invalidité totale qui résulte directement de l'une des causes suivantes :

- 1) guerre, déclarée ou non, service actif dans les forces armées d'un pays, ou participation à une émeute, une insurrection ou une agitation populaire;
- 2) infraction criminelle telle que prévue au Code criminel du Canada;
- 3) qui résulte de traitements esthétiques, sauf si ces soins sont fournis par suite d'un accident ou d'une maladie;
- 4) problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie à moins que l'adhérente reçoive des traitements ou des soins médicaux en vue de sa réhabilitation, qu'il s'agisse de la première invalidité due à l'une de ces causes et que l'adhérente soit hébergée, depuis le début de son invalidité, dans une institution de réhabilitation reconnue.

Réadaptation et retour au travail progressif

Une adhérente invalide peut, avec l'approbation au préalable de l'assureur, s'engager dans un travail de réadaptation pendant les 24 premiers mois suivant la fin du délai de carence de l'invalidité de longue durée, tout en continuant de bénéficier de la présente garantie relativement à son invalidité en cours, aussi longtemps que ledit travail de demeure, de l'avis de l'assureur, un travail de réadaptation. De même, aux fins de la présente garantie, le retour au travail progressif peut être considéré comme un travail de réadaptation à la condition d'avoir été approuvé préalablement par l'assureur.

Les prestations d'assurance salaire payables par l'assureur pendant la durée de tel travail de réadaptation sont réduites selon la formule suivante :

$$(A \div B) \times C = \text{montant de la réduction}$$

A = Revenu gagné d'un programme de réadaptation.

B = Revenu que l'adhérente gagnait immédiatement avant la date du début de son invalidité totale.

C = Prestations autrement payables en vertu de cette garantie.

Le total des sommes reçues par l'adhérente provenant de l'assureur et du travail de réadaptation ou du retour au travail progressif ne doit toutefois pas permettre d'excéder le salaire de l'adhérente au début de son invalidité totale.

Assurance salaire courte durée et de longue durée

Nonobstant toute autre disposition du présent régime à l'effet contraire, le paiement des prestations, en vertu de la présente garantie, pour une période donnée, ne peut débiter tant que des prestations sont payables en vertu de la garantie d'assurance salaire de courte durée pour cette même période. Cependant, lorsque le paiement des prestations en vertu de la garantie d'assurance salaire de longue durée a débuté et que des prestations sont payables en vertu de cette garantie pour une période donnée, l'assureur ne verse aucune prestation d'assurance salaire en vertu de la garantie d'assurance salaire de courte durée.

GARANTIE D'ASSURANCE SOINS MÉDICAUX – MODULES A, B ET C

Conformément aux dispositions de la présente garantie, lorsqu'une adhérente engage des frais pour elle-même ou pour l'une de ses personnes à charge assurées, dans la mesure où ces frais s'appliquent à des fournitures ou des services prescrits par un médecin sauf si spécifié autrement, par suite d'accident, de maladie, de grossesse ou de complication de grossesse, alors que la garantie est en vigueur, elle a droit après le paiement de la franchise applicable, au remboursement des frais admissibles décrits ci-après.

FRAIS ADMISSIBLES AU CANADA

Les frais admissibles sont, suivant le module d'assurance détenu, les frais de médicaments admissibles, les frais hospitaliers et les autres frais énumérés ci-dessous et engagés :

- 1) dans la province de résidence de l'adhérente; et
- 2) à l'extérieur de la province de résidence de l'adhérente, mais au Canada, pour une raison autre qu'une urgence médicale.

MÉDICAMENTS – MODULES A, B ET C

Franchise applicable par année de régime :

Module A : 200 \$ pour l'adhérente et ses enfants à charge et
200 \$ pour le conjoint(e)

Module B : 100 \$ pour l'adhérente et ses enfants à charge et
100 \$ pour le conjoint(e)

Module C : Aucune

Pourcentage de remboursement :

- Module A :
- 1) Médicaments génériques : 68 % du prix du médicament générique équivalent le moins cher disponible sur le marché
 - 2) Médicaments de marque : 68 % du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament équivalent disponible sur le marché ou 68 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché.
- Module B :
- 1) Médicaments génériques : 75 % du prix du médicament générique équivalent le moins cher disponible sur le marché
 - 2) Médicaments de marque : 75 % du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament équivalent disponible sur le marché ou 75 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché.
- Module C :
- 1) Médicaments génériques : 80 % du prix du médicament générique équivalent le moins cher disponible sur le marché
 - 2) Médicaments de marque : 80 % du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament équivalent disponible sur le marché ou 80 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché.

Pour chaque année civile, une contribution maximale aux frais de médicaments s'applique en vertu de la *Loi sur l'assurance médicament*. La contribution aux frais de médicaments est constituée des sommes versées à titre de franchise et des sommes de frais admissibles qui ne sont pas remboursées en vertu de la présente garantie (le pourcentage non remboursé des médicaments admissibles achetés).

Lorsque la contribution de l'adhérente aux frais de médicaments atteint le montant prévu de contribution maximale (montant fixé et ajusté conformément à la *Loi sur l'assurance médicament*), le pourcentage de remboursement des médicaments pour l'adhérente et ses enfants à charge passe à 100 % pour le reste de l'année civile.

Lorsque la contribution atteint le maximum prévu de contribution maximale pour les frais de médicaments engagés par le conjoint(e) de l'adhérente, le pourcentage de remboursement des médicaments pour le conjoint(e) passe à 100 % pour le reste de l'année civile.

Frais admissibles

- 1) Sont admissibles les médicaments ne pouvant être obtenus que sur ordonnance ou vendus sous contrôle pharmaceutique, porteurs d'un DIN (numéro d'identification du médicament) prescrits par un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire, disponibles exclusivement en pharmacie et vendus par un pharmacien.
- 2) Dans le cas de médicaments injectés en cabinet privé d'un professionnel de la santé, seule la substance injectée est admissible et non l'acte médical. À cet égard, les injections sclérosantes administrées pour le traitement des varices pour des raisons médicales mais non esthétiques sont admissibles jusqu'à concurrence de frais de 20 \$ par traitement.

Médicaments exigeant une autorisation préalable

L'autorisation préalable de l'assureur est exigée pour certains médicaments dont la liste est disponible sur le site web de l'assureur. Un formulaire d'autorisation préalable doit être rempli par le médecin et soumis à l'assureur pour s'assurer que les médicaments prescrits répondent aux critères d'autorisation préalable établis par l'assureur en fonction, notamment, des lignes directrices de pratique clinique et des recommandations émises par les organismes d'évaluation des technologies de la santé. Il s'agit entre autres de confirmer que les médicaments prescrits :

- 1) sont utilisés pour une indication thérapeutique approuvée par Santé Canada; et

- 2) démontrent une efficacité satisfaisante par rapport aux coûts qui y sont reliés.

Une preuve d'efficacité ou de nouveaux résultats peuvent être demandés en cours de traitement pour déterminer si le médicament produit les effets attendus et demeure admissible au remboursement.

L'assureur se réserve le droit de rembourser un médicament équivalent ou un médicament biosimilaire moins cher s'il en existe sur le marché.

Exclusions

- 1) La présente garantie ne couvre pas les produits suivants qu'ils soient considérés ou non comme un médicament :
 - a) les produits utilisés pour hygiène corporelle ou à des fins esthétiques ou cosmétiques, notamment les produits servant à compenser la perte de cheveux;
 - b) les substances ou médicaments utilisés ou administrés à titre préventif;
 - c) les médicaments de nature expérimentale ou obtenus en vertu du programme fédéral de médicaments d'urgence;
 - d) les produits homéopathiques ou dits naturels;
 - e) les médicaments ou les produits antitabac qui ne sont pas admissibles en vertu du régime général d'assurance médicaments du Québec ainsi que les frais excédent le maximum remboursable prévu pour ces produits en vertu dudit régime;

- f) les suppléments diététiques servant à compléter ou à remplacer l'alimentation. Toutefois, les suppléments diététiques ou produits prescrits dans le traitement d'une maladie du métabolisme clairement identifiée, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminées permettant d'être remboursées en vertu du régime général d'assurance médicaments du Québec demeurent admissibles. 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 admissible;
- g) les écrans solaires. Toutefois, les écrans solaires nécessaires aux personnes atteintes d'une maladie requérant de tels produits peuvent être admissibles. 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 admissible;
- h) les médicaments servant à traiter l'infertilité ou servant à l'insémination artificielle ou à la fécondation in vitro;
- i) les hormones de croissance qui ne répondent pas aux critères d'admissibilité en vertu du régime général d'assurance médicaments du Québec;
- j) les médicaments fournis en cours d'hospitalisation ou par un département de pharmacie d'un hôpital ou administrés à l'hôpital;
- k) les médicaments servant à traiter la dysfonction érectile.

- 2) La contribution du patient exigée pour une personne couverte par le régime public d'assurance médicaments de la RAMQ n'est pas admissible à la présente clause.
- 3) Les exclusions prévues au présent paragraphe ne peuvent avoir pour effet d'exclure une fourniture ou un service pharmaceutique qui serait admissible sous le régime général d'assurance médicaments du Québec.

L'assureur se réserve le droit d'appliquer certaines restrictions, limitations et exclusions, notamment pour les soins, produits ou médicaments :

- 1) qui sont utilisés pour traiter des conditions spécifiques autres que celles pour lesquelles ils ont été approuvés par Santé Canada; ou
- 2) qui font l'objet d'une consommation plus élevée que celle prévue par les critères de bonnes pratiques cliniques établis par l'assureur.

Exclusions applicables aux médicaments exigeant une autorisation préalable

L'assureur se réserve le droit d'appliquer certaines restrictions, exclusions et limitations, notamment pour les soins, produits ou médicaments qui ne répondent pas aux critères d'autorisation préalable établis par l'assureur à la date à laquelle les frais sont engagés.

Restrictions applicables aux médicaments

L'assureur se réserve le droit d'appliquer des restrictions au remboursement de médicaments pour lesquels un médicament équivalent moins cher existe sur le marché.

Limitations applicables aux médicaments

Pour les médicaments biologiques, l'assureur se réserve le droit de rembourser un médicament biosimilaire moins cher s'il en existe sur le marché.

Exclusions additionnelles applicables aux médicaments

Aucun remboursement n'est effectué pour ce qui suit :

- 1) Médicaments ou produits qui sont inscrits sur la liste des médicaments ou produits exclus, disponible sur le site web de l'assureur. Cette liste est établie en fonction, notamment, des données relatives à l'efficacité des médicaments ou produits par rapport aux coûts qui y sont reliés, des lignes directrices de pratique clinique et des recommandations émises par les organismes d'évaluation des technologies de la santé.
- 2) Médicaments ou produits considérés par l'assureur comme devant être administrés à l'hôpital ou en milieu hospitalier, notamment ceux nécessitant une surveillance médicale particulière pendant le traitement en raison de la gravité de l'état du patient, de la complexité du traitement ou pour des motifs de sécurité. Afin d'identifier ces médicaments ou produits, l'assureur utilise, sans s'y limiter, les données provenant des monographies de produits approuvées par Santé Canada et des recommandations émises par les organismes d'évaluation des technologies de la santé.

FRAIS HOSPITALIERS – MODULE C SEULEMENT

Franchise : aucune

Pourcentage de remboursement : 100 %

Frais admissibles :

Lorsque l'adhérente ou l'une de ses personnes à charge assurée est admise dans un hôpital, elle a droit au remboursement de la différence entre le coût d'une salle et d'une chambre semi-privée.

Exclusion

Aucune prestation n'est versée en vertu de la présente garantie pour des frais hospitaliers engagés pour des frais d'hébergement et soins de longue durée ou dans des hôpitaux pour malades chroniques, ou dans un service pour malades chroniques dans un hôpital public, ou pour des patients qui se trouvent dans des maisons de soins prolongés ou des stations thermales.

AUTRES FRAIS MÉDICAUX – MODULE A

Franchise : aucune

Pourcentage de remboursement : 68 % (100 % pour les **rapports médicaux**)

Frais admissibles

Sont admissibles, sans prescription médicale, les frais :

- 1) de **stérilets** jusqu'à concurrence de frais admissibles de 50 \$ par stérilet et d'un maximum de 2 stérilets par année de régime;
- 2) pour les soins professionnels d'un psychologue, d'un psychothérapeute et ceux d'un travailleur social administrés par des professionnels de ces disciplines reconnus par leur association professionnelle respective, jusqu'à concurrence pour une même année de régime, d'un maximum payable de 300 \$ pour l'ensemble de ces spécialistes. La présente garantie couvre un seul traitement par jour, pour la même personne assurée.

Sont aussi admissibles, lorsqu'exigés pour une demande de prestations d'assurance salaire de courte ou de longue durée, les frais de **rapports médicaux** pour un maximum de 50 \$ par formulaire et jusqu'à concurrence d'un maximum global payable de 150 \$ par année de régime. Les reçus originaux du rapport doivent être soumis avec une copie de la lettre du refus si la demande de prestations d'assurance salaire est refusée. Les frais sont admissibles même si l'adhérente est exemptée de la garantie d'assurance soins médicaux sous réserve du « DROIT D'EXEMPTION ET FIN DU DROIT D'EXEMPTION ».

AUTRES FRAIS MÉDICAUX – MODULES B ET C

Les autres frais médicaux admissibles sont les frais raisonnables engagés pour des services ou fournitures prévus ci-après.

Franchise : aucune

Pourcentage de remboursement : 75 % (100 % pour les **rapports médicaux**)

Frais admissibles

Lorsqu'une adhérente engage des frais pour elle-même ou pour l'une de ses personnes à charge assurées, par suite d'accident, de maladie, de grossesse ou de complication de grossesse, alors que la garantie est en vigueur, elle a droit au remboursement des frais rémunérés ci-après. Les frais engagés doivent être nécessaires au traitement de l'adhérente ou de ses personnes à charge. Le cas échéant, les maximums par année de régime fixés pour un type de frais sont applicables par personne assurée.

Dans la mesure où ces frais s'appliquent à des fournitures ou des services prescrits par un médecin, sont admissibles, par personne assurée, les frais :

- 1) **de radiographies, d'analyses de laboratoire et d'électrocardiogrammes** passés sans être hospitalisé, pour fins de prévention ou de diagnostic;

- 2) **de résonance magnétique ainsi que de scanners, à raison de 50 % des frais engagés.** La présente garantie couvre un seul test par année de régime. Toute autre technique d'imagerie médicale est exclue;
- 3) **d'échographie,** à l'extérieur d'un hôpital, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 400 \$ par année de régime;
- 4) d'honoraires d'un(e) **infirmier(ère) diplômé(e),** titulaire d'un droit de pratique en règle, au service continu et exclusif de la personne assurée, qui ne réside pas ordinairement dans la maison de la personne assurée et qui n'est pas parent(e) avec elle, jusqu'à concurrence d'un maximum payable de 5 000 \$ par année de régime;
- 5) **d'achat, de réparation ou de location de fauteuil roulant,** à la discrétion de l'assureur, jusqu'à concurrence du coût d'un fauteuil roulant non motorisé, à moins que l'état de santé de la personne assurée requiert l'usage exclusif d'un fauteuil motorisé;
- 6) **d'achat, de réparation ou de location d'un lit d'hôpital,** à la discrétion de l'assureur, jusqu'à concurrence du coût d'un lit d'hôpital non électrique, à moins que l'état de santé de la personne assurée requiert l'usage exclusif d'un lit électrique;
- 7) **de location d'appareils d'assistance respiratoire ou d'autres appareils de même nature;**
- 8) **d'achat ou de remplacement de membres artificiels ou de prothèses externes,** jusqu'à concurrence d'un maximum global payable de 6 000 \$ par membre ou par prothèse. Les prothèses dentaires, les appareils auditifs, les lunettes et les verres de contact sont exclus;
- 9) **d'achat de bandages herniaires, de corsets, de béquilles, d'attelles, de plâtres et d'autres appareils orthopédiques excluant les chaussures orthopédiques de même que les orthèses podiatriques;**

- 10) **de traitements d'orthophonie et d'audiologie**, lorsqu'ils sont administrés par des professionnels de ces disciplines reconnus par leur association professionnelle respective. La présente garantie couvre un seul traitement par jour, pour la même personne assurée;
- 11) d'achat d'un **glucomètre**, jusqu'à concurrence d'un maximum global payable de 270 \$ par période de 60 mois par personne assurée;
- 12) d'achat de **bas de contention** à compression moyenne ou forte (*plus de 20 mm de Hg*), fournis dans une pharmacie ou dans un établissement de santé, dans le cas d'insuffisance du système veineux ou lymphatique, jusqu'à concurrence d'un maximum de 3 paires de bas par année de régime;
- 13) d'achat, d'ajustement, de remplacement ou de réparation d'une **prothèse capillaire** initiale nécessaire à la suite de chimiothérapie, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal à vie de 400 \$ par personne assurée;
- 14) d'achat d'une **pompe à insuline** jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 6 000 \$ par période de 60 mois consécutifs par personne assurée et d'achat d'**accessoires** nécessaires au fonctionnement de cette pompe (tubulures, cathéters) jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 800 \$ par année de régime;
- 15) de la location d'**équipements thérapeutiques** ou d'achat, lorsque ce dernier mode est plus économique, incluant l'achat de couches pour incontinence, de sondes 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.

À titre d'exemple, sont admissibles :

- a) les appareils d'aérosolthérapie, c'est-à-dire les appareils nécessaires au traitement, entre autres, de l'emphysème aigu, de la bronchite chronique ou de l'asthme chronique (ex. : maximist, médi-pompe);

- b) les stimulateurs de consolidation de fractures (ex. : E.B.I.);
- c) les respirateurs à pression positive intermittente (ex. : ventilateur volumétrique);
- d) les neurostimulateurs percutanés (T.E.N.S.);
- e) les vêtements pour le traitement des brûlures.

Les frais liés aux équipements ainsi concernés sont remboursables jusqu'à concurrence d'un maximum total à vie de 10 000 \$ par personne assurée. Ne sont pas admissibles 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 le réflectomètre, stéthoscope, sphygmomanomètre, dextromètre ou autres appareils de même nature.

Sont admissibles, sans prescription médicale à moins qu'autrement prévu, les frais :

- 1) de **stérilets** jusqu'à concurrence de frais admissibles de 50 \$ par stérilet et d'un maximum de 2 stérilets par année de régime;
- 2) de **transport en ambulance**, lorsque médicalement requis ou en cas d'urgence, en direction ou en provenance d'un hôpital, par un ambulancier licencié, de transport en avion ou en train d'un malade alité occupant l'équivalent de 2 sièges individuels lorsqu'une partie du trajet, en direction ou en provenance d'un hôpital, doit s'effectuer par ce moyen et de traitement d'oxygénothérapie durant ou immédiatement avant les transports concernés;

- 3) d'honoraires professionnels d'un chirurgien-dentiste, pour des **lésions accidentelles aux dents naturelles** survenues alors que la personne assurée était assurée par la présente garantie, jusqu'à concurrence des montants prévus au guide des tarifs des actes bucco-dentaires de l'association des chirurgiens-dentistes de la province de résidence de la personne assurée en vigueur au moment où les soins sont prodigués et engagés pour des soins reçus pendant les 12 mois qui suivent la date de l'accident. Les actes, traitements et prothèses de quelque nature que ce soit, reliés à un implant ne sont pas admissibles;
- 4) de traitements d'un **chiropraticien** (incluant les radiographies), d'un **physiothérapeute** ou d'un **ostéopathe** lorsqu'ils sont administrés par des professionnels de ces disciplines reconnus par leur association professionnelle respective, jusqu'à concurrence, pour une même année de régime, d'un maximum global payable de 500 \$ pour l'ensemble des soins reçus. La présente garantie couvre un seul traitement par jour, pour la même personne assurée;
- 5) **pour le module C seulement** : de traitements (excluant les frais de radiographies) d'un **naturopathe**, d'un **acupuncteur** ou d'un **podiatre** et, **sur recommandation médicale**, d'un **massothérapeute**, administrés par des professionnels de ces disciplines reconnus par leur association professionnelle respective, jusqu'à concurrence pour une même année de régime, d'un maximum global payable de 500 \$ pour l'ensemble des soins reçus. Un seul traitement par discipline professionnelle par jour, pour la même personne assurée, ouvre droit à des prestations. Les produits ou remèdes fournis par le naturopathe ne sont pas couverts par la présente garantie.
- 6) pour les soins professionnels d'un psychologue, d'un psychothérapeute et ceux d'un travailleur social administrés par des professionnels de ces disciplines reconnus par leur association professionnelle respective, jusqu'à concurrence pour une même année de régime, d'un maximum payable de 400 \$ pour l'ensemble de ces spécialistes. La présente garantie couvre un seul traitement par jour, pour la même personne assurée.

Sont aussi admissibles, lorsqu'exigés pour une demande de prestations d'assurance salaire de courte ou de longue durée, les frais de **rapports médicaux** pour un maximum de 50 \$ par formulaire et jusqu'à concurrence d'un maximum payable de 150 \$ par année de régime. Les reçus originaux du rapport doivent être soumis avec une copie de la lettre du refus si la demande de prestations d'assurance salaire est refusée. Les frais sont admissibles même si l'adhérente est exemptée de la garantie d'assurance soins médicaux sous réserve du « DROIT D'EXEMPTION ET FIN DU DROIT D'EXEMPTION ».

ASSURANCE VOYAGE – MODULES B ET C

- 1) Franchise : aucune
- 2) Pourcentage de remboursement : 100 %

Lorsqu'une personne assurée doit engager des frais en raison d'une urgence médicale survenant au cours des 180 premiers jours d'un séjour à l'extérieur de sa province de résidence, l'assureur rembourse les frais admissibles conformément aux conditions suivantes :

- 1) la personne doit être couverte par un régime provincial d'assurance maladie au Canada;
- 2) les frais doivent être couverts en vertu de la garantie d'assurance soins médicaux; et
- 3) l'état de santé de la personne couverte devait être stable avant la date de début du voyage.

L'adhérente doit communiquer avec l'assureur si la durée du séjour à l'étranger est ou pourrait être supérieure à 180 jours, sans quoi la personne pourrait ne pas être couverte.

Les décisions médicales prises par un médecin ou un autre professionnel de la santé, à l'emploi de Voyage Assistance, lié par contrat à Voyage Assistance ou désigné par cette dernière, sont fondées sur des facteurs médicaux et servent à déterminer la nécessité d'offrir les services ci-dessous.

Frais admissibles d'assurance voyage

1) Frais hospitaliers, médicaux et paramédicaux

- a) Les frais de chambre et pension à l'hôpital ainsi que les autres services hospitaliers nécessaires au traitement de la personne assurée, jusqu'à ce que la personne assurée reçoive son congé de l'hôpital, étant entendu que la personne assurée doit communiquer dès le début de l'hospitalisation avec Voyage Assistance, à défaut de quoi le remboursement de certains frais pourrait être refusé; toutefois, lorsque les frais hospitaliers sont engagés au Canada, ceux-ci sont limités au maximum prévu à la partie FRAIS HOSPITALIERS – MODULE C SEULEMENT de la présente garantie;
- b) les honoraires de médecin, de chirurgien et d'anesthésiste;
- c) les autres frais admissibles qui sont couverts en vertu du régime public d'assurance maladie en vigueur dans la province de résidence de la personne assurée.

2) Frais de transport

- a) Les frais de rapatriement de la personne assurée à son lieu de résidence par un moyen de transport public adéquat pour qu'elle puisse y recevoir les soins appropriés, dès que son état de santé le permet et dans la mesure où le moyen de transport initialement prévu pour le retour ne peut être utilisé; le rapatriement doit être approuvé et planifié par la firme d'assistance-voyage; de plus, la personne assurée cesse d'être protégée par la garantie si elle ne consent pas au rapatriement lorsque ce dernier est recommandé par Voyage Assistance;
- b) les frais pour le rapatriement (simultané par rapport à celui du paragraphe précédent) de tout proche parent qui est également assuré en vertu de la garantie d'assurance soins médicaux, s'il ne peut revenir à son point de départ par le moyen de transport initialement prévu pour le retour; le rapatriement doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance;

- c) le transport aller et retour en classe économique d'un accompagnateur médical qualifié qui n'est ni un membre de la famille, ni un ami, ni un compagnon de voyage, à condition que l'accompagnement soit prescrit par le médecin traitant et approuvé par Voyage Assistance;
- d) le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un proche parent de visiter la personne assurée qui demeure à l'hôpital pendant au moins 7 jours (les frais ne seront remboursés que si la personne assurée demeure à l'hôpital au moins 7 jours); cette visite n'est cependant pas admissible au remboursement si la personne assurée était déjà accompagnée par un membre de la famille ayant 18 ans ou plus, ou que la nécessité de la visite ne soit pas confirmée par le médecin traitant ou que la visite ne soit pas préalablement approuvée et planifiée par Voyage Assistance. Les frais de subsistance du membre de la famille immédiate sont également admissibles, jusqu'à concurrence de 500 \$;
- e) les frais de retour du véhicule, si la personne assurée souffre d'incapacité certifiée par un médecin et qu'elle ne soit pas en état, selon celui-ci, de ramener elle-même son véhicule ou celui qu'elle a loué et qu'aucun membre de la famille l'accompagnant ne soit en état de le faire; le retour peut être effectué par une agence commerciale, mais il doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance; le remboursement maximal est de 1 000 \$ CAN par adhérente; par « véhicule » on entend une automobile, une caravane motorisée ou une camionnette ayant une capacité maximale de 1 000 kilogrammes;
- f) en cas de décès de la personne assurée, le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un proche parent d'aller identifier la dépouille avant le rapatriement (le voyage doit préalablement être approuvé et planifié par Voyage Assistance), à condition qu'aucun membre de la proche famille ayant 18 ans ou plus n'ait accompagné la personne assurée dans son voyage;

- g) en cas de décès de la personne assurée, les frais pour la préparation du corps et le retour de la dépouille ou de ses cendres à son lieu de résidence par la route la plus directe (avion, autobus, train), jusqu'à concurrence de 5 000 \$ CAN; le coût du cercueil n'est pas inclus dans l'assurance; le retour doit préalablement être approuvé et planifié par Voyage Assistance.

3) Frais de subsistance

Le coût des repas et de l'hébergement de la personne assurée qui doit reporter son retour pour cause de maladie ou de blessure corporelle qu'elle subit elle-même ou que subit un proche parent qui l'accompagne ou un compagnon de voyage, de même que les frais additionnels de garde des enfants qui ne l'accompagnent pas; ces frais sont remboursables jusqu'à concurrence de 200 \$ CAN par jour par adhérente, pendant un maximum de 10 jours; la maladie ou la blessure doit être constatée par un médecin.

4) Frais d'appels interurbains

Les frais d'appels interurbains pour joindre un proche parent si la personne assurée est hospitalisée, pourvu que les frais de transport pour visiter la personne assurée ne soient pas utilisés et que cette dernière ne soit pas accompagnée par un proche parent ayant 18 ans ou plus, jusqu'à concurrence de 50 \$ CAN par jour et d'un maximum global de 200 \$ CAN par hospitalisation.

Le service d'assistance-voyage

Voyage Assistance prend les dispositions nécessaires pour fournir les services suivants à toute personne assurée qui en a besoin :

- 1) assistance téléphonique sans frais, 24 heures sur 24;
- 2) orientation vers des médecins ou des établissements de santé;
- 3) aide pour l'admission à l'hôpital;
- 4) avances de fonds à l'hôpital lorsqu'elles sont exigées par l'établissement concerné;

- 5) rapatriement de la personne assurée dans sa ville de résidence, dès que son état de santé le permet;
- 6) établissement et maintien des contacts avec l'assureur;
- 7) règlement des formalités en cas de décès;
- 8) rapatriement des enfants de la personne assurée si elle est immobilisée;
- 9) envoi d'aide médicale et de médicaments si une personne assurée se trouve trop loin des établissements de santé pour y être transportée;
- 10) arrangements nécessaires pour faire venir un membre de la proche famille si la personne assurée doit séjourner à l'hôpital au moins 7 jours et si le médecin prescrit une telle visite;
- 11) en cas de perte ou de vol de papiers d'identité, aide pour se procurer des papiers temporaires afin de poursuivre le voyage;
- 12) orientation vers des avocats si des problèmes juridiques surviennent;
- 13) service d'interprète lors d'appels d'urgence;
- 14) transmission de messages aux proches de la personne assurée en cas d'urgence;
- 15) avant le départ, information sur les passeports, les visas et les vaccins requis dans le pays de destination.

En cas d'urgence médicale, avant d'engager des frais, la personne assurée doit communiquer immédiatement avec le service d'assistance-voyage à l'un des numéros suivants :

Provenance de l'appel	Numéro à composer
Région de Montréal	(514) 875-9170
Canada et États-Unis	1 800 465-6390 (sans frais)
Ailleurs dans le monde (Excluant les Amériques)	indicatif outre-mer + 800 29485399 (sans frais)
Partout dans le monde	(514) 875-9170 (à frais virés)

Limitations

Les prestations totales versées en vertu de l'assurance voyage ne peuvent excéder un maximum à vie de 5 000 000 \$ par personne assurée.

Prolongation

En cas de décès de l'adhérente, l'assurance voyage continue de s'appliquer à ses personnes à charge assurées qui sont en voyage à l'extérieur de leur province de résidence au moment dudit décès. Cette prolongation se poursuivant jusqu'à la première des dates suivantes :

- 1) le 31^e jour suivant le décès de l'adhérente;
- 2) la date de la fin du voyage en cours au moment du décès de l'adhérente.

Exclusions applicables à l'assurance voyage

Lorsqu'une personne assurée doit communiquer avec Voyage Assistance et qu'elle ne le fait pas, le remboursement de certains frais peut être réduit ou refusé.

Les exclusions reliées à la garantie d'assurance soins médicaux s'appliquent à l'assurance voyage. De plus, l'assureur ne verse aucune des sommes prévues par l'assurance voyage dans les cas suivants :

- 1) si le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir des traitements médicaux ou paramédicaux ou des services hospitaliers, et ce, même si le voyage est fait sur la recommandation d'un médecin;
- 2) pour une chirurgie ou un traitement, lorsque ceux-ci sont facultatifs ou non urgents, donc qu'ils auraient pu être prodigués dans la province de résidence de la personne assurée sans danger pour sa vie ou sa santé, même si les soins sont prodigués à la suite d'une situation urgente résultant d'une maladie subite ou d'un accident;
- 3) si la personne assurée n'est pas protégée en vertu des Régimes publics d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation de sa province de résidence;
- 4) si la personne assurée ne consent pas au rapatriement lorsqu'il est recommandé par Voyage Assistance;
- 5) si la personne assurée refuse un traitement recommandé par un médecin et approuvé par Voyage Assistance;
- 6) si la personne assurée se rend dans un pays ou une région au sujet duquel ou de laquelle le gouvernement du Canada avait émis, avant le début du voyage, une recommandation d'éviter d'y séjourner;
- 7) si la personne assurée refuse de divulguer les renseignements relatifs à ses autres protections d'assurance;
- 8) si les frais engagés sont liés à un état de santé qui n'était pas stable avant le début du voyage.

ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE – MODULES B ET C

- 1) **Franchise** : aucune
- 2) **Pourcentage de remboursement** : 100 %
- 3) Événements pouvant donner lieu à un remboursement

L'assurance annulation de voyage permet à la personne assurée d'obtenir le remboursement des frais payés à l'avance ou de certains frais supplémentaires qu'elle doit engager si son voyage est annulé ou interrompu en raison des événements suivants, et ce, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par événement par personne assurée :

- a) maladie, accident ou décès de la personne assurée ou d'un membre de sa famille;
- b) maladie, accident ou décès d'un compagnon de voyage ou d'un proche parent du compagnon de voyage; dans les cas où plusieurs personnes voyagent ensemble, seulement 3 personnes assurées peuvent invoquer cette raison pour obtenir une prestation pour elles-mêmes et pour les enfants à charge qui les accompagnent;
- c) décès ou hospitalisation d'un associé en affaires, d'un employé-clé ou de l'hôte à destination; un employé-clé est un employé ou un franchisé qui joue un rôle primordial dans la bonne marche de l'entreprise pour laquelle il travaille, de concert avec la personne assurée, et dont l'absence met les activités principales de cette dernière en péril;
- d) service de la personne assurée ou du compagnon de voyage comme membre d'un jury, ou son assignation à comparaître comme témoin dans une cause à être entendue, durant la période du voyage;

- e) mise en quarantaine de la personne assurée ou du compagnon de voyage;
- f) détournement d'un avion à bord duquel la personne assurée voyage;
- g) déménagement de la résidence principale de la personne assurée à une distance minimale de 160 kilomètres dans les 30 jours qui précèdent la date du voyage assuré, à la suite d'un transfert exigé par son employeur;
- h) sinistre qui rend la résidence principale de la personne assurée ou du compagnon de voyage inhabitable;
- i) annulation d'une réunion d'affaires à cause de l'hospitalisation ou du décès de la personne avec qui les arrangements d'affaires concernant ladite réunion ont été préalablement pris; le remboursement est limité aux frais de transport et à un maximum de 3 jours d'hébergement;
- j) situation particulière dans le pays ou la région de destination du voyage qui incite le gouvernement du Canada à émettre, après la date d'achat du billet d'avion ou du forfait voyage, un des avertissements suivants :
 - i) éviter tout voyage non essentiel; ou
 - ii) éviter tout voyage;
- k) maladie, accident ou décès d'une personne dont la personne assurée ou le compagnon de voyage est le tuteur;
- l) décès d'une personne dont la personne assurée ou le compagnon de voyage est le liquidateur de la succession;

- m) défaillance du fournisseur de services de voyage ayant un bureau au Canada et détenant tous les permis et certificats d'exploitation requis par les autorités canadiennes compétentes;
- n) perte involontaire de l'emploi permanent de la personne assurée ou du compagnon de voyage, pourvu que la personne concernée ait été activement au service du même employeur depuis plus d'un an et qu'elle n'ait pas eu de raison de croire qu'elle pourrait perdre ledit emploi dans les jours suivant l'achat du voyage; par emploi permanent, on entend un emploi non saisonnier pour lequel une personne est embauchée en vertu d'un contrat à durée indéterminée;
- o) annulation d'une croisière avant la date du départ du navire de croisière en raison :
 - i) d'une panne mécanique;
 - ii) de l'échouement du navire;
 - iii) de sa mise en quarantaine; ou
 - iv) de son déroutement en raison d'intempéries;
- p) correspondance manquée empêchant la personne assurée de poursuivre son voyage selon l'itinéraire prévu en raison du :
 - i) retard du moyen de transport public assurant la correspondance, causé par :
 - un accident de la circulation prouvé par un rapport de police;
 - la fermeture d'urgence d'une route, prouvée par un rapport de police;

- des difficultés mécaniques;
- des conditions atmosphériques défavorables; ou
- une catastrophe naturelle; ou

ii) retard du véhicule, causé par :

- un accident de la circulation prouvé par un rapport de police;
- la fermeture d'urgence d'une route, prouvée par un rapport de police.

4) Frais admissibles d'assurance annulation de voyage remboursables à 100 % si l'annulation du voyage se produit avant le départ.

L'assureur verse une prestation égale aux frais suivants, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par événement par personne assurée :

- a) les sommes non remboursables et payées à l'avance pour le voyage projeté (les crédits-voyage sont considérés par l'assureur comme un remboursement);
- b) les frais supplémentaires occasionnés par le fait qu'un compagnon de voyage doive annuler son voyage pour une des raisons décrites à la présente section d'assurance annulation de voyage et que la personne assurée décide d'effectuer, avec un compagnon de voyage en moins, le voyage prévu initialement.

- 5) Frais admissibles d'assurance annulation de voyage remboursables à 100 % si le départ est retardé ou si une correspondance est manquée.

L'assureur verse une prestation égale au total des frais suivants, s'ils ne sont pas remboursés par le fournisseur de service de voyage (les crédits-voyage sont considérés par l'assureur comme un remboursement), jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par événement par personne assurée :

- a) le coût supplémentaire d'un billet simple en classe économique par la route la plus directe jusqu'à la destination prévue, advenant une correspondance manquée en raison du :
 - i) retard du moyen de transport public assurant la correspondance causé par un accident de la circulation (prouvé par un rapport de police), la fermeture d'urgence d'une route (prouvée par un rapport de police), des difficultés mécaniques, des conditions atmosphériques défavorables ou une catastrophe naturelle;
 - ii) retard d'un véhicule causé par un accident de la circulation (prouvé par un rapport de police) ou la fermeture d'urgence d'une route (prouvée par un rapport de police).

Dans tous les cas, la personne assurée doit prévoir arriver au point de départ au moins 3 heures avant l'heure prévue du départ;

- b) le coût supplémentaire d'un billet simple en classe économique pour l'utilisation d'un moyen de transport public à horaire fixe (avion, autobus, train, bateau) empruntant la route la plus directe pour permettre à la personne assurée de rejoindre son groupe pour le reste du voyage, advenant que son départ soit retardé parce qu'elle ou son compagnon de voyage :
 - i) devient malade; ou
 - ii) subit une blessure.

Il est nécessaire à cet égard d'obtenir l'attestation d'un médecin à l'effet que la maladie ou la blessure sont suffisamment graves pour que le départ soit retardé;

- c) les frais de subsistance de la personne assurée jusqu'à ce que le voyage reprenne selon l'itinéraire prévu, limités à 200 \$ par jour par personne assurée et à un maximum global de 2 000 \$ par voyage.

6) Frais admissibles d'assurance annulation de voyage remboursables à 100 % si le retour est anticipé ou retardé

L'assureur verse une prestation égale au total des frais suivants, jusqu'à concurrence de 10 000 \$ par événement par personne assurée :

- a) le coût supplémentaire d'un billet simple en classe économique par la route la plus directe pour le voyage de retour jusqu'au point de départ de son voyage; toutefois, si une maladie ou une blessure corporelle retarde le retour de la personne assurée de plus de 7 jours après la date de retour convenue, la prestation prévue pour le retour ne sera payable que sur présentation d'une preuve de l'hospitalisation de la personne assurée;
- b) la portion non utilisée et non remboursable (les crédits-voyage sont considérés par l'assureur comme un remboursement) de la partie terrestre du voyage (réservation d'hôtel, location de voiture, etc.);
- c) les frais de subsistance de la personne assurée jusqu'à son retour au point de départ de son voyage, limités à 200 \$ par jour par personne assurée et à un maximum global de 2 000 \$ par voyage.

- 7) Frais admissibles d'assurance annulation de voyage remboursables à 100 % en cas de défaillance d'un fournisseur de services de voyages.

L'assureur couvre, sous réserve des dispositions qui suivent en a) et b), la perte financière due à la défaillance de ce fournisseur, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par personne assurée et sous réserve d'une subrogation en faveur de l'assureur pour tout montant ainsi payé :

- a) si la défaillance se produit avant le départ, l'assureur rembourse les sommes non remboursables et payées pour le voyage projeté (les crédits-voyage sont considérés par l'assureur comme un remboursement);
- b) si la défaillance survient après le départ, l'assureur rembourse la portion non utilisée et non remboursable des sommes payées à l'avance pour le voyage (les crédits-voyage sont considérés par l'assureur comme un remboursement).

Exclusions applicables à l'assurance annulation de voyage

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie :

- 1) si à la date d'achat du voyage ou d'un billet de passager dans tout véhicule de transport public ou à la date du départ, la personne assurée connaissait la raison qui l'empêcherait d'entreprendre ou de terminer le voyage projeté;
- 2) si la cause invoquée n'empêche pas, hors de tout doute raisonnable, la personne assurée d'entreprendre ou de terminer le voyage projeté;
- 3) pour tout accident survenant durant le voyage et qui résulte de la pratique par la personne assurée du vol plané, de l'alpinisme, du parachutisme, du saut à l'élastique (bungee jumping), de sa participation à une course de véhicules motorisés, ou de sa participation comme professionnel à des activités athlétiques ou sous-marines;

- 4) pour les frais engagés pour une grossesse, une fausse-couche, un accouchement ou leurs complications, lorsque ces frais sont engagés dans les deux mois qui précèdent la date normale prévue pour l'accouchement;
- 5) pour le décès ou les frais engagés qui résultent directement ou indirectement de l'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool; l'absorption abusive d'alcool est celle qui résulte en une alcoolémie de 80 milligrammes ou plus d'alcool par 100 millilitres de sang;
- 6) pour tout accident ou maladie survenu lorsque la personne effectuait son voyage à l'aide d'un véhicule commercial et qu'elle voyageait en tant que conducteur, pilote, membre de l'équipage ou passager non payant; la présente exclusion ne s'applique pas si le véhicule était utilisé uniquement comme moyen de transport privé lors de vacances et si ce véhicule était une automobile ou une camionnette (ou un camion) avec une capacité maximale de 1 000 kilogrammes;
- 7) pour le décès ou les frais engagés à la suite de manœuvres d'entraînement des forces armées ainsi que pour la partie des frais remboursables par une régie ou un organisme gouvernemental consécutivement au décès ou aux frais engagés relativement à tout accident non spécifiquement exclu par la présente clause;
- 8) pour tout événement survenu dans un pays ou une région pour lesquels le gouvernement du Canada a émis, avant la date de début du voyage, un des avertissements suivants :
 - a) éviter tout voyage non essentiel; ou
 - b) éviter tout voyage.

La personne assurée qui se trouve dans le pays ou la région faisant l'objet d'un avertissement émis en cours de voyage n'est pas visée par la présente exclusion. Elle doit toutefois prendre les dispositions nécessaires pour quitter ce pays ou cette région dans les meilleurs délais;

- 9) si un voyage est entrepris dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou blessée et que la condition médicale ou le décès subséquent de cette personne résulte en une annulation ou en un retour prématuré ou retardé;
- 10) pour la portion d'un voyage remboursée par le fournisseur de services de voyage sous forme de crédits-voyage, tant qu'ils sont valides;
- 11) pour toute défaillance d'un fournisseur de services de voyage n'ayant pas de bureau au Canada et ne détenant pas tous les permis et certificats d'exploitation requis par les autorités canadiennes compétentes.

Advenant une cause d'annulation avant le départ, le voyage doit être annulé auprès de l'agence de voyage ou du transporteur concerné au plus tard 48 heures après le jour où la cause d'annulation survient, ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié, et l'assureur doit en être avisé au même moment. La responsabilité de l'assureur est limitée aux frais d'annulation stipulés au contrat de voyage 48 heures après la date de la cause de l'annulation, ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié.

Pour la présente police, l'engagement de l'assureur est limité à 500 000 \$ pour toutes les demandes de prestations engagées à la suite de la défaillance d'un même fournisseur de services de voyage, quel qu'il soit, puis à 1 000 000 \$ par année de régime pour toutes les demandes de prestations engagées pour l'ensemble des défaillances de fournisseurs de services de voyage.

Limitations générales

Aucune prestation n'est versée en vertu de la présente garantie pour :

- 1) des médicaments ou des produits qu'un régime public d'assurance maladie interdit de payer en totalité ou en partie, sauf dans la mesure où il permet un remboursement excédentaire;
- 2) des médicaments ou des produits que la personne reçoit gratuitement ou qui sont remboursables en vertu de toute loi provinciale ou fédérale, que la personne soit ou non couverte par ces lois;
- 3) des frais admissibles qui découlent directement ou indirectement de toute cause pour laquelle les frais sont admissibles à un remboursement en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou de toute loi semblable ou en vertu de tout autre régime public;
- 4) des 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;
- 5) des appareils robotisés d'aide à la marche;
- 6) des frais en rapport avec une guerre, déclarée ou non, service actif dans les forces armées d'un pays, ou participation à une émeute, une insurrection ou une agitation populaire;
- 7) des frais résultant de la participation active à des actes criminels;
- 8) des services, des soins ou des produits administrés à des fins expérimentales.

GARANTIE D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES – MODULES B ET C SEULEMENT

Alors que la garantie est en vigueur, lorsqu'une adhérente engage des frais pour soins dentaires pour elle-même ou pour l'une de ses personnes à charge assurées rendus par un chirurgien-dentiste légalement reconnu et non déjà payés en vertu d'autres garanties du présent régime, l'assureur paie le pourcentage indiqué ci-après des frais encourus jusqu'à concurrence des montants prévus au guide des tarifs des actes bucco-dentaires de l'association des chirurgiens-dentistes de la province de résidence de l'adhérente en vigueur au moment où les soins concernés sont prodigués.

Franchise :

- Module B : aucune
- Module C : aucune

Pourcentage de remboursement :

Module B : 60 % des frais engagés pour les frais dentaires de base

Module C : 85 % des frais engagés pour les frais dentaires de base
60 % des frais engagés pour les frais de restauration majeure

Limite de remboursement :

Les prestations payables sont limitées à 1 500 \$ par année de régime par personne assurée, pour l'ensemble des frais prévus en vertu de la présente garantie.

Évaluation préalable :

Si la personne assurée doit subir un traitement dont le coût excède 500 \$, il est suggéré de faire remplir un formulaire d'évaluation préalable par le dentiste et transmettre ce formulaire à l'assureur pour approbation préalable de celui-ci aux soins concernés. L'évaluation du traitement doit inclure les résultats de l'examen bucco-dentaire et les soins requis pour le traitement de l'affection, ainsi que les honoraires demandés par le dentiste pour ces soins.

1) FRAIS DENTAIRES DE BASE – MODULES B ET C

Diagnostic

- a) Examen buccal clinique
 - i) Examens complets, 1 par personne assurée par période de 36 mois
 - ii) Examens de rappel ou périodiques, 1 par personne assurée par période de 9 mois
 - iii) Examen d'urgence, 2 par personne assurée par année de régime
 - iv) Examen d'un aspect particulier, 2 par personne assurée par année de régime
 - v) Examen parodontal, 1 par personne assurée par 5 années de régime
 - vi) Examen des dysfonctions du système stomatognathique, 1 par période de 60 mois
 - vii) Examen prosthodontique, 1 par période de 36 mois
 - viii) Examen spécifique et diagnostique d'orthodontie

Pour les personnes assurées âgées de moins de 10 ans, ces frais sont remboursables à 100 % à raison d'un examen par personne assurée par période de 12 mois consécutifs;

b) Radiographies

Films intra-oraux

- i) pellicule périapicale
- ii) pellicule occlusale
- iii) pellicule interproximale
- iv) radiographie tissus mous

Films extra-oraux

- i) pellicule extra-orale
- ii) examen des sinus
- iii) sialographie
- iv) utilisation d'une substance radiopaque pour démontrer les lésions
- v) articulation temporo-mandibulaire
- vi) pellicule panoramique, 1 par personne assurée par période de 36 mois

Film céphalométrique;

c) Tests et examens de laboratoire

- i) cultures bactériologiques pour la détermination d'agents pathologiques
- ii) biopsies de tissu mou et de tissu dur;

d) Test cytologique

- i) frottis cytologique de la cavité buccale
- ii) coloration des muqueuses buccales à des fins diagnostiques;

e) Modèle de diagnostic (est exclu si associé à un traitement de restauration)

- i) non monté
- ii) monté

iii) cirage de diagnostic;

Prévention

- a) Polissage de la partie coronaire des dents (1 fois par personne assurée par période de 9 mois)
 - i) dentition primaire
 - ii) dentition mixte
 - iii) dentition permanente;
- b) Détartrage, 1 fois par personne assurée par période de 9 mois;
- c) Application topique de fluorure pour les personnes assurées âgées de moins de 14 ans, 1 fois par personne assurée par période de 9 mois;
- d) Analyse de la diète et recommandation, 1 fois à vie par personne assurée;
- e) Instruction initiale d'hygiène buccale, 1 fois à vie par personne assurée;
- f) Reprise des soins d'hygiène buccale, 1 fois à vie par personne assurée;
- g) Programme de contrôle de la plaque dentaire, 5 fois par personne assurée par année de régime;
- h) Finition des obturations;
- i) Ablation de surplus de matériau obturateur sous-gingival;
- j) Scellants de puits et fissures, seulement sur les dents postérieures permanentes des personnes assurées âgées de moins de 14 ans, une fois par période de 36 mois pour une même dent;
- k) Application topique d'un antimicrobien;

- l) Meulage interproximal pour les personnes assurées âgées de moins de 14 ans, 2 fois par personne assurée par année de régime;
- m) Améloplastie (modification de la dent à des fins esthétiques) (est inclus dans les scellants de puits et fissures si fait lors de la même séance);

Appareils de maintien

- a) Appareil de maintien préfabriqué, sur bagues, fixe, unilatéral;
- b) Appareil de maintien, fixe, unilatéral;
- c) Arc lingual soudé (bilatéral);
- d) Appareil de maintien - pontique attaché à un arc lingual pour remplacer des incisives absentes;
- e) Arc lingual amovible – arc d’Ellis;
- f) Couronne en acier ou bague
 - i) avec attachement unilatéral
 - ii) avec attachement intra-alvéolaire;
- g) Appareil de maintien amovible en acrylique pour les personnes assurées âgées de moins de 14 ans, 1 fois par personne assurée par période de 2 années de régime pour une même dent remplacée;
- h) Appareil de maintien amovible - pontique lié par mordançage, pour les personnes assurées âgées de moins de 14 ans, 1 fois par 2 années de régime pour une même dent remplacée;

Restauration mineure

- a) Restauration en amalgame;
- b) Restauration en composite (l'équivalent de l'amalgame est remboursé lorsqu'une restauration en composite est réclamée sur les molaires);
- c) Restauration préventive en résine;
- d) Facette fabriquée au fauteuil, 1 fois par personne assurée par période de 5 années de régime pour une même dent;
- e) Tenons par restauration, une même surface ou classe sur une même dent est remboursée 1 fois par personne assurée par année de régime;
- f) Recimentation d'un fragment de dent brisée;

Endodontie

- a) Urgence endodontique
 - i) Pulpotomie
 - réparation de perforation de chambre pulpaire, de racine ou d'un défaut de résorption
 - ouverture de la dent (trépanation d'une couronne);
 - ii) Pulpectomie d'urgence
 - dent primaire (y compris trépanation de la couronne)
 - pansement sédatif;
- b) Traumatisme endodontique
 - i) pansement sédatif avec utilisation d'une matrice pour la rétention et le support
 - ii) meulage et polissage d'une dent traumatisée
 - iii) meulage sélectif pour soulager une occlusion traumatique, acte distinct

- iv) reposition d'une dent déplacée par traumatisme;
- c) Traitement endodontique général
 - i) préparation de la dent en vue d'un traitement
 - ii) traitement de canal
 - iii) retraitement de canal;
- d) Apexification;
- e) Chirurgie endodontique
 - i) apectomie
 - ii) obturation rétrograde (acte distinct du traitement de canal)
 - iii) apectomie et retraitement de canal conjoint, avec ou sans obturations rétrograde
 - iv) amputation de racine
 - v) hémisection
 - vi) réimplantation intentionnelle;
 - vii) stabilisateur endodontique intra-osseux;

Traitements parodontaux

- a) Gestion ou traitement d'une inflammation, d'une infection aigüe ou d'autres affections;
- b) Désensibilisation;
- c) Chirurgie parodontale, sauf régénération du parodonte selon la méthode guidée;
- d) Jumelage, sauf jumelage avec treillis de type Maryland;
- e) Services complémentaires
 - i) équilibration mineure, 3 fois par personne assurée par année de régime

- ii) équilibration majeure, une fois par personne assurée par année de régime
- iii) appareil parodontal, 1 par personne assurée fois par période de 60 mois;

Rebasage, regarnissage et réparation de prothèse amovible

- a) Empreinte pour le modèle réfractaire;
- b) Réparations avec ou sans empreinte;
- c) Ajouts de structure à un partiel;
- d) Nettoyage et polissage d'une prothèse;
- e) Rebasage, regarnissage;
- f) Garnissage temporaire thérapeutique;
- g) Obturateur palatin;

Réparation de pont fixe

Réparation (sauf l'ablation d'un pont devant être remplacé, par unité de pilier);

Chirurgie buccale

- a) Ablation de dent ayant fait éruption sans complication;
- b) Ablation chirurgicale complexe, dent ayant fait éruption, dent incluse et racine. La demande, accompagnée d'une radiographie à l'appui, doit être soumise à l'assureur pour son approbation préalable;
- c) Alvéolectomie;
- d) Alvéoloplastie, stomatoplastie;
- e) Ostéoplastie;

- f) Tubéroplastie;
- g) Ablation de tissu hyperplasique;
- h) Ablation de surplus de muqueuse;
- i) Reconstruction du procès alvéolaire;
- j) Extension des replis muqueux;
- k) Ablation de tumeur ou de kyste;
- l) Incision et drainage;
- m) Réduction de fracture;
- n) Frénectomie;
- o) Dislocation de la mandibule;
- p) Traitement des glandes salivaires;
- q) Retrait d'un corps étranger dans le sinus maxillaire;
- r) Lavage, sinus maxillaire;
- s) Fermeture d'une fistule oro-antrale;
- t) Contrôle d'hémorragie;
- u) Traitement post-chirurgical;

Services généraux

Anesthésie locale.

2) FRAIS DE RESTAURATION MAJEURE – MODULE C

Restauration majeure et prothèse fixe

- a) Aurification, 1 fois par personne assurée par période de 60 mois pour une même dent;
- b) Incrustation, 1 fois par personne assurée par période de 60 mois pour une même dent
 - i) en or
 - ii) tenon de rétention dans l'incrustation
 - iii) en porcelaine ou en résine;
- c) Jumelage avec appui métallique coulé lié par la méthode du mordantage à l'acide, 1 fois par personne assurée par période de 60 mois pour une même dent;
- d) Couronne, une fois par personne assurée par période de 12 mois pour une même dent
 - i) en acier inoxydable préfabriquée
 - ii) en polycarbonate ou autre matériel similaire;
- e) Couronne individuelle
 - i) acrylique cuit
 - ii) Intermédiaire et transition, lorsque mise en bouche par un dentiste différent et non partenaire de celui qui a mis en bouche la couronne permanente
 - iii) porcelaine
 - iv) porcelaine métal
 - v) or, couronne complète
 - vi) or, couronne $\frac{3}{4}$;
- f) Corps coulé;

- g) Facette fabriquée en laboratoire sur antérieures et prémolaires, une fois par personne assurée par période de 60 mois pour une même dent;
- h) Autres services
 - i) réparation de couronne ou de facette
 - ii) recimentation d'incrustation, de couronne, de facette ou de pivot, 2 fois par personne assurée par année de régime pour une même dent;
- i) Pivot préfabriqué;
- j) Reconstitution d'une dent en prévision d'une couronne;

Prothèse amovible

- a) Prothèse complète
 - i) prothèse complète
 - ii) prothèse immédiate
 - iii) prothèse immédiate de transition
 - iv) prothèse hybride;
- b) Prothèse partielle amovible
 - i) prothèse partielle immédiate ou de transition
 - ii) prothèse partielle avec base acrylique
 - iii) prothèse partielle avec base coulée
 - iv) prothèse partielle avec attaches de précision
 - v) prothèse partielle coulée de type semi-précision
 - vi) prothèse partielle hybride, base coulée
 - vii) prothèse partielle, réfection
 - viii) ajustement d'une prothèse;

Pont fixe

- a) Pontique (sauf acrylique fabriqué durant la guérison [de transition] et acrylique temporaire, acide-liant aux dents adjacentes);
- b) Pont papillon (Maryland, Rochette ou autre);
- c) Pilier incrustation;
- d) Pilier (sauf acrylique fabriqué durant la guérison [de transition] et barre de rétention par des vis aux implants pour recevoir la prothèse);
- e) Autres services de prothèse
 - attache de précision.

Restrictions

Les frais admissibles sont assujettis aux limites et maximums appliqués dans cette garantie. Aucun remboursement n'est effectué pour toute partie des frais qui excède les frais suggérés dans le guide des tarifs appropriés.

Lorsqu'une prothèse (couronne individuelle, corps coulé, pivot préfabriqué, prothèse amovible et pont fixe) a été sujette à prestations en vertu de la présente garantie, aucune prothèse de remplacement à celle-ci n'est admissible si elle est posée dans les 60 mois de la pose de la prothèse initiale ayant fait l'objet de prestations. Cependant, une prothèse amovible permanente, partielle ou complète est admissible à la présente garantie si elle remplace une prothèse amovible de transition, (partielle ou complète) et que son remplacement s'effectue à l'intérieur d'un délai de 6 mois suivant la date d'installation de la prothèse de transition.

Limitations

Les frais pour le remplacement de prothèses ne sont admissibles que s'il est prouvé à la satisfaction de l'assureur que :

- 1) le remplacement est nécessaire par suite de l'extraction des dents naturelles; ou que
- 2) la prothèse amovible ou fixe a été installée au moins 5 ans avant son remplacement et que la prothèse amovible ou fixe actuelle ne peut être réparée de façon satisfaisante; ou que
- 3) la prothèse actuelle est un dentier temporaire et son remplacement par un pont ou un dentier permanent est nécessaire et a lieu dans un délai de 6 mois suivant la date d'installation de la prothèse temporaire.

Frais engagés hors du Canada en cas d'urgence

Les frais engagés hors du Canada pour soins dentaires d'urgence sont admissibles dans la mesure où ils sont raisonnables et correspondent aux honoraires courants généralement pratiqués dans la région où les soins sont prodigués, à condition que les frais soient remboursables dans la province du domicile de la personne assurée. Ces frais sont remboursables jusqu'à concurrence des montants prévus dans le guide des tarifs des actes bucco-dentaires approuvé par l'association des chirurgiens-dentistes de la province de résidence de la personne assurée en vigueur au moment où les soins sont prodigués.

Exclusions

Sont exclus de la présente garantie :

- 1) les services ou fournitures 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;

- 2) les frais que la personne assurée n'aurait pas eu à assumer ou à payer si elle s'était prévalu de tout régime public d'assurance, de sécurité sociale ou de tout autre programme gouvernemental couvrant ces frais et auquel elle était admissible au moment de l'engagement des frais concernés;
- 3) les frais effectivement remboursés, assumés ou payés en vertu de tout régime public d'assurance, de sécurité sociale ou de tout autre programme gouvernemental y compris les frais qui auraient été payés si le fournisseur de fournitures, soins ou services concernés avait choisi de participer aux régimes ou aux programmes concernés;
- 4) les frais engagés pour des fins esthétiques;
- 5) les médicaments, produits, appareils, services ou fournitures 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;
- 6) les actes, traitements, prothèses, de quelque nature que ce soit, reliés à un implant;
- 7) les frais résultant de la participation active à des actes criminels;
- 8) les frais en rapport avec une guerre, déclarée ou non, service actif dans les forces armées d'un pays, ou participation à émeute, une insurrection ou une agitation populaire.

BON À SAVOIR

DEMANDES POUR SOINS MÉDICAUX ET DENTAIRES

Il y a 2 façons de communiquer avec nous pour toute question concernant les frais admissibles en vertu de la garantie d'assurance soins médicaux ou la garantie d'assurance soins dentaires :

Par courriel à : Servicecollectif@dsf.ca

Par téléphone au : 1 855 838-2585

Pour une meilleure expérience client, il est important d'avoir en main le numéro de police et le numéro de certificat lorsqu'un agent est disponible pour répondre à l'appel.

SERVICE INFO ACCÈS-SANTÉ

Le service Info Accès-Santé est un service téléphonique offert 24 heures sur 24 qui offre un accès rapide à une infirmière qualifiée afin d'obtenir des conseils en toute confidentialité en cas de problème de santé non urgent.

Par l'entremise de ce service téléphonique, la personne couverte peut s'informer sur les questions suivantes :

- Santé
- Vaccination
- Prise de médicaments ou de produits naturels
- Soins aux enfants
- Ressources gouvernementales locales

Le service Info Accès-Santé doit être considéré comme un complément d'informations à la consultation médicale. En cas de situation d'urgence médicale, l'infirmière recommandera de raccrocher et de composer le 911.

Ce service d'information peut être utile pour améliorer la qualité de vie de l'adhérent et de ses personnes à charge.

La personne couverte peut communiquer en tout temps avec le service INFO ACCÈS SANTÉ.

Provenance de l'appel**Numéro à composer**

Partout au Canada

1 877 875-2632

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Pour obtenir toute autre information, l'adhérent est invité à visiter le site de Desjardins Sécurité financière à www.desjardinsassurancevie.com sous l'onglet « Nous joindre ».

BÉNÉFICIAIRE

Cette clause retire ou restreint le droit de l'adhérent de désigner des personnes à qui ou pour qui des sommes sont payables :

Seules les garanties qui prévoient des prestations en cas de décès de l'adhérent sont sujettes à la désignation de bénéficiaire(s) qui est alors la même pour l'ensemble de ces garanties.

ACCÈS À LA POLICE D'ASSURANCE COLLECTIVE

L'adhérent peut demander à Desjardins Sécurité financière d'obtenir une copie de sa demande d'adhésion, de son rapport d'assurabilité et de la police.

MODIFICATION AUX RÉGIMES GOUVERNEMENTAUX

Si une modification aux régimes gouvernementaux a pour effet d'accroître les obligations de l'assureur en vertu du contrat, ce dernier continue de s'appliquer comme si les régimes gouvernementaux n'avaient pas été modifiés, sauf si le preneur et l'assureur en conviennent autrement par écrit.

COMMENT DÉPOSER UNE PLAINTE

Si l'adhérente n'est pas satisfaite pour quelque chose que nous avons dit ou fait, ou si elle estime avoir été lésée ou si elle veut que nous corrigions une situation, elle peut déposer une plainte auprès de l'équipe responsable du traitement des plaintes de DSF. Le rôle de cette équipe consiste à évaluer le bien fondé des décisions et des pratiques de l'entreprise lorsqu'un de ses clients estime qu'il n'a pas obtenu le service auquel il avait droit.

Elle peut joindre l'équipe responsable du traitement des plaintes de trois façons :

Par écrit, à l'adresse suivante :

Équipe responsable du traitement des plaintes

Desjardins Sécurité financière,

100, rue des Commandeurs

Lévis (Québec) G6V 7N5

Par courriel à : plaintes@desjardins.com

Par téléphone au : 1 877 938-8184

Pour obtenir des renseignements additionnels sur la procédure à suivre en cas de plainte ou pour obtenir notre formulaire de plainte, l'adhérent est invité à visiter notre site www.desjardins.com sous l'onglet « Nous joindre ».

La protection Assuris

Desjardins Assurances est membre d'Assuris, une société à but non lucratif financée par l'Industrie de l'assurance vie. Elle protège les assurés canadiens contre la perte de leurs prestations en cas de faillite d'une société membre.

Pour connaître l'étendue de la protection d'Assuris, consultez le **www.assuris.ca**. Vous pouvez aussi obtenir une brochure en écrivant à l'adresse **info@assuris.ca** ou par téléphone au 1 866 878-1225.

Notre engagement envers vous

Nous sommes toujours là pour répondre à vos questions. Vous pouvez compter sur notre équipe chevronnée pour vous fournir un service hors pair et traiter vos demandes avec efficacité. Nous veillons à votre bien-être et vous procurons un soutien financier au moment où vous en avez le plus besoin.

desjardinsassurancevie.com/adherent



Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie. Desjardins^{MD}, Desjardins Assurances^{MC} et les marques de commerce associées sont des marques de commerce de la Fédération des caisses Desjardins du Québec utilisées sous licence par Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie. 200, rue des Commandeurs, Lévis (Québec) G6V 6R2 / 1 866 647-5013 desjardinsassurancevie.com